



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 59

(2008–2009)

Om lov om endringer i midlertidig lov
2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med
lokaler for injeksjon av narkotika
(sprøyteromsloven) m.m.

Innhold

1	Proposisjonens hovedinnhold	5	4	Sprøyterom i andre land	19
2	Bakgrunnen for lovforslaget	7	5	FNs narkotikakonvensjoner	20
2.1	Om prøveordning med sprøyterom	7	5.1	Gjeldende folkerett og overvåkningsorganets vurdering av sprøyterom	20
2.2	Historikk	7	5.2	Justisdepartementets folkerettslige vurdering av sprøyteromsordningen ..	20
2.2.1	Bakgrunnen for forslaget om midlertidig sprøyteromslov	7	5.3	Høringsinstansenes syn i forbindelse med høringen av forslaget om permanent videreføring av sprøyteromsloven	21
2.2.2	Stortingets behandling av forslaget om midlertidig sprøyteromslov	8	5.4	Helse- og omsorgsdepartementets vurdering	22
2.2.3	Forlengelse av den midlertidige sprøyteromslovens virketid	8			
2.3	Høringen av forslaget om permanent videreføring av sprøyteromsloven	9			
3	Gjeldende rett	12	6	Om prøveordning med sprøyterom i Oslo	25
3.1	Sprøyteromsloven, sprøyteromsforskriften og kommunehelsetjenesteloven	12	6.1	Innledning	25
3.2	Begrepsbruk	12	6.2	Evaluerings	25
3.3	Formål	12	6.2.1	Hovedfunn i evalueringen	25
3.4	Straffrihet	13	6.2.2	Situasjonen etter evaluerings- perioden	26
3.4.1	Besittelse og bruk av narkotika	13	6.3	Departementets vurdering	26
3.4.2	Medvirkning	14	6.3.1	Måloppnåelse sett ut fra formålene med sprøyteromsordningen	26
3.5	Adgangsregulering	14	6.3.2	Andre forhold	28
3.5.1	Målgruppe	14			
3.5.2	Registrering	14	7	Utfordringer på rusfeltet	30
3.5.3	Avgjørelse om adgang	14	7.1	Situasjonsbeskrivelse	30
3.6	Regler for opptreden i sprøyteromslokalene	15	7.2	Behovet for helse- og sosialtjenester .	30
3.7	Bemanning	15	7.3	Opptappingsplanen for rusfeltet	31
3.7.1	Krav om helsefaglig og sosialfaglig personell	15	8	Verdigrunnlag og overordnet mål for regjeringens rusmiddelpolitikk .	33
3.7.2	Forholdet til helsepersonelloven § 4 om forsvarlighet	15	9	Forslag om permanent videreføring av den midlertidige sprøyteromsloven	34
3.7.3	Forholdet til helsepersonelloven §§ 39 og 40 om dokumentasjonsplikt	16	9.1	Oversikt	34
3.7.4	Unntak fra lovbestemt taushetsplikt ..	16	9.2	Høringsinstansenes syn om forslaget til permanent videreføring av sprøyteromsloven	34
3.8	Sprøyteromsordningens innhold og tjenester	16	9.3	Departementets vurdering	36
3.9	Helseregister og helseopplysninger ...	17	10	Nærmere om andre forslag til endringer i sprøyteromsloven	38
3.9.1	Registrering og annen behandling av helseopplysninger	17	10.1	Sprøyteromslovens formål	38
3.9.2	Opplysninger til statistiske formål	18			
3.10	Tilsyn og internkontroll	18			
3.11	Politiets kontrolladgang og håndheving av den offentlige ro og orden	18			

10.1.1	Forslaget i høringsnotatet	38	11.1	Forslaget i høringsnotatet	42
10.1.2	Høringsinstansenes syn og departementets vurdering	38	11.2	Høringsinstansenes syn og departementets vurdering	42
10.2	Definisjonsbestemmelse	38			
10.3	Beslutning om etablering av sprøyteromsordning og krav om godkjenning fra departementet	39	12	Endringsbehov i sprøyteromsforskriften	43
10.3.1	Forslaget i høringsnotatet	39	12.1	Innledning	43
10.3.2	Høringsinstansenes syn og departementets vurdering	39	12.2	Samarbeid med øvrig helsetjeneste – samlokalisering	43
10.4	Presisering av helsepersonellovens anvendelse for personalet i sprøyteromsordningen	39	13	Erstatningsansvar	45
10.5	Høringsinstansenes forslag til endringer i sprøyteromsloven som ikke følges opp	40	14	Finansiering av sprøyteromsordning	47
10.5.1	Mulighet for inntak av andre narkotiske stoffer og andre inntaksmåter enn injisering	40	15	Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene	48
10.5.2	Klageadgang	41	16	Merknader til de enkelte bestemmelsene	49
11	Forslag til endring i kommunehelsetjenesteloven – drift av sprøyteromsordning i offentlig regi	42		Forslag til lov om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) m.m.	52



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 59

(2008-2009)

Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) m.m.

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 3. april 2009,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

1 Proposisjonens hovedinnhold

Midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) gir Kongen myndighet til å bestemme at det kan etableres en prøveordning med sprøyterom. Loven gjelder i fem år, og opphører å virke 17. desember 2009.

Regjeringen legger med dette frem forslag om å videreføre sprøyteromsloven på permanent basis. Kommuner som har høy forekomst av narkotika-problemer må ta i bruk et mangfold av virkemidler og tilbud for å imøtekomme mennesker med rusmiddelavhengighet. En sprøyteromsordning skal ikke erstatte tiltak som retter seg mot forebygging eller øvrige helse- og sosialtjenester i kommunen, men være et supplement i en helhetlig kommunal tiltakskjede for mennesker som injiserer heroin regelmessig og som har behov for mer tilgjengelige og sammensatte tjenester for å bedre sin livssituasjon og helsetilstand. Den enkelte kommune bør derfor ha mulighet til å velge om den ønsker å etablere en sprøyteromsordning. Med en permanent sprøyteromslov gis kommunene det nødvendige rettslige grunnlaget for å etablere en sprøyteromsordning.

Forslaget er forankret i verdigrunnlaget for

norsk rusmiddelpolitikk, som omhandler solidaritet med enkeltmennesket og om samfunnets evne til å utøve solidaritet. Det holdes fast ved menneskets rett til verdighet, også i de mest krevende situasjonene.

Av hensyn til Norges forpliktelser etter de internasjonale narkotikakonvensjonene, foreslås det en streng regulering av sprøyteromsordningen. Forslaget om permanent sprøyteromslov innebærer derfor i all hovedsak en videreføring av gjeldende rett. Dette betyr blant annet at sprøyteromsordninger etablert i medhold av sprøyteromsloven fremdeles vil være å anse som en kommunehelsetjeneste, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 fjerde ledd annet punktum, og at det stilles krav om helsefaglig og sosialfaglig bemanning, jf. sprøyteromsforskriften § 7. Videre opprettholdes vilkåret om at kun besittelse og injisering av én brukerdose heroin i sprøyterommet omfattes av sprøyteromslovens straffrihetsbestemmelse, jf. sprøyteromsloven § 2 sammenholdt med sprøyteromsforskriften § 5.

Overgangen fra midlertidig til permanent regulering av sprøyteromsordningen nødvendiggjør likevel enkelte endringer i det eksisterende rettsgrunnlaget. Dette omfatter i første rekke en en-

dring av sprøyteromslovens virketid fra midlertidig til permanent, jf. sprøyteromsloven § 7. Videre er det behov for å gjøre visse materielle justeringer knyttet til sprøyteromslovens formål, som ikke lenger er å legge til rette for en prøveordning. Det foreslås en endring i sprøyteromsloven § 1 som presiserer kommunens myndighet til å beslutte etablering av sprøyteromsordning. Videre foreslås en bestemmelse med definisjon av sprøyteromsordningen, samt en bestemmelse som presiserer helsepersonellovens anvendelse for personalets yrkesutøvelse i sprøyteromsordningen slik at alle personellgrupper i sprøyteromsordningen vil være underlagt de samme reglene om blant annet taushetsplikt og opplysningsplikt til barneverntjenesten, sosialtjenesten og nødetater.

De øvrige endringsbehovene i sprøyteromsloven er såkalte konsekvensendringer, det vil si endringer av mer teknisk art som i liten grad krever rettslige eller faglige vurderinger.

Sprøyteromsordningen er ikke et fristed for ulovlig bruk av narkotika. Bruk av narkotika er, og vil fortsatt være, forbudt, også i sprøyteromsordningen. Når det likevel straffritt skal kunne injiseres heroin i sprøyterommet, er dette for å legge til rette for mindre helseskadelig injeksjonspraksis og øke tilgjengeligheten til helsehjelp og informasjon om hjelpeapparatet for målgruppen. Erfaringene tilsier at målgruppen vil benytte narkotika uavhengig av sprøyterommet.

På bakgrunn av sprøyteromsordningens innhold og karakter, herunder det offentliges ansvar for å føre en streng kontroll med narkotikabruken i sprøyterommet og behovet for et nært samarbeid med politiet, foreslås en tilføyelse i kommunehelsetjenesteloven som presiserer at drift av sprøyteromsordning skal foregå i offentlig regi og ikke kunne settes bort til private aktører.

2 Bakgrunnen for lovforslaget

2.1 Om prøveordning med sprøyterom

Den 17. desember 2004 trådte det i kraft en lov hjemlet adgang til å etablere en prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning). Adgangen er midlertidig, og gjelder i fem år fra lovens ikrafttredelsestidspunkt. Loven opphører å virke 17. desember 2009.

Prøveordning med sprøyterom gjennomføres ved at kommuner som ønsker å opprette sprøyterom, kan søke Helsedirektoratet om å bli godkjent som prøvekommune. Oslo er godkjent som prøvekommune, og har opprettet ett sprøyterom. Dette har vært i drift fra 1. februar 2005. Ingen andre kommuner har hittil søkt om å bli godkjent som prøvekommune.

2.2 Historikk

2.2.1 Bakgrunnen for forslaget om midlertidig sprøyteromslov

Regjeringen Stoltenberg I vedtok høsten 2001 å godkjenne et begrenset antall forsøk med sprøyterom for mennesker med narkotikaavhengighet dersom enkelte kommuner ønsket dette. Regjeringen Stoltenberg I sendte spørsmålet om å gjennomføre forsøk med sprøyterom på høring med frist i januar 2002.

Etter regjeringsskiftet i oktober 2001 fattet Stortinget 25. oktober 2001 følgende anmodningsvedtak nr. 10:

«Stortinget ber Regjeringen følge opp Regjeringen Stoltenbergs positive holdning til etablering av sprøyterom.»

Regjeringen Bondevik II fullførte denne høringen. Flertallet av høringsinstansene stilte seg negative til etablering av sprøyterom, slik dette var beskrevet i høringsnotatet. Riksadvokaten påpekte at flere rettslige og påtalemessige problemstillinger måtte avklares før man eventuelt kunne gjennomføre forsøk med sprøyterom. Regjeringen Bondevik II ga derfor i Revidert nasjonalbudsjett for 2002, jf. St.prp. nr. 63 (2001-2002), uttrykk for at

den ikke ville gå inn for å godkjenne forsøk med sprøyterom.

Med utgangspunkt i finanskomiteens behandling av saken, jf. Innst. S. nr. 255 (2001-2002) punkt 8.2, fattet Stortinget 21. juni 2002 følgende anmodningsvedtak nr. 545:

«Stortinget ber Regjeringen om å legge til rette for forsøk med sprøyterom utfra de premisser som framkommer i merknadene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti angående forsøk med sprøyterom i Innst. S. nr. 255 (2001-2002).»

På grunnlag av merknadene fra finanskomiteen og Stortingets vedtak, inngikk Sosialdepartementet i en prosess med Oslo kommune, som hadde søkt om å gjennomføre forsøk med sprøyterom. I søknaden fra Oslo kommune ble det forutsatt at Sosialdepartementet skulle avklare spørsmål om ansvar for personell som er til stede under injeksjoner slik at de ansatte ikke skulle risikere søksmål ved eventuelt overdosedødsfall. På bakgrunn av dette og Riksadvokatens høringsuttalelse 24. januar 2002, ble spørsmålet om gjennomføring av forsøk med sprøyterom på ny forelagt påtalemyndigheten.

Riksadvokaten konkluderte med at dersom det skulle iverksettes forsøk med sprøyterom, ville det være nødvendig med en lovhjemmel som gjør det mulig med straffrihet for besittelse og bruk av narkotika på nærmere angitte områder. Regjeringen Bondevik II orienterte Stortinget om dette i Revidert nasjonalbudsjett, jf. St.prp. nr. 65 (2002-2003), og fant etter en samlet vurdering at den ikke ville foreslå lovendringer for å legge til rette for forsøk med sprøyterom. Dersom Stortinget likevel ønsket en slik lovendring, ga Regjeringen Bondevik II uttrykk for at den ville forholde seg til det.

På bakgrunn av finanskomiteens behandling av saken, jf. Innst. S. nr. 260 (2002-2003), fattet Stortinget 20. juni 2003 følgende anmodningsvedtak nr. 642:

«Stortinget ber Regjeringen foreslå lovendringer som legger til rette for forsøk med sprøyterom.»

Sosialdepartementet, Helsedepartementet og Justisdepartementet sendte 12. desember 2003 på

høring et forslag til en midlertidig særlov om forsøksordning med lokaler for intravenøs bruk av narkotika («sprøyterom»), samt forslag til forskrift om gjennomføring av forsøksordningen.

Justisdepartementet la frem forslag til midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning) for Stortinget 2. april 2004 i Ot.prp. nr. 56 (2003-2004). Et foreløpig utkast til forskrift om gjennomføring av prøveordningen ble vedlagt proposisjonen.

2.2.2 Stortingets behandling av forslaget om midlertidig sprøyteromslov

Justiskomiteens innstilling, jf. Innst. O. nr. 104 (2003-2004), ble behandlet i Odelstinget 14. juni 2004. Lovforslaget i Ot.prp. nr. 56 (2003-2004) ble vedtatt i Lagtinget 17. juni 2004, og senere sanksjonert som midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning).

Før justiskomiteen avga sin innstilling, ble komiteens utkast til innstilling oversendt sosialkomiteen til uttalelse. Sosialkomiteen avga sin uttalelse i brev av 8. juni 2004.

Et flertall i justiskomiteen gikk inn for endringer på flere punkter i regjeringens forslag. Blant annet mente flertallet at sprøyteromsordningen skulle bemannes med både sosialfaglig og helsefaglig personell, at det ikke skulle stilles som vilkår for lovlig adgang til sprøyteromsordningen at en ikke var deltaker i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), at formålet med registreringen i sprøyterommet bare skulle være evalueringen av ordningen og at det skulle åpnes for at brukerne skulle kunne bistå hverandre med sprøytesettingen. Videre uttalte flertallet seg blant annet om utformingen av lokaler, åpningstider og personalets oppgaver.

For å kunne gjennomføre disse endringene var det nødvendig å endre sprøyteromsloven og utkastet til forskrifter som var vedlagt Ot.prp. nr. 56 (2003-2004). Stortinget fattet derfor 17. juni 2004 følgende anmodningsvedtak nr. 544:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at nødvendige lovendringer og forskrifter kommer på plass slik at sprøyterommene kan tas i bruk fra 1. januar 2005.»

Helse- og omsorgsdepartementet fremmet forslag til de nødvendige lovendringene for Stortinget i Ot.prp. nr. 8 (2004-2005). Et nytt utkast til forskrift med de nødvendige endringer ble vedlagt proposisjonen. Det ble ikke funnet grunn til å sende problemstillingene på ny høring forut for stortingsbehandlingen.

Justiskomiteen avga sin innstilling i Innst. O. nr. 41 (2004-2005). Komiteens utkast til innstilling ble oversendt sosialkomiteen til uttalelse. Sosialkomiteen avga sin uttalelse i brev av 7. desember 2004. Flertallet i Stortinget støttet i all hovedsak regjeringens forslag, men gikk inn for endringer på enkelte punkter, som også medførte behov for justeringer i utkastet til forskrift. Lovendringsforslagene i Ot.prp. nr. 8 (2004-2005) ble vedtatt ved odelstings- og lagtingsvedtak av henholdsvis 13. og 17. desember 2004.

Midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning) ble satt i kraft 17. desember 2004, jf. kgl. res. nr. 1662. Lov om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning) m.m. ble sanksjonert og satt i kraft samme dag, jf. kgl. res. nr. 1671. Forskrift om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning) ble også vedtatt og satt i kraft samme dag, jf. kgl. res. 17. desember 2004 nr. 1661.

2.2.3 Forlengelse av den midlertidige sprøyteromslovens virketid

Da sprøyteromsloven ble vedtatt ble det forutsatt at en innenfor rammen av lovens virketid, som var tre år fra ikrafttredelsestidspunktet (fra og med 17. desember 2004 til og med 16. desember 2007), skulle kunne gjennomføre en evaluering av prøveordningen, jf. Ot.prp. nr. 56 (2003-2004) kapittel 8 side 19.

Statens institutt for rusmiddelforskning (SI-RUS), som fikk i oppdrag å gjennomføre evalueringen, påpekte at det var nødvendig med en observasjonstid på minimum to år for å få et forsvarlig datagrunnlag for evalueringen. Resultatet av evalueringen ville etter dette foreligge innen utgangen av første halvdel 2007.

Ettersom resultatet av evalueringen var ment å gi grunnlag for å vurdere om, og eventuelt hvordan, sprøyterom bør etableres som en permanent ordning, var det nødvendig med en forlengelse av lovens virketid. Etter departementets vurdering ville det på en tilfredsstillende måte ikke være mulig å rekke å vurdere resultatet av evalueringen, samt vurdere og eventuelt utarbeide forslag til en permanent regulering av sprøyteromsordningen, før den midlertidige loven ville opphøre å virke 17. desember 2007. Videre mente departementet at det ville være uheldig om driften av sprøyterommet i Oslo kommune måtte stanses i påvente av en evaluering og deretter etablering av en eventuell permanent ordning.

Helse- og omsorgsdepartementet fremmet for-

slag om forlengelse av lovens virketid med to år frem til og med 16. desember 2009 for Stortinget i Ot.prp. nr. 36 (2006-2007). Helse- og omsorgskomiteen avga sin innstilling i Innst. O. nr. 86 (2006-2007). Forslaget om forlengelse av lovens virketid med to år ble vedtatt ved odelstings- og lagtingsvedtak av henholdsvis 6. og 12. juni 2007.

2.3 Høringen av forslaget om permanent videreføring av sprøyteromsloven

Den midlertidige sprøyteromsloven opphører å virke fra og med 17. desember 2009. Helse- og omsorgsdepartementet besluttet å foreslå en permanent videreføring av loven. Dette nødvendiggjør i første rekke en endring av lovens virketid fra midlertidig til permanent. Departementet sendte derfor forslag til endringer i den midlertidige sprøyteromsloven og den tilhørende sprøyteromsforskriften m.m. på høring 31. oktober 2008 med høringsfrist 12. desember 2008. Forslagene ble sendt til følgende instanser:

Actis
ADHD-foreningen
Akademikerne
Aleneforeldreforeningen
Amnesty International Norge
Angstringen
Anonyme Alkoholikere
Anonyme Narkomane
Aurora, Støtteforening for mennesker med psykiske helseproblemer
Barne-, ungdoms- og familieetaten
Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Barneombudet
Bergen tingrett
Blå Kors Norge
Borgarting lagmannsrett
Borgestadklinikken
Datatilsynet
DELTA
De regionale kompetansesentre for rusmiddel-spørsmål
Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM)
Den Norske Advokatforening
Den norske Dommerforening
Den norske legeforening
Departementene
Domstolsadministrasjonen
Fagforbundet
Fagrådet for psykiatri

Fagrådet innen Rusfeltet i Norge
Familieterapi Instituttet
Fampo
Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO)
Forbundet Mot Rusgift
Foreningen for human narkotikapolitikk
Forskningsstiftelsen FAFO
Forsvarergruppen av 1977
Frelsesarmeen
Frostating lagmannsrett
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Fylkesnemndene for sosiale saker
Galebevegelsen
Gatejuristen
Gulating lagmannsrett
Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH)
Helsedirektoratet
Helse- og sosialombudet i Oslo
Helsetilsynet i fylkene
HIV Norge
Høyesterett
Informasjonssenteret Hieronimus
Institutt for samfunnsforskning
IRIS
JURK
Juss-Buss
Jussformidlingen
Jusshjelpa
Kirkens Bymisjon
Kirkens sosialtjeneste
Klientaksjonen
Kommuneadvokaten i Oslo
Kontoret for voldsoffererstatning
Kriminalomsorgen, regionkontorene
KS – Kommunenes interesseorganisasjon
Landets fylkesmenn/Sysselmannen på Svalbard
Landets høgskoler (m/helse- og sosialfaglig utdanning)
Landets kommuner
Landets kontrollkomisjoner
Landets pasientombud
Landets politidistrikt
Landets regionale helseforetak
Landets universiteter
Landsforbundet Mot Stoffmisbruk
Landsforeningen for etterlatte ved selvmord (LEVE Norge)
Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (LPP)
Landsforeningen for utekontakter
Landsforeningen for voldsofre
Landsorganisasjonen i Norge (LO)
LAR Nett Norge

Legeforeningens forskningsinstitutt
 Marborg
 Medborgernes Menneskerettighets Kommissjon
 Mental Helse Norge
 Nasjonale forskningsetiske komiteer REK
 Nasjonalforeningen for folkehelsen
 Nasjonalt folkehelseinstitutt
 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
 Norges Apotekerforening
 Norges forskningsråd
 Norges Juristforbund
 Norsk Fengselstjenestemannsforbund
 Norsk forening for kriminalreform (KROM)
 Norsk forum for terapeutiske samfunn
 Norsk Helse- og Sosiallederlag
 Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)
 Norsk OCD-forening, Ananke
 Norsk Narkotikapolitiforening (NNPF)
 Norsk Pasientforening
 Norsk Presseforbund
 Norsk Psykologforening
 Norsk Psykiatrisk Forening
 Norsk Psychoanalytisk Institutt
 Norsk Redaktørforening
 Norsk senter for menneskerettigheter
 Norsk Sykepleierforbund (NSF)
 Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)
 Organisasjonen Mot Offentlig Diskriminering (OMOD)
 Oslo politidistrikt
 Oslo tingrett
 Parat
 Parat Helse
 Politidirektoratet
 Politiembetsmennens Landsforbund
 Politiets Fellesforbund
 PRO-LAR – Nasjonalt forbund for folk i LAR
 PRO-Sentret
 Regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP)
 Regjeringsadvokaten
 Rettspolitisk forening
 Riksadvokaten
 Riksrevisjonen
 Rokkansenteret
 Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
 Rådet for psykisk helse
 Samarbeidsforum for norske kollektiv
 Sametinget
 SERAF – Senter for rus- og avhengighetsforskning
 SINTEF Helse
 Spekter
 Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
 Statens helsepersonellnemnd

Statens helsetilsyn
 Statens råd for likestilling av funksjonshemmede
 Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)
 Statsadvokatembetene
 Stortingets ombudsmann for forvaltningen
 Stiftelsen Kraft
 Stiftelsen Menneskerettighetshuset – Human Rights House Foundation
 Stiftelsen Pinsevennenes evangeliesentre
 Stiftelsen Rettferd for taperne
 Straffedes organisasjon i Norge (SON)
 TEKNA
 Trondheim tingrett
 Ungdom Mot Narkotika
 Universitets- og høyskoleutdannedes forbund
 Veiledningssenteret for pårørende til stoffmisbrukere og innsatte
 Voksne for Barn
 We Shall Overcome
 Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)

Departementet har mottatt svar fra 54 høringsinstanser.

Følgende 16 instanser har ingen merknader til forslaget eller opplyser at de ikke avgir uttalelse til forslagene:

Arbeids- og inkluderingsdepartementet
 Barneombudet
 Domstolsadministrasjonen
 Fiskeri- og kystdepartementet
 Fornyings- og administrasjonsdepartementet
 Forskningsrådet
 Fylkesmannen i Oslo og Akershus
 Gatejuristen
 Høyesterett
 Kunnskapsdepartementet
 Landbruks- og matdepartementet
 Landsorganisasjonen i Norge (LO)
 Nærings- og handelsdepartementet
 Samferdselsdepartementet
 Spekter
 Utenriksdepartementet

Følgende 38 instanser har uttalt seg om innholdet i forslagene:

Actis
 Barne- og likestillingsdepartementet
 Bergen kommune
 Blå kors
 Datatilsynet
 Den norske legeforening
 Drammen kommune
 Fagrådet innen Rusfeltet i Norge

Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO)	Oslo kommune
Forbundet Mot Rusgift	Oslo politidistrikt
Foreningen for human narkotikapolitikk	Oslo statsadvokatembeter
Gudbrandsdal politidistrikt	Politidirektoratet
Helse Nord RHF	Riksadvokaten
Høgskolen i Bergen	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
Høgskolen i Buskerud	Samarbeidsforum for norske kollektiv
Justisdepartementet	Sande kommune
Kommuneadvokaten i Oslo	Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (SKBO)
Kriminalomsorgen region sør	Søndre Buskerud politidistrikt
Landsforbundet Mot Stoffmisbruk	Troms politidistrikt
Midt-Norsk Kompetansesenter for rusfaget	Trondheim kommune
Norsk Narkotikapolitiforening (NNPF)	Tyrilistiftelsen
Norsk Psykologforening	Ungdom Mot Narkotika
Norsk Sykepleierforbund (NSF)	Vestfold politidistrikt

3 Gjeldende rett

3.1 Sprøyteromsloven, sprøyteromsforskriften og kommunehelsetjenesteloven

Det rettslige grunnlaget for etablering av sprøyteromsordninger er midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven). Loven er en fullmaktslov som gir Kongen myndighet til å bestemme at det som sådan kan etableres en prøveordning med sprøyterom (sprøyteromsordning), jf. lovens § 1.

Nærmere regler om sprøyteromsordningens utforming og gjennomføring er gitt i forskrift 17. desember 2004 nr. 1661 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning), heretter kalt «sprøyteromsforskriften». Forskriften er hjemlet i sprøyteromsloven § 6, og gir regler om prøveordningens formål, adgangsregulering, hvilke narkotiske stoffer som kan brukes i sprøyterommet, krav til kommunen og personalet, brukernes personvern, forholdet til politi og påtalemyndighet og godkjenning av prøvekommune.

Myndighet til å bestemme om den enkelte kommune kan etablere en prøveordning med sprøyterom er tillagt Helse- og omsorgsdepartementet, jf. sprøyteromsforskriften § 15. Departementets godkjenningsmyndighet er delegert til Helsedirektoratet.

Sprøyteromsordning som er etablert i medhold av sprøyteromsloven er å anse som en kommunehelsetjeneste, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 fjerde ledd annet punktum. Det er opp til den enkelte kommune å avgjøre om den ønsker å søke om å få etablere en sprøyteromsordning, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 fjerde ledd tredje punktum. En sprøyteromsordning er således ikke en obligatorisk tjeneste for kommunene.

3.2 Begrepsbruk

I sprøyteromsloven og sprøyteromsforskriften benyttes begrepene «sprøyterom», «sprøyteromsordning» og «sprøyteromslokalene». Begrepene er ikke definert i loven eller forskriften, men forstås ut fra sammenhengen i reglene.

En *sprøyteromsordning* skal inneholde et separat rom for injisering (som utgjør *sprøyterommet*), et venterom og et samtalerom/rådgivningsrom, jf. sprøyteromsforskriften § 6 første ledd første punktum. Disse tre rommene utgjør *sprøyteromslokalene*, jf. Ot.prp. nr. 56 (2003-2004) punkt 5.2 side 15. I tillegg skal sprøyteromsordningen ha tilgang til et *behandlingsrom*, jf. sprøyteromsforskriften § 6 første ledd annet punktum.

3.3 Formål

Sprøyteromslovens formål er å legge til rette for at en tidsbegrenset prøveordning med sprøyterom skal kunne gjennomføres. Lovens formål fremgår ikke uttrykkelig av loven selv, men er kommet til uttrykk i lovens forarbeider, jf. Ot.prp. nr. 56 (2003-2004).

Formålet med sprøyteromsordningen er nærmere utdypet i sprøyteromsforskriften § 1. Det fremgår av bestemmelsens første ledd at formålet er å legge til rette for et erfaringsgrunnlag for å kunne vurdere effekten av straffrihet for besittelse og bruk av narkotika på et nærmere avgrenset område. En evaluering av sprøyteromsordningen skal gi grunnlag for å vurdere om, og eventuelt hvordan, sprøyterom bør etableres som en permanent ordning. Slik evaluering er gjennomført av Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), som fremla sin rapport i november 2007.

Sprøyteromsordningen har flere målsettinger, og må ses i et skadereduserende perspektiv. Det fremgår av sprøyteromsforskriften § 1 annet ledd at sprøyteromsordningen skal

- bidra til økt verdighet for tungt belastede narkotikamisbrukere,
- gi økt mulighet for kontakt og samtaler mellom rusmiddelmisbrukerne og hjelpeapparatet,
- bidra til å forebygge infeksjoner og smitte og
- bidra til å redusere antallet overdoser og overdosedødsfall.

3.4 Straffrihet

3.4.1 Besittelse og bruk av narkotika

Besittelse og bruk av narkotika er forbudt og straffbart etter legemiddeloven § 24 første ledd, jf. § 31 første og annet ledd. I sprøyteromsloven § 2 er det gjort unntak fra legemiddelovens bestemmelser. Etter sprøyteromsloven § 2 første ledd bokstav a kan den som har lovlig adgang til et godkjent sprøyterom, straffritt injisere narkotika i sprøyterommet. Videre kan den som har lovlig adgang til et godkjent sprøyterom straffritt besitte én brukerdose narkotika til eget bruk i sprøyterommet eller tilstøtende venterom, samtalerom eller behandlingsrom, jf. sprøyteromsloven § 2 første ledd bokstav b.

Straffriheten for besittelse og bruk av narkotika i sprøyteromsordningen er gitt i form av en unnskyldningsgrunn. Det vil si at besittelsen og bruken er straffri, men fremdeles ulovlig. Med dette understrekes myndighetenes holdning om at befatning med narkotika fremdeles er uønsket i samfunnet, og derfor ikke rettmessig, men at straffeforfølgning ikke skal iverksettes overfor brukere av sprøyteromsordningen. Straffrihetsregelen innebærer at brukeren har et absolutt krav på straffrihet når lovens vilkår er oppfylt, det vil si når vedkommende har lovlig adgang til sprøyterommet. Avgjørelsen er ikke overlatt til rettens skjønn. Besittelse og bruk av narkotika utenfor de anviste lokalene vil imidlertid fortsatt være gjenstand for straff.

3.4.1.1 Type og mengde narkotisk stoff

Straffriheten i sprøyteromsordningen omfatter bare besittelse og bruk av *heroin*, og ikke andre narkotiske stoffer, jf. sprøyteromsforskriften § 5 første ledd. Videre er kun besittelse og bruk av *én brukerdose* omfattet av straffriheten, jf. sprøyteromsloven § 2 første ledd bokstav b. Dette fremgår også av sprøyteromsforskriften § 5 annet ledd. Grensen for hva som utgjør én brukerdose i sprøyteromsordningen kan være vanskelig å trekke. I særmerknaden til sprøyteromsloven § 2, jf. Ot.prp. nr. 56 (2003-2004) side 45, er det uttalt følgende:

«Mengden som i påtalemyndighetens praksis regnes som en brukerdose/salgdose, kan ikke uten videre legges til grunn. En brukerdose heroin for en «ikke-tilvendt» person beregnes vanligvis til 0,1 gram. Målgruppen for sprøyterommet er de tyngste misbrukerne med lang injeksjonspraksis. En brukerdose for denne målgruppen må forventes å ligge høyere. På den annen side er begrensningen til en brukerdose viktig for å hindre at sprøyteromslokalene blir

et sted for spredning av narkotika. I vurderingen av hva som utgjør en brukerdose i forhold til sprøyteromsordningen, er det derfor av betydning å se på hvilken mengde denne brukergruppen med rimelighet må forventes å benytte selv.»

Det må således ses hen til brukergruppen og hvilken mengde denne gruppen med rimelighet må forventes å benytte når grensen for hva som utgjør én brukerdose i sprøyteromsordningen skal trekkes. Besittelse og bruk av mer enn én brukerdose vil være gjenstand for straff.

Begrensningen til én brukerdose er imidlertid ikke til hinder for at en registrert bruker benytter sprøyterommet mer enn én gang i løpet av samme dag, så lenge vedkommende ikke har med seg mer enn tillatt brukerdose ved hvert besøk. Etter sprøyteromsforskriften § 5 tredje ledd skal heroin til bruk i sprøyterommet alltid fremvises for personalet.

3.4.1.2 Inntaksmåte og lokaler for straffri besittelse og bruk

Straffriheten i sprøyteromsordningen omfatter bare *injisering* av heroin, og ingen andre inntaksmåter, som for eksempel røyking, jf. sprøyteromsloven § 2 første ledd bokstav a. Med injeksjon av heroin menes heroin som settes med sprøyte – enten intravenøst, under huden eller intramuskulært, jf. Ot.prp. nr. 56 (2003-2004) side 45.

Videre er injiseringen bare straffri i selve injiseringsrommet, altså det som betegnes som sprøyterommet, jf. sprøyteromsloven § 2 første ledd bokstav a. Dette fremgår også av sprøyteromsforskriften § 5 annet ledd. Injisering i de øvrige lokalene i eller tilknyttet sprøyteromsordningen (tilstøtende venterom, samtalerom/rådgivningsrom eller behandlingsrom) er ikke straffritt. I disse lokalene er det kun *besittelsen* av én brukerdose heroin som er omfattet av straffriheten. Besittelse i andre rom eller lokaler enn sprøyteromslokalene og tilstøtende behandlingsrom er ikke omfattet av straffriheten. Det betyr at besittelse av en brukerdose heroin på vei til sprøyteromslokalene vil være straffbart. Det vil også være straffbart å besitte narkotika i lavterskel helsetiltak som er samlokalisert med sprøyteromsordningen. I sprøyteromslovens forarbeider er det imidlertid forutsatt at politiet og påtalemyndigheten vil utvise en lojal håndhevingspraksis overfor brukere med lovlig adgang til sprøyterommet og som er på vei til eller fra sprøyteromslokalene eller den samlokaliserte lavterskel helsetjenesten, jf. Ot.prp. nr. 56 (2003-2004) side 45.

3.4.2 Medvirkning

Medvirkning til bruk og besittelse av narkotika er forbudt og straffbart etter legemiddeloven § 31 fjerde ledd første punktum, jf. første og annet ledd, jf. § 24 første ledd. Sprøyteromsloven § 2 annet ledd gjør unntak fra legemiddelovens bestemmelser, og gjør det klart at *personalets* konkrete og individuelle rådgivning til brukerne i forbindelse med injiseringen er tillatt.

Straffunntaket er gjennomført som en rettsmessighetsgrunn. Dette betyr at handlingen ikke bare er straffri, men også lovlig. I konkret og individuell rådgivning ligger at personalet kan gå så langt som å gi råd om injeksjonssted, men ikke fysisk bistå med selve injiseringen. Det betyr at personalet verken kan sette sprøyten for brukeren eller hjelpe vedkommende med å føre sprøyten mot injeksjonsstedet, jf. Ot.prp. nr. 8 (2004-2005) side 20.

Medvirkning til sprøytesetting av *andre brukere* av sprøyterommet vil ikke være straffbart etter legemiddeloven § 31 fjerde ledd første punktum, jf. første og annet ledd, jf. § 24 første ledd. En vanlig språklig forståelse av bestemmelsene tilsier at i den utstrekning hovedgjerningen (egen bruk) ikke er straffbar, er heller ikke medvirkning til slik handling straffbar. Straffunntaket for brukernes medvirkning vil her – som ved egen bruk – bety at handlingen fortsatt er urettmessig, selv om den er straffri, jf. Ot.prp. nr. 8 (2004-2005) punkt 3.2 side 8.

3.5 Adgangsregulering

Som nevnt gjør sprøyteromsloven § 2 første ledd, jf. sprøyteromsforskriften § 5, unntak fra legemiddelovens bestemmelser om straffansvar for besittelse og bruk av én brukerdose heroin. Straffrihetsunntaket gjelder for dem som har «lovlig adgang til sprøyterommet». Lovlig adgang til sprøyteromsordningens tjenester forutsetter lovlig adgang til sprøyterommet. De nærmere kriteriene for lovlig adgang til sprøyterommet fremgår av sprøyteromsforskriften § 2.

3.5.1 Målgruppe

Sprøyteromsordningens målgruppe er «tungt belastede narkotikamisbrukere», jf. formålsbestemmelsen i sprøyteromsforskriften § 1 annet ledd.

For å bli registrert som bruker av sprøyterommet må personen være en «tungt belastet heroinmisbruker», jf. sprøyteromsforskriften § 2 annet ledd bokstav a, og «ha fylt 18 år», jf. bokstav b. Hvorvidt disse kriteriene er oppfylt eller ikke, forut-

setter et skjønn fra personalets side. I vurderingen skal det legges vesentlig vekt på om brukeren definerer seg selv som tungt belastet heroinmisbruker, jf. Ot.prp. nr. 8 (2004-2005) punkt 4.2 side 14. Der som det er tvil om en person er fylt 18 år, kan det kreves legitimasjon eller annet aldersbevis, jf. sprøyteromsloven § 2 første ledd og sprøyteromsforskriften § 3 annet ledd.

Personalet har adgang til å avvise personer som de mener klart faller utenfor målgruppen, blant annet for å unngå at personer som ønsker å prøve ut heroin for første gang under trygge omgivelser, gis tilgang til sprøyterommet. Kriteriet «tungt belastet heroinmisbruker» medfører ikke at heroinmisbrukere som (også) er blandingsmisbruker, utelukkes adgang til sprøyterommet. Men straffritt kan brukerne bare injisere én brukerdose heroin i sprøyterommet, jf. sprøyteromsloven § 2 første ledd og sprøyteromsforskriften § 5 første ledd.

3.5.2 Registrering

Lovlig adgang til sprøyterommet og sprøyteromsordningen for øvrig påkrever at vedkommende er registrert som bruker av sprøyterommet, jf. sprøyteromsforskriften § 2 første ledd første punktum. Registrering kan bare skje etter samtykke fra vedkommende, jf. sprøyteromsforskriften § 2 første ledd annet punktum. Sprøyteromsloven § 3 gir kommuner som etablerer en godkjent sprøyteromsordning, hjemmel til å føre helseregister, se nærmere punkt 3.9.

For å bli registrert som bruker av sprøyterommet, må personen være tungt belastet heroinmisbruker og ha fylt 18 år, jf. sprøyteromsforskriften § 2 annet ledd. Personalet i sprøyteromsordningen avgjør om kriteriene for registrering er oppfylt, jf. forskriftens § 3 første ledd første punktum. Lederen for sprøyteromsordningen avgjør om en person skal nektes registrering, jf. forskriftens § 3 første ledd annet punktum. Det er ingen begrensninger i adgangen til å søke om igjen dersom man først har fått avslag, jf. Ot.prp. nr. 56 (2003-2004) side 46. Dersom en person oppholder seg i sprøyteromslokalene eller tilstøtende behandlingsrom og rent faktisk oppfylder kriteriene for adgang, men ikke er registrert, omfattes vedkommende ikke av straffriheten, jf. Ot.prp. nr. 56 (2003-2004) side 46.

3.5.3 Avgjørelse om adgang

En avgjørelse om adgang til bruk av sprøyteromslokalene er ikke enkeltvedtak etter forvaltningsloven, jf. sprøyteromsloven § 4 første ledd. Adgang til bruk av sprøyteromslokalene er heller ikke nød-

vendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 første ledd og pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd annet punktum, jf. sprøyteromsloven § 4 tredje ledd første punktum. Sprøyteromsordningen er således ikke en ytelse som borgerne har rettskrav på. Avgjørelse om adgang til bruk av sprøyteromslokalene kan ikke påklages etter kommunehelsetjenesteloven § 2-4 eller pasientrettighetsloven § 7-3, jf. sprøyteromsloven § 4 tredje ledd annet punktum.

3.6 Regler for opptreden i sprøyteromslokalene

Etter sprøyteromsforskriften § 4 første ledd første punktum plikter kommunen å gi regler for brukernes opptreden i sprøyteromslokalene. Reglene skal forelegges departementet (godkjenningsmyndigheten er delegert til Helsedirektoratet) i forbindelse med søknad om etablering av sprøyteromsordning, jf. forskriftens § 4 første ledd annet punktum.

En bruker kan bortvises fra sprøyteromsordningen for den tid lederen av sprøyteromsordningen bestemmer dersom brukerens opptreden er i strid med gjeldende lovgivning eller reglene gitt av kommunen, jf. sprøyteromsforskriften § 4 annet ledd første punktum. Dette innebærer at straffbare handlinger som for eksempel besittelse og bruk av annet narkotisk stoff enn heroin i sprøyterommet, kan føre til bortvisning. Besittelse og bruk av annet stoff enn heroin i sprøyteromslokalene bør som hovedregel føre til bortvisning, uten at slike handlinger automatisk skal føre til bortvisning, jf. Ot.prp. nr. 8 (2004-2005) punkt 4.10 side 18. Ved spørsmål om bortvisning, er personalet gitt anledning til å utøve en viss grad av skjønn, jf. bestemmelsens utforming som en «kan»-regel. En avgjørelse om bortvisning fra sprøyteromsordningen er ikke enkeltvedtak etter forvaltningsloven, jf. sprøyteromsforskriften § 4 annet ledd annet punktum.

3.7 Bemanning

3.7.1 Krav om helsefaglig og sosialfaglig personell

Sprøyteromsordning som er etablert i medhold av sprøyteromsloven er å anse som en kommunehelsetjeneste, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 fjerde ledd annet punktum. Personell med autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven § 48 eller § 49, og personell i helsetjenesten som yter helsehjelp, er helsepersonell med ansvar og plikter etter helsepersonelloven, jf. helsepersonelloven § 3 første

te ledd nr. 1 og 2. Med helsetjenesten menes primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten, jf. pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav d. Kommunehelsetjenesten er en sentral primærhelsetjeneste. Dette innebærer at alle ansatte i sprøyteromsordningen som utfører handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, jf. helsepersonelloven § 3 tredje ledd sammenholdt med pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c, er å anse som helsepersonell etter helsepersonelloven § 3 første ledd nr. 2, uavhengig av om vedkommende har autorisasjon eller lisens som helsepersonell.

I sprøyteromsforskriften § 7 er det stilt nærmere krav til sprøyteromsordningens personale. Sprøyteromsordningen skal etter dette bemannes både med personer med helsefaglig utdanning og personer med sosialfaglig utdanning, jf. første ledd første punktum. Til lederen av sprøyteromsordningen stilles det krav om helsefaglig utdanning som minst tilsvarende høyskolenivå, jf. første ledd annet punktum.

Sprøyteromsordningen skal til enhver tid være forsvarlig bemannet, det vil si at det må være tilstrekkelig med bemanning til samtidig å kunne foreta adgangskontroll, observere under injisering, gi individuell og konkret rådgivning i forbindelse med injiseringen, gi individuell helsehjelp og kontrollere forholdene i venterommet, jf. sprøyteromsforskriften § 7 fjerde ledd.

Alle ansatte i sprøyteromsordningen plikter regelmessig å gjennomgå opplæring i førstehjelp og krisehåndtering for å kunne håndtere eventuelle overdosesituasjoner som kan oppstå i sprøyterommet, jf. sprøyteromsforskriften § 7 annet ledd. Kommunen må sørge for at slik opplæring blir gjennomført. I tillegg må kommunen sørge for at de ansatte gis adekvat veiledning for å forebygge belastningsskader ved den følelsesmessige påkjenningen som arbeidet i sprøyterommet innebærer, og for å sikre kompetanseutvikling i virksomheten, jf. sprøyteromsforskriften § 7 tredje ledd.

3.7.2 Forholdet til helsepersonelloven § 4 om forsvarlighet

Helsepersonell som arbeider i sprøyterom er underlagt plikt- og ansvarsreglene i helsepersonelloven og dens forskrifter, herunder kravet til forsvarlig yrkesutøvelse, jf. helsepersonelloven § 4.

Sprøyteromsloven § 5 gjør det klart at utførelse av de oppgaver som er tillagt personalet i sprøyteromsordningen etter sprøyteromsloven og sprøyteromsforskriften, ikke er å anse som uforsvarlig yr-

kesutøvelse i strid med helsepersonelloven § 4. Dette omfatter blant annet utdeling av rent brukerutstyr, overvåkning av sprøytesettingen, individuell og konkret rådgivning til den enkelte bruker under injiseringen samt veiledning om god hygiene, injeksjonspraksis og egenomsorg for å forebygge smitte og for å redusere risikoen for skade som følge av bruken av narkotika.

Dette betyr imidlertid ikke at forsvarlighetskravet etter helsepersonelloven § 4 ikke gjelder for helsepersonell som arbeider i sprøyteromsordningen. Kravet til forsvarlig yrkesutøvelse gjelder fortsatt for helsepersonellets konkrete gjennomføring av de enkelte oppgavene. Den konkrete gjennomføringen av de ulike oppgavene kan derfor bli vurdert å ha skjedd på en slik måte at det aktuelle helsepersonell blir ansett for å ha handlet uforsvarlig og i strid med helsepersonelloven § 4. Dette kan for eksempel gjelde tilfeller hvor helsepersonellet i en konkret nødsituasjon ikke har handlet i overensstemmelse med plikten til å gi øyeblikkelig hjelp etter helsepersonelloven § 7, eller har gått utover sine faglige kvalifikasjoner ved gjennomføringen av de enkelte oppgavene.

3.7.3 Forholdet til helsepersonelloven §§ 39 og 40 om dokumentasjonsplikt

Helsepersonelloven § 39 fastsetter en plikt for helsepersonell til å føre journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal inntreffer når helsepersonellet yter helsehjelp. Som helsehjelp anses alle handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 3 tredje ledd sammenholdt med pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c. Etter helsepersonelloven § 40 skal journalen inneholde alle relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Krav til journalens innhold er nærmere regulert i forskrift 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal (journalforskriften).

Mange av oppgavene som utføres i sprøyteromsordningen vil være helsehjelp, og følgelig medføre en plikt til å føre journal etter reglene i helsepersonelloven og journalforskriften, jf. sprøyteromsforskriften § 8 første ledd.

For at journalføringsplikten ikke skal være for omfattende og dermed komme i konflikt med sprøyteromsordningens lavterskelkarakter, er det med hjemmel i sprøyteromsloven § 6 bokstav h gjort begrensninger i journalføringsplikten for deler av virksomheten i sprøyteromsordningen. Begrensningene er gitt i sprøyteromsforskriften § 8 an-

net ledd, hvor det fremgår at helsehjelp slik som generelle råd om injeksjonspraksis, hygiene og egenomsorg samt observasjon og konkret rådgivning i forbindelse med injiseringen, er unntatt fra journalføringsplikten

Omfattet av journalføringsplikten er derimot tilbud om enkel individuell helsehjelp, som for eksempel sårstell. Det skal også føres journal når det gis øyeblikkelig hjelp.

3.7.4 Unntak fra lovbestemt taushetsplikt

Personalet i sprøyteromsordningen har taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21 og forvaltningsloven §§ 13 til 13 e. I sprøyteromsloven § 4 annet ledd er det gjort et begrenset unntak fra denne taushetsplikten. Bestemmelsen pålegger personalet en plikt til å bekrefte eller avkrefte overfor politiet om en identifisert person er registrert bruker av sprøyterommet eller ikke. Med identifisert person menes en person som politiet enten kan peke ut fysisk for personalet eller navngi, jf. Ot.prp. nr. 56 (2003-2004) side 46.

Det er bare i forbindelse med mistanke om straffbar besittelse eller bruk av narkotika i sprøyteromslokalene at politiet har en begrenset kontrolladgang mot registeret og at unntaket fra taushetsplikten for personalet gjelder. Personalets plikt til å utlevere opplysningene inntreffer på politiets begjæring. Politiets adgang til å foreta en slik kontroll er hjemlet i sprøyteromsforskriften § 14 første ledd, se nærmere punkt 3.11.

Unntaket fra taushetsplikten etter sprøyteromsloven § 4 annet ledd omfatter bare opplysningen om at brukeren er registrert som bruker av sprøyterommet eller ikke. Andre taushetsbelagte opplysninger om vedkommende skal ikke gis.

3.8 Sprøyteromsordningens innhold og tjenester

Sprøyteromsforskriften § 6 gir nærmere bestemmelser om sprøyteromsordningens innhold.

En sprøyteromsordning skal inneholde et separat rom for injisering (som utgjør selve sprøyterommet), et venterom og et samtalerom/rådgivningsrom, jf. sprøyteromsforskriften § 6 første ledd første punktum. Disse tre rommene utgjør sprøyteromslokalene, jf. Ot.prp. nr. 56 (2003-2004) punkt 5.2 side 15. I tillegg skal sprøyteromsordningen ha tilgang til et behandlingsrom, jf. forskriftens § 6 første ledd annet punktum.

Sprøyteromsordningen skal i henhold til sprøyteromsforskriften § 6 annet ledd omfatte

- a. tilbud til brukerne om generelle råd om injeksjonspraksis, hygiene og egenomsorg for å forebygge smitte og for å redusere risikoen for skade,
- b. rent utstyr for injisering til hver bruker,
- c. observasjon av brukerne under og etter injiseringen,
- d. tilbud om individuell og konkret rådgivning til hver bruker i forbindelse med injiseringen,
- e. tilbud om enkel individuell helsehjelp, som for eksempel sårstell,
- f. tilbud om rådgivning og informasjon om helse tjenester og sosiale tjenester og
- g. formidling av kontakt med helsetjenesten og/eller sosialtjenesten dersom brukeren ønsker det.

Sprøyteromsordningen skal være samlokalisert med lavterskel helsetjeneste, jf. sprøyteromsforskriften § 6 tredje ledd. Kravet om samlokalisering med lavterskel helsetjeneste skal sikre brukerne lettere tilgang til ytterligere helsehjelp enn den som tilbys i sprøyteromsordningen, herunder tilgang til legehjelp, jf. Ot.prp. nr. 8 2004-2005) punkt 4.9 side 17. Det er ikke påkrevd at den samlokaliserte helsetjenesten skal ha samme åpningstid som sprøyterommet. Sprøyteromsordningen vil kunne benytte behandlingsrom i den samlokaliserte helsetjenesten. Dersom sprøyterommet har åpent utenom den samlokaliserte helsetjenestens åpningstider, må det sikres nødvendig tilgang til behandlingsrom for sprøyteromsordningen også i disse periodene.

Ved lokaliseringen av sprøyteromsordningen skal det tas hensyn til avstanden til og fremkommeligheten for ambulansetjenesten, jf. sprøyteromsforskriften § 6 fjerde ledd.

Den enkelte kommune fastsetter sprøyteromsordningens åpningstider og den nærmere utformingen av sprøyteromslokalene, jf. sprøyteromsforskriften § 6 femte ledd. Kommunen plikter i fastsettelsen å ta hensyn til brukernes behov.

3.9 Helseregister og helseopplysninger

3.9.1 Registrering og annen behandling av helseopplysninger

For å få lovlig adgang til sprøyteromsordningen, må vedkommende som nevnt være registrert bruker av sprøyterommet. For å kunne bli registrert må vedkommende oppgi navn og alder samt opplysninger om sin helsemessige situasjon som be-

krefter at vedkommende er «tungt belastet heroinmisbruker». Dette vil være taushetsbelagte opplysninger etter helsepersonelloven § 21.

Sprøyteromsloven § 3 gir kommuner som etablerer en godkjent sprøyteromsordning, hjemmel til å føre helseregister og behandle helseopplysninger. Adgangen gjelder i den grad det er nødvendig for å oppfylle reglene i sprøyteromsloven og forskrifter gitt i medhold av loven. Kommunen er databehandlingsansvarlig.

Helseregisterloven kommer til anvendelse for helseregister opprettet i medhold av sprøyteromsloven § 3, jf. helseregisterloven § 3 om lovens saklige virkeområde. Det fremgår av denne bestemmelsen at helseregisterloven gjelder ved behandling av helseopplysninger i helsetjenesten når opplysningene skal inngå i et register.

Med hjemmel i sprøyteromsloven § 6 bokstav g, er det i sprøyteromsforskriften §§ 10-12 gitt nærmere bestemmelser om hvilke helseopplysninger som kan behandles, formålet med behandlingen og om sletting av opplysningene.

Etter sprøyteromsforskriften § 10 annet punktum kan kommunen, som databehandlingsansvarlig, bare registrere opplysninger om brukerens navn, eventuelt kombinert med bilde, alder, kjønn og tidspunkt for bruk av sprøyterommet. Registrering kan bare skje etter samtykke fra vedkommende, jf. forskriftens § 10 tredje punktum, jf. forskriftens § 2 første ledd annet punktum, jf. helseregisterloven § 5 tredje ledd.

Formålet med behandlingen av helseopplysningene er å kunne foreta en evaluering av prøveordningen, jf. sprøyteromsforskriften § 11 første ledd. Adgangen til å kunne registrere brukerens navn, alder, kjønn og tidspunkt for bruk av sprøyterommet gir mulighet til å hente ut informasjon om antall personer som er registrert som brukere, antall besøk i sprøyterommene og om bruksmønstre, herunder hvor mange brukere som benyttet sprøyterommet i et visst omfang, hvor regelmessig den enkelte brukte sprøyterommet, om sprøyterommet ble brukt over lengre eller kortere perioder og om eventuelle opphold i bruken av sprøyterommet. Dersom personalet i sprøyteromsordningen er i tvil om en person er registrert som bruker av sprøyterommet, kan personalet innhente opplysning om dette fra registeret, jf. sprøyteromsforskriften § 11 annet ledd.

Når helseopplysningene ikke lenger er nødvendige for å gjennomføre formålet med behandlingen av dem, skal opplysningene slettes, med mindre annet følger av arkivloven eller annen lovgivning, jf. sprøyteromsforskriften § 12, jf. helseregisterloven § 27 første ledd.

Datatilsynet fører tilsyn med helseregistre som føres i sprøyteromsordningen, jf. sprøyteromsforskriften § 13, jf. helseregisterloven § 31.

3.9.2 Opplysninger til statistiske formål

Kommunen plikter etter anmodning å avgi helseopplysninger og andre opplysninger til departementet til bruk for statistiske formål og for evaluering av prøveordningen, jf. sprøyteromsforskriften § 9. Plikten innebærer et unntak fra taushetsplikten etter helsepersonelloven § 21 og forvaltningsloven §§ 13 til 13 e. Bestemmelsen er gitt med hjemmel i sprøyteromsloven § 6 bokstav i.

3.10 Tilsyn og internkontroll

Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket fører tilsyn med virksomheten i sprøyteromsordningen, jf. lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse-tjenesten (tilsynsloven).

Etter tilsynsloven § 3 plikter kommunen å ha et internkontrollsystem for sprøyteromsordningen og sørge for at virksomheten og tjenestene i sprøyteromsordningen planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. Krav til internkontroll er nærmere regulert i forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

3.11 Politiets kontrolladgang og håndheving av den offentlige ro og orden

Politiet kan ved mistanke om straffbar besittelse eller bruk av narkotika i sprøyteromslokalene kreve å få opplysning om hvorvidt en identifisert person er registrert som bruker av sprøyterommet eller ikke, jf. sprøyteromsforskriften § 14 første ledd. Med identifisert person menes en person som politiet enten kan peke ut fysisk for personalet eller navngi, jf. Ot.prp. nr. 56 (2003-2004) side 46. Opplysningene må begjæres av politiet. Personalet plikter da, uten hinder av taushetsplikten etter helsepersonelloven § 21 og forvaltningsloven §§ 13 til 13 e, å bekrefte eller avkrefte overfor politiet om en identifisert person er registrert bruker av sprøyterommet eller ikke, jf. sprøyteromsloven § 4 annet ledd, se punkt 3.7.4.

Politiet kan også gripe inn for å sikre den offentlige ro og orden mv. i samsvar med politiloven § 7, jf. sprøyteromsforskriften § 14 annet ledd. Dette innebærer blant annet at politiet kan gripe inn dersom det er nødvendig for å håndheve den offentlige ro og orden i tilknytning til sprøyteromslokalene, for å ivareta enkeltpersoners eller allmennhetens sikkerhet eller for å avverge eller stanse lovbrudd. Har politiet skjellig grunn til mistanke om straffbare handlinger i sprøyteromslokalene eller tilstøtende behandlingsrom som faller utenfor straffrihetsbestemmelsen i sprøyteromsloven § 2, har politiet adgang til å aksjonere i den utstrekning det er hjemmel for det etter alminnelige straffprosessuelle regler.

4 Sprøyterom i andre land

Det finnes i dag til sammen 87 sprøyterom i åtte forskjellige land (Australia 1, Canada 1, Luxembourg 1, Nederland 40, Norge 1, Spania 6, Sveits 12 og Tyskland 25).

Det første sprøyterommet ble åpnet i Bern, Sveits, i 1986. Tidlig på 1990-tallet åpnet Nederland og Tyskland sine første sprøyterom, og i 2000 fulgte Spania etter. Senere har Luxembourg, Australia, Canada og Norge, som det eneste nordiske landet, etablert sprøyterom.

Sprøyterom har noe ulike betegnelser og innhold i de forskjellige landene og i ulike sammenhenger. De mest vanlige betegnelsene er *drug consumption rooms* (DCR) og *drug injecting rooms* («safe injecting rooms», «supervised injecting centres», «medically supervised injecting centres»). Forskjellen i betegnelsene er at det i «consumption rooms» tillates andre måter å innta narkotika på enn ved injisering. Narkotikakonsumeringsrom er definert som «legally sanctioned low threshold facilities which allow the hygienic consumption of pre-obtained drugs under professional supervision in a non-judgemental environment» (Kimber J et al, 2003).

Det er nødvendig å skille DCR fra såkalte «shooting galleries» og «crack houses» drevet ut fra profittensyn av narkotikaselgere, og uformelle brukerrom som ofte er drevet av tidligere eller aktive narkotikabrukere. DCR må heller ikke forveksles med helsetilbud opprettet for å ivareta sikker administrering av foreskrevet narkotika, for eksempel heroinvedlikeholdsprogram.

Ifølge *European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction* (EMCDDA), er formålet med DCR å nå ut til de mest utsatte narkotikabrukerne, særlig injeksjonsbrukere, som setter sine skudd offentlig. Disse gruppene har omfattende behov for helsetjenester og andre hjelpetiltak, sosialtjeneste og ordenstjeneste (EMCDDA, 2004). Forsvarere av DCR vektlegger muligheten for å komme denne målgruppen i møte, og at sprøyterommet/konsumeringsrommet fungerer som en inngangsport til øvrige velferds- og behandlingstilbud.

Sprøyterom/konsumeringsrom er ulikt regulert i forskjellige land. Reguleringen varierer også mellom delstater og kommuner. Gjennomgående for alle sprøyterom er imidlertid at bruk av narkotika i sprøyterommet/konsumeringsrommet foregår under tilsyn av ansatte. De ansatte informerer også om risikoer ved bruk av narkotika, gir råd om mindre helseskadelig injisering og tilbyr øyeblikkelig hjelp ved overdoser eller andre alvorlige komplikasjoner. Det er imidlertid ikke adgang for de ansatte å hjelpe til med selve injiseringen. Husregler for sprøyterommet/konsumeringsrommet forbyr omsetning av narkotika, og spesifiserer hygieniske anbefalinger og sikkerhetsprosedyrer.

Kriterier for adgang til sprøyterommet/konsumeringsrommet er vanligvis at personen må være over 18 år og regelmessig bruker av heroin eller kokain. Tilfeldige brukere eller førstegangsbrukere gis ikke adgang.

5 FNs narkotikakonvensjoner

5.1 Gjeldende folkerett og overvåkningsorganets vurdering av sprøyterom

Den internasjonale kontrollen med narkotika reguleres gjennom FNs konvensjoner om forbud mot og kontroll med narkotiske stoffer. Dette omfatter *The Single Convention on Narcotic Drugs 1961* (heretter FN-konvensjonen av 1961), *The Convention on Psychotropic Substances 1971* (heretter FN-konvensjonen av 1971) og *The Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances 1988* (heretter FN-konvensjonen av 1988). Norge er part i konvensjonene, og dermed folkerettslig bundet av dem.

Konvensjonene inneholder ingen bestemmelser som spesifikt omtaler sprøyterom eller lignende ordninger. Sprøyterom ble ikke problematisert og vurdert i forbindelse med utarbeidelsen av konvensjonstekstene. Sprøyteromsordningens stilling med hensyn til folkeretten må derfor vurderes opp mot konvensjonenes generelle bestemmelser om bruk og besittelse av narkotika.

FN-konvensjonen av 1961 regulerer stoffer som er naturprodukter eller fremstilt av slike. Konvensjonen oppstiller en forpliktelse for partene til å ta de lovmessige og administrative forholdsregler som er nødvendige for å begrense bruk og besittelse av narkotika utelukkende til medisinske og vitenskapelige formål, jf. artikkel 4 nr. 1 bokstav c. I konvensjonens artikkel 33 heter det at statene ikke skal tillate besittelse av narkotika uten ved hjemmel i lov. Artikkel 36 nr. 1 bokstav a oppstiller krav om at blant annet forsettlig besittelse («possession») av narkotika gjøres straffbart. Bruk er ikke nevnt i denne forbindelse.

FN-konvensjonen av 1971 regulerer kontrollen med de mange syntetiske stoffene som etter hvert har fått innpass. Konvensjonens artikkel 7 bokstav a forplikter statene til å forby all bruk av nærmere opplistede stoffer, unntatt for vitenskapelige eller svært begrensede medisinske formål. Heroin er ikke omfattet av denne konvensjonen.

FN-konvensjonen av 1988 kontrollerer i første rekke ulovlig transport og handel («illicit trafficking») med narkotika og utvider kontrollsystemet

til også å gjelde handel med basisstoffer («precursors»). Etter konvensjonens artikkel 3 nr. 2, jf. nr. 1, er statene forpliktet til å sette straff for forsettlig anskaffelse, besittelse, kjøp og salg av narkotiske stoffer til personlig bruk når stoffet stammer fra ulovlig handel. Selve bruken av stoffet stilles det ikke krav om at skal gjøres straffbart.

FNs kontrollorgan for gjennomføring av narkotikakonvensjonene (International Narcotics Control Board – INCB) overvåker statenes implementering av narkotikakonvensjonene og avgir årlige rapporter. INCB har ved flere anledninger, i både generelle og direkte henvendelser, uttalt seg negativt om sprøyterom. I årsrapporten for 2007 anmoder kontrollorganet regjeringer i land som opererer med sprøyterom om å stenge disse:

«The Board urges the Governments of countries where drug injecting rooms are operated for the purpose of administrating illicitly obtained drugs, to close those facilities and provide appropriate evidence-based medical services and facilities for the treatment of drug abusers» (recommendation 24).

INCB henviser spesielt til FN-konvensjonen av 1961 artikkel 4¹ og artikkel 35² som begrunnelse for at kontrollorganet anser sprøyterom for å være i strid med forpliktelsene etter narkotikakonvensjonene.

5.2 Justisdepartementets folkerettslige vurdering av sprøyteromsordningen

I forbindelse med forslaget om midlertidig sprøyteromslov, ble det redegjort for hvordan Justisdepartementet vurderte spørsmålet om sprøyterom i forhold til FNs narkotikakonvensjoner, jf. Ot.prp. nr. 56 (2003-2004) punkt 3.2. På side 12 uttales følgende:

¹ Artikkel 4 pålegger statene å ta de lovmessige og administrative forholdsregler som er nødvendige for å begrense besittelse og bruk av narkotika til medisinske og vitenskapelige formål.

² Artikkel 35 pålegger statene å gjennomføre tiltak på nasjonalt nivå for å koordinere preventive og dempende tiltak mot ulovlig handel med narkotika.

«Det kan vanskelig utledes av ordlyden alene hvorvidt sprøyterom vil være i overensstemmelse med narkotikakonvensjonene. Ved tolkingen av konvensjonene må det foretas en helhetsvurdering av de ulike hensyn som gjør seg gjeldende på grunnlag av de relevante bestemmelsene og formålet.

Et overordnet spørsmål er om etablering av sprøyterom strider mot konvensjonenes formål fordi ordningen vil innebære en form for offentlig aksept av handlinger partene har forpliktet seg til å bekjempe. Det har vært anført at en slik legitimering av besittelse og bruk av ulovlige narkotiske stoffer vil bidra til å øke handel med og bruk av slike stoffer. Dette standpunktet har FNs kontrollorgan for gjennomføring av narkotikakonvensjonene (International Narcotics Control Board – INCB) inntatt.»

På side 13 uttales videre:

«I forbindelse med tidligere behandling av spørsmålet om sprøyterom, har Utenriksdepartementet uttalt at det i utgangspunktet er grunn til å legge vekt på INCBs forståelse av konvensjonene. På den annen side er INCB et rådgivende kontrollorgan som ikke har myndighet til å treffe rettslig bindende avgjørelser. INCB skal først og fremst bidra til samarbeid og dialog mellom statene og INCB med sikte på å nå narkotikakonvensjonenes mål, jf. FN-konvensjonen av 1961 art. 9 nr. 5.

(...)

Uttalelsene fra INCB om tolkingen av konvensjonene kan derfor ikke anses som avgjørende i seg selv. Det må også ses hen til om INCBs tolkning er uttrykk for en festnet oppfatning som har fått bred aksept. Enkelte europeiske land som er bundet av de samme konvensjonene som Norge på dette området, har opprettet sprøyterom, jf. punkt 4. Det må derfor legges til grunn at i hvert fall disse lands myndigheter forstår de relevante narkotikakonvensjonene slik at de ikke er til hinder for etablering av sprøyterom. På den annen side har land som Danmark avstått fra å etablere sprøyterom blant annet på grunnlag av INCBs uttalelser.

Etter departementets syn har uttalelsene fra INCB spesielt stor vekt når de knytter seg til tolkning av bestemmelser som ligger i kjerneområdet for konvensjonene. Men vekten av INCBs uttalelser er etter departementets syn mindre når de knytter seg til tolkninger om i utgangspunktet politiske spørsmål som statene ikke hadde foranledning til å ta stilling til da konvensjonene ble inngått. Sprøyterom faller etter departementets oppfatning innenfor denne kategorien. Sprøyterom var ikke et tema da konvensjonene ble utarbeidet, og ligger ikke i kjerneområdet for hva statene klart har ment å

forplikte seg til. Da konvensjonene ble utarbeidet, var det ikke mulig for statene å forutse den økningen av antallet tungt belastede rusmiddelmisbrukere som man i den senere tid har vært vitne til. Departementet kan vanskelig se at det strider mot konvensjonenes intensjon og formål å komme denne brukergruppen i møte.»

I proposisjonens kapittel 16 er forholdet til narkotikakonvensjonene nærmere vurdert. På side 43 uttales følgende:

«Det er departementets oppfatning at etablering av sprøyterom skjer med det samme formål som ligger til grunn for narkotikakonvensjonene, nemlig å redusere de lidelser og problemer ulovlige narkotiske stoffer forårsaker.»

5.3 Høringsinstansenes syn i forbindelse med høringen av forslaget om permanent videreføring av sprøyteromsloven

Av høringsinstansene er det særlig *Actis*, *Forbundet Mot Rusgift* og *Norsk Narkotikapolitiforening (NNPF)* som uttaler seg om forholdet til narkotikakonvensjonene. Disse er uenig i departementets vurderinger, og mener at etablering av sprøyterom er i strid med konvensjonene.

Actis uttaler:

«Helsedepartementet oppgir at International Narcotics Control board (INCB) er kritiske. INCB står ikke alene. Heller ikke UNODC³ gir grønt lys for sprøyterom. Det finnes heller ingen uttalelser fra Commission on Narcotic Drugs (CND), FNs retningsgivende organ, som tyder på at disse åpner for eller anbefaler sprøyterom.

Likevel skriver Departementet at det er deres «oppfatning at etablering av sprøyterom skjer med det samme formål som ligger til grunn for narkotikakonvensjonene, nemlig å redusere de lidelser og problemer ulovlige narkotiske stoffer forårsaker.»

Departementet kan forstås som at de tolker konvensjonene som i hovedsak retningslinjer for å bedre helsetilstanden. Dette er i så fall ikke riktig. Konvensjonene har en rettslig natur dvs. de fokuserer i første rekke på forbudspolitikken.

Regjeringen gir inntrykk av at det kun er INCB sin fortolkning av konvensjonene, men dette er ikke riktig. Konvensjonene er bl.a. klare på at innehav er forbudt. Sprøyterom er der-

³ United Nations Office on Drugs and Crime.

for i strid med FNs narkotikakonvensjoner, dette er også UNODCs oppfatning.»

Forbundet Mot Rusgift uttaler:

«En avslutning av sprøyteromsforsøket vil være en gjenoppretting av normaltilstanden i norsk narkotikapolitikk. Dette er også i samsvar med FNs narkotikakontrollorgan – INCBs syn. I sin årsrapport for 2005 nevner INCB Norge spesielt og skriver:

‘INCB:s styre gjentar sitt standpunkt om at sprøyterom eller andre fasiliteter der personer kan misbruke narkotika som er ulovlig anskaffet, gjør illegal bruk av internasjonalt kontrollerte rusgifter enklere, og bryter med bestemmelsene i de internasjonale kontrollavtalene. Sprøyterom står i strid med hovedprinsippet i avtalene, nemlig at bruk av narkotika skal begrenses til medisinske og vitenskapelige formål. Styret beklager derfor sterkt åpningen av et sprøyterom i Norge i januar 2005, og oppfordrer regjeringen til å ta øyeblikkelige og nødvendige skritt for å sikre full overensstemmelse med de internasjonale narkotikakontrollavtalene.’

Denne oppfordringen ble gjentatt i INCBs årsrapport for 2007, som nevnt i høringsbrevet.

Så sent som i høst fikk Norge kritikk fra presidenten i INCB, Hamid Ghodse, som på World Forum Against Drugs overfor en stor internasjonal forsamling anklaget Norge for gjennom sin sprøyteromsvirksomhet å bryte bestemmelsene i FNs narkotikakonvensjoner, som vi har ratifisert og er forpliktet i forhold til.»

Norsk Narkotikapolitiforening (NNPF) uttaler:

«NNPF har siden etablering av forsøksordning med sprøyterom vært negativ til tiltaket, hvor Norge har gitt seg selv en ’unnskyldningsgrunn’ for å omgå FNs narkotikakonvensjoner for å gi straffrihet for bruk og besittelse av heroin straffritt i sprøyterom. Ordningen har fått internasjonal kritikk, sist under ’1st World Forum Against Drugs (WFAD)’ konferansen i Stockholm i september d.å. President Hamid Ghodse i International Narcotics Control Board (INCB) kom med flengende kritikk av hvordan Norge forholder seg til FNs narkotikakonvensjoner, som Norge har ratifisert, ved å etablere og drive en praksis med sprøyterom. Norge ble nevnt som et av svært få land – sammen med bl.a. Nederland – som neglisjerer de viktige internasjonale avtalene vedrørende narkotikabekjempelse!»

5.4 Helse- og omsorgsdepartementets vurdering

Departementet fastholder Justisdepartementets vurderinger i Ot.prp. nr. 56 (2003-2004) om at det ikke på generelt grunnlag kan konkluderes med at etablering av sprøyterom vil være i strid med narkotikakonvensjonene. De folkerettslige spørsmålene som ordningen reiser knytter seg til randsonen av hva narkotikakonvensjonene er ment å ramme, og ikke til konvensjonenes kjerneområde. Etter departementets oppfatning må det ses hen til ordningens nærmere utforming når det skal tas stilling til om sprøyteromsordningen er forenlig med narkotikakonvensjonene.

Narkotikakonvensjonene ble vedtatt i en ramme hvor mål om behandling og rusfrihet var rådende. Det er viktig å holde fast ved hovedformålet om behandling og rehabilitering. Men det erkjennes også at selv om det tilbys behandling og rehabilitering til mennesker med rusmiddelavhengighet, vil det være noen som i perioder eller over tid ikke vil være motivert for behandling eller som ikke klarer å nyttiggjøre seg behandlingen. Disse skal også ha hjelp. Denne gruppen vil i stor grad gjenkjennes ved langvarig og vedvarende skadelig injiserende narkotikabruk. Erfaringene tilsier at disse vil injisere narkotika uansett om de får tilgang til et sprøyterom eller ikke. Mange vil være i en fysisk og psykisk svært dårlig forfatning, og mange vil ha flere avbrutte behandlingsforsøk bak seg. Dette fremtvinger et spørsmål om hvilke alternativer denne gruppen skal tilbys, og hvordan den nasjonale narkotikapolitikken skal relateres til de forpliktelser Norge har i henhold til internasjonale helserettigheter, jf. FNs menneskerettighetserklæring av 1948 artikkel 25 og FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter av 1966 artikkel 12. Det presiseres at det er denne avgrensede gruppen mennesker som sprøyteromsordningen retter seg mot.

Sprøyteromsordningen skal ikke erstatte tiltak som retter seg mot forebygging og rehabilitering, men være et supplement i en helhetlig tiltakskjede for de som har store vanskeligheter med å komme seg ut av sin narkotikaavhengighet og som har omfattende behov for ulike tjenester og tilbud for å bedre sin livssituasjon og helsetilstand. Det vises i denne sammenheng til UNODCs *Discussion paper Reducing the adverse health and social consequences of drug abuse: A comprehensive approach*, hvor det blant annet slås fast at det

«å redusere de negative helsemessige og sosiale konsekvensene av narkotikabruk (skadereduksjon) ikke står i motsetning til forebygging og behandling. Tvert imot. Dette er komplementære tiltak (Executive Director A. M. Costa).»

Det vises også til SIRUS⁴ rapport nr. 7/2007 *Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom* side 14:

«Det kan vanskelig tenkes at noen begynner med å injisere heroin eller andre stoffer fordi samfunnet tilbyr en sprøyteromsordning, eller at noen slutter å injisere narkotika fordi samfunnet ikke tilbyr sprøyterom.»

Formålet med sprøyteromsordningen er av helsemessig og sosial karakter, og er ment å legge til rette for at målgruppen lettere skal kunne komme i kontakt med og nyttiggjøre seg hjelpeapparatet. Det stilles derfor krav om at sprøyteromsordningen skal være bemannet med helsefaglig og sosialfaglig personell, og at ordningen skal være tilknyttet helsetjenesten. Sprøyteromsordningen skal i tillegg bidra til opplevelse av økt livskvalitet og verdighet i hverdagen, mindre skadelig injeksjonspraksis, reduksjon i smitte og infeksjoner samt bidra til å redusere antallet overdoser og overdosedødsfall.

I årsrapport for 2008 henviser INCB til evalueringsrapporten om den norske sprøyteromsordningen, og skriver blant annet at det ikke foreligger belegg for å hevde at forsøket har bidratt til reduksjon i antall overdoser. INCB skriver videre at sprøyterommet kan bidra til å opprettholde narkotika-problemet, og at helsemyndighetene med dette gir signal om å se gjennom fingrene med narkotikabruk. Kontrollorganet anmoder alle regjeringer om å avstå fra å etablere sprøyterom, samt legge ned eksisterende sprøyterom, og sørge for alternative måter å øke tilgjengeligheten til helse- og sosialtjenester på.

Det kan synes som om Norge ikke i tilstrekkelig grad har klart å formidle formålet med, innholdet i og den konseptuelle plasseringen av den norske sprøyteromsordningen. Den norske sprøyteromsordningen er et supplement til et omfattende helse- og sosialtjenestetilbud og skal på ingen måte erstatte disse. Norge har stor respekt for INCB, og stiller ikke spørsmålsteget ved kontrollorganets mandat, autoritet eller kompetanse. Departementet vil likevel, som flere andre land med sprøyterom, si seg uenig i kontrollorganets fortolkning av sprøyte-

rom som uforenlig med konvensjonene og at sprøyterom kan bidra til bruk av narkotika.

Etter departementets vurdering er INCB for unyansert i omtalen og vurderingen av sprøyterom. Sprøyterom kan være svært ulike og av varierende innretning og kvalitet. Hensikten med den norske sprøyteromsordningen er ikke å legge til rette for inntak av ulovlig ervervet narkotika (jf. INCBs kritikk: «[...] for the purpose of administering illicitly obtained drugs [...]»). Norge slutter seg til INCBs kritikk av sprøyterom som er opprettet med dette som formål. Nettopp av den grunn er den norske sprøyteromsordningen strengt regulert. Sprøyteromsordningen skal ikke være et fristed for bruk av illegale stoffer. Besittelse og bruk av narkotika er ulovlig og straffbart i Norge, og vil fortsatt være det, også i sprøyteromsordningen. Når det likevel straffritt kan injiseres én brukerdose heroin i sprøyterommet, er dette for å øke tilgjengeligheten til helsehjelp og informasjon om hjelpeapparatet for målgruppen. Erfaringene tilsier at målgruppen vil benytte narkotika uavhengig av sprøyterommet.

Straffrihetsregelen er gitt i form av en «unnskyldningsgrunn» og ikke en «rettmessighetsgrunn». Besittelse og bruk av én brukerdose heroin vil da være ulovlig også i sprøyteromsordningens lokaler, selv om brukerne av sprøyterommet går fri for straff. Med dette ønsker departementet å opprettholde signalet om at personlig bruk av narkotika fortsatt er uønsket. Enhver besittelse og bruk av narkotika utenfor sprøyteromsordningens lokaler, besittelse av mer enn én brukerdose heroin i sprøyteromsordningens lokaler og tilstøtende behandlingsrom samt besittelse og bruk av mer enn én brukerdose heroin i sprøyterommet er fortsatt straffbart. Også selve ervervet av dosen til bruk i sprøyterommet er i prinsippet straffbar.

Departementet mener at en sprøyteromsordning som det her legges opp til er i overensstemmelse med intensjonen i artikkel 4, og vanskelig kan anses å være i strid med bestemmelsen.

Departementet mener også at sprøyteromsordningen heller ikke vil være i strid med artikkel 35 og myndighetenes prioriterte innsats mot ulovlig omsetning av narkotika. Salg av narkotika i nærheten av eller i selve sprøyteromsordningen vil være ulovlig og gjenstand for straff. Også andre handlinger i strid med narkotikalovgivningen, med unntak av besittelse og bruk av én brukerdose heroin i sprøyterommet (og besittelse av én brukerdose heroin i sprøyteromsordningens øvrige lokaler og tilstøtende behandlingsrom), vil fortsatt være gjenstand for straff.

På denne bakgrunn fastholder departementet oppfatningen om at en sprøyteromsordning som

⁴ Statens institutt for rusmiddelforskning.

her foreslås videreført, er i samsvar med formålene som ligger til grunn for FNs narkotikakonvensjoner, nemlig å redusere de lidelser og problemer ulovlige narkotiske stoffer forårsaker, og derfor ikke er i strid med konvensjonene. Etter departementets syn er spesielt målgruppen for tiltaket, formålet med tiltaket, den strafferettslige gjennomføringen av ordningen, kravet om helsefaglig og sosialfaglig bemanning og tilknytning til helsetjenesten, av sentral betydning for vurderingen.

Det legges også vekt på at det i etterkant av konvensjonenes vedtakelse må erkjennes at det har vokst frem en gruppe mennesker med narkotikaavhengighet og en vedvarende og omfattende narkotikabruk som har påført dem betydelige sosiale og helsemessige skader. Departementet mener at INCB i sin konklusjon for ensidig vektlegger kontrollaspektet og i for liten grad nødvendigheten av å ivareta denne gruppen mennesker. Det vises til FN-konvensjonen av 1961 artikkel 38 som stiller krav om at statene skal

«take all practicable measures for the prevention of abuse of drugs and for the early identification, treatment, education, aftercare, rehabilitation and social integration of the persons involved.»

Økningen i rusmiddelrelaterte problemer er gradvis blitt anerkjent som helseproblemer, både individuelt og samfunnsmessig. Det samme bør gjøres for mennesker med narkotikaavhengighet og deres rett til en høyest oppnåelig helsetilstand. Men en slik anerkjennelse blir ofte oppstilt som en motsetning til andre narkotikapolitiske mål. Dette kan resultere i ytterligere stigmatisering, diskriminering og sosial ekskludering av mennesker med narkotikaavhengighet. Skadereduserende tiltak, herunder sprøyterom, bør ses i lys av internasjonale menneskerettighetskonvensjoner som Norge tradisjonelt fremholder som overordnede verdier og mål. Sprøyterom som et supplement i en helhetlig og balansert narkotikapolitikk, vil være et bidrag som ivaretar den avgrensede målgruppens rett til en høyest oppnåelig helsestandard og sosiale tiltak.

6 Om prøveordning med sprøyterom i Oslo

6.1 Innledning

Oslo kommune er den eneste kommunen som hittil har søkt Helsedirektoratet om godkjenning til å etablere et sprøyterom. En prøveordning med sprøyterom ble åpnet 1. februar 2005.

Sprøyteromslokalene i Oslo kommune ble innredet i Tollbugata 3 i tilknytning til en feltpleiestasjon. Fra juni 2007 ble sprøyteromslokalene flyttet til Storgaten 36 B. Rusmiddeletaten i Oslo kommune, som har et byomfattende ansvar for ulike tiltak for mennesker med rusmiddelavhengighet, er tillagt ansvaret for drift av sprøyteromsordningen. Tiltaket er organisert i Seksjon skadereduksjon i Rusmiddeletaten. Det ble opprettet en referansegruppe med medlemmer fra Oslo kommune v/ Rusmiddeletaten, Oslo politidistrikt, Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, Ambulansetjenesten og Helsedirektoratet.

Ved oppstarten av sprøyterommet var det årlige budsjettet på om lag 9 millioner kroner. Budsjettet for 2009 er på om lag 12 millioner kroner. Etter vedtak fra Stortinget dekkes omlag halvparten av driftsutgiftene av staten gjennom et eget tilskudd i prøveperioden.¹

Det er 11,2 årsverk tilknyttet sprøyteromsordningen. Minst fem-seks personer skal være på vakt, herunder fordelt på skranke, venterom, samtalerom og injeksjonsrom. Åpningstiden er fra kl. 09.30 til 15.30 daglig.

6.2 Evaluering

Formålet med den midlertidige sprøyteromsloven har vært å legge til rette for gjennomføring av en tidsbegrenset prøveordning med sprøyterom. Ett av formålene med prøveordningen er å få et erfaringsgrunnlag for å vurdere effekten av sprøyte-

rom, jf. sprøyteromsforskriften § 1 første ledd. I dette inngår at ordningen skal evalueres.

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) fikk i oppdrag av daværende Sosialdepartementet å forestå en evaluering av prøveordningen. SIRUS anbefalte en evalueringsperiode på to år, og fulgte prøveordningen fra oppstart i februar 2005 til januar 2007. Evalueringsrapporten ble publisert i november 2007.²

I evalueringen har SIRUS benyttet tillatt registerdata om brukerne, jf. sprøyteromsforskriften §§ 9-11. Evaluators har også vært regelmessig til stede i sprøyterommet samt observert og hatt samtaler med brukere og ansatte. Det er gjennomført spørreskjemaundersøkelser av et utvalg brukere i to omganger. I tillegg er det gjennomført intervjuer av de ansatte. Evalueringsprosjektet har hatt karakter av å være det som metodisk kalles «følgeforskning» med fokus på prosesser og dialog. Videre har evalueringen hatt en formativ karakter ved at intervjuobjektene gjennom å delta i evalueringen kan ha endret atferd.

6.2.1 Hovedfunn i evalueringen

Kort oppsummert viser evalueringen følgende hovedfunn:

- 409 personer var registrert som brukere de to første årene, hvorav 383 personer benyttet sprøyterommet én eller flere ganger de to første årene. Ti prosent av disse (383) benyttet sprøyterommet mer enn seks ganger i måneden. Ca. 45 prosent brukte sprøyterommet mindre enn én gang per måned i registreringsperioden.
- Det ble satt gjennomsnittlig 24 injeksjoner daglig av totalt 17 226 injeksjoner de to første årene. De fleste injeksjonene ble gjennomført relativt raskt i sprøyterommet, mens 13 prosent av injeksjonene tok over 30 minutter å fullføre. Dette forklares med vansker ved sprøytesettingen på grunn av skadde blodårer.
- Gjennomsnittsalderen på brukerne var 37 år, med et spenn fra 19 til 56 år.
- Brukerne oppgir trygghet som den viktigste

¹ Anmodningsvedtak nr. 542 av 17. juni 2004. Forslag oversendt fra Odelstingets møte 14. juni 2004 i forbindelse med behandlingen av midlertidig sprøyteromslov, jf. Innst. O. nr. 104: «Stortinget ber Regjeringen fremme forslag om delfinansiering av sprøyterom i forbindelse med statsbudsjettet for 2005, der den statlige andelen minst tilsvare halvparten av kostnadene for etablering og drift av sprøyterom.»

² SIRUS rapport nr. 7/2007 *Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom.*

grunnen til å benytte sprøyterommet. Faktorer som tillegges vekt er veiledning i hvordan injisere mindre skadelig, tilsyn i tilfelle overdose, samt å kunne injisere uten å bli jaget av politi eller vakter.

- Brukerne er tilfreds med tilbudet som gis i sprøyteromsordningen. Det oppgis imidlertid et ønske om utvidede åpningstider, og tillatelse til å injisere piller sammen med heroin.
- Det er registrert at det er gitt helse- og sosialfaglig oppfølging til åtte prosent av alle besøkende i evalueringsperioden. Det er gitt injeksjonsveiledning i 13 prosent av alle injeksjoner til ca. 81 prosent av brukerne.
- Politiet har fulgt lojalt opp prøveordningen, og har ikke forfulgt brukere i nærheten av sprøyteromslokalene.
- Sosial- og helsedirektoratet (nå Helsedirektoratet) er i evalueringen kritisert for å ha godkjent oppstart av prøveordningen i Oslo kommune uten å sikre at sprøyteromsordningen tilfredstilte kravene i sprøyteromsforskriften og at det var foretatt en tilfredsstillende faglig forberedelse i forkant.
- Oppstarten av prøveordningen var preget av vanskelige arbeidsforhold for de ansatte, noe som resulterte i mange sykemeldinger og oppsigelser. Flere ansatte, også blant dem med lang erfaring fra rusfeltet, ga uttrykk for at den tette nærheten til destruktiv atferd gjennom injisering av narkotika var krevende å takle. For mange ble problemene forsterket som følge av sprøyteromslokalenes utforming (dårlig luft og ventilering samt dårlig sikkerhet mellom sprøyterom og venterom). Evalueringen peker også på at faglig veiledning og oppfølging fra arbeidsgiver ikke var tilfredsstillende i evalueringsperioden.

6.2.2 Situasjonen etter evalueringsperioden

Etter evalueringsperioden (fra februar 2007) har antallet registrerte brukere av sprøyterommet økt fra 384 brukere i 2006 til 1284 brukere i januar 2009. Oslo kommune opplyser at om lag 900 personer har vært aktive brukere siste seks måneder, mens om lag 300 personer har brukt sprøyterommet i augustmåned 2008. I evalueringsperioden ble det gjennomsnittlig satt 24 injeksjoner daglig. I 2007 har i gjennomsnitt 32 personer besøkt sprøyterommet daglig, mens det gjennomsnittlig ble satt 42 injeksjoner per dag første halvdel av 2008 og 66 injeksjoner daglig per september 2008. Per januar 2009 ble det satt gjennomsnittlig 74 injeksjoner daglig fordelt på gjennomsnittlig 65 brukere.

Det ble gitt helse- og sosialfaglig oppfølging til 134 personer i augustmåned 2008. I januar 2009 fikk 237 personer slik oppfølging (hvorav sårbehandling utgjør den største hjelpen). Det ble gitt ulik bistand og veiledning til totalt 687 personer. Det ble gitt bistand ved alle tilfeller av overdoser i sprøyterommet. Om lag 0,68 prosent av injeksjonene i sprøyterommet er overdoser. SIRUS anslår at det er mellom 3000-5000 brukere av heroin i Oslo. Aktive brukere av heroin setter i gjennomsnitt 3,5 injeksjoner daglig. Et lavt anslag tilsier at det settes om lag 10 500 injeksjoner daglig i Oslo.

Kripos sin oversikt over narkotikarelaterte dødsfall i Oslo politidistrikt viser 79 dødsfall i 2002, 53 i 2003, 83 i 2004, 70 i 2005, 72 i 2006 og 65 i 2007. Tall fra 2008 er ikke publisert p.t.

Økt bruk av sprøyterommet etter evalueringsperioden forklares hovedsakelig med at ordningen har flyttet til mer egnede lokaler. Ansatte har meldt at de har et bedre grunnlag for å følge opp brukerne. I tillegg meldes det om økt erfaring og innsikt i arbeidet med mennesker som injiserer narkotika. Det blir også meldt at det å ha deltatt i evalueringen av ordningen har bidratt til en bevisstgjøring blant ledere og ansatte om hvordan de skal arbeide i sprøyteromsordningen for å bistå brukerne best mulig.

6.3 Departementets vurdering

Vurderingen av sprøyteromsordningen må foretas i et helhetlig perspektiv, hvor det også tas hensyn til øvrig innsats mot rusmiddelproblemer og helse- og velferdspolitiske hensyn.

6.3.1 Måloppnåelse sett ut fra formålene med sprøyteromsordningen

6.3.1.1 Effekt av straffrihet for besittelse og bruk av narkotika på et nærmere avgrenset område.

Evalueringen viser at politiet lojalt har fulgt opp det politiske vedtaket om etablering av sprøyterom, og har ikke grepet inn overfor mennesker med narkotikaavhengighet som er i besittelse av narkotika i området rundt sprøyteromslokalene. Prøveordningen har vist at politivedtektene ikke har vært til hinder for en sprøyteromsordning med straffri injisering av én brukerdose heroin i sprøyterommet.

I evalueringen spørres det imidlertid om området rundt sprøyteromslokalene kan fremstå som en frisone for bruk og omsetning av narkotika.

6.3.1.2 *Bidra til økt verdighet for tungt belastede narkotikamisbrukere*

Evalueringen viser at brukerne av sprøyteromsordningen opplever å bli møtt med respekt og forståelse for sin situasjon, og at de ansatte tar hensyn til deres behov. Brukerne oppgir trygghet som den viktigste grunnen til at de benytter seg av sprøyteromsordningen.

Etter departementets vurdering bør det tas i betraktning at verdighetsbegrepet er vanskelig å operasjonalisere både faglig og juridisk, og at det vanskelig kan knyttes til objektive målestokker. Verdighetsbegrepet kan sies å ha både en subjektiv (individuell) dimensjon og en samfunnsmessig dimensjon. Hvem som uttaler seg, og på vegne av hvem, vil kunne påvirke forståelse og bruk av begrepet. Noen vil argumentere for at sprøyterommet bidrar til økt verdighet gjennom respekt for og aksept av brukerne av sprøyterommet. Mens andre vil argumentere for at det ikke er et uttrykk for verdighet å legge til rette for nedverdiggende atferd og skadelig livsførsel.

Verdighetsbegrepet er ikke på tilsvarende måte knyttet til bestemte tjenester i helse- og sosiallovgivningen for øvrig. På den annen side er det en uttrykt målsetting i pasientrettighetslovens formålsbestemmelse at loven skal bidra til å ivareta respekten for den enkelte pasients «liv, integritet og menneskeverd», jf. lovens § 1-1. Verdighetsbegrepet må sies å ligge tett opp til disse målformuleringene, og det understrekes at brukere av sprøyteromsordningen er pasienter i pasientrettighetslovens forstand.

Departementet legger vekt på at brukerne selv anser sprøyteromsordningen for å være en anerkjennelse av sin livssituasjon. Brukernes opplevelse av anerkjennelse kan ha en viktig funksjon for motivasjon og mestring, som igjen vil kunne bidra til økt kontakt mellom brukeren og hjelpeapparatet. Erfaringen til ansatte i sprøyteromsordningen med å bistå og veilede personer i aktiv rus, er en nyttig kunnskap som bør viderebringes til andre deler av hjelpeapparatet.

Departementet vil samtidig understreke at tjenester som kan sies å gi verdighet først og fremst ytes gjennom andre helse- og sosialtjenestetilbud, herunder tilgang til bolig, lavterskel helsetiltak, ernæringstiltak, tannhelsetjenester, oppfølging og rådgivning mv.

6.3.1.3 *Bidra til økt kontakt og samtaler med hjelpeapparatet*

I evalueringsperioden er det registrert tilbud om veiledning i åtte prosent av besøkene. Brukerne

rapporterer at dette formålet ikke er en vesentlig grunn til at de benytter seg av sprøyteromsordningen. Etter flytting i nye lokaler gis det helse- og sosialfaglig veiledning til langt flere brukere av sprøyterommet.

Etter departementets vurdering må sprøyteromsordningens betydning med hensyn til rådgivning og veiledning ses i sammenheng med sprøyteromsordningens funksjon som en viktig inngangsport for brukerne til det øvrige hjelpeapparatet. Etablering av kontakt mellom bruker og hjelpeapparat må også ses i sammenheng med kommunens øvrige omsorgs-, rehabiliterings- og skadereduksjonstiltak. Evalueringen av ordningen med lavterskel helsetiltak³ viser blant annet at stabil kontakt mellom brukeren og hjelpeapparat bidrar til at brukernes problemer lettere blir fanget opp og at det raskere etableres kontakt med rett hjelpeinstans.

6.3.1.4 *Bidra til å forebygge infeksjoner og smitte*

Evalueringen viser at det blir gitt god veiledning om smitteforebygging og hygiene. Mange brukere har etter å ha mottatt veiledning, endret atferd og injiserer mindre helseskadelig. Ansatte opplyser at helsepersonellet kommer tettere på brukeren i sprøyteromsordningen enn i lavterskel helsetiltak, med mulighet for å gi informasjon i selve injiseringssituasjonen. Videre viser evalueringen at en del brukere av sprøyteromsordningen ikke benytter seg av andre helsetjenester.

Det er vanskelig å si i hvilken grad den påviste helsegevinsten kan sies å ha hatt en signifikant effekt overfor målgruppen som sådan. Dette kan til dels forklares med at sprøyteromsordningen har hatt relativt få brukere i evalueringsperioden. Departementet anser imidlertid den helsefaglige veiledningen i sprøyteromsordningen for å ha hatt god effekt for brukerne og at dette har bidratt til en mindre helseskadelig injeksjonspraksis. Det at tiltaket når ut til brukere som ellers ikke ville benyttet andre helse- og sosialtjenester, viser at en ordning med sprøyterom kan ha en hensiktsmessig helsefremmende funksjon i en helhetlig kommunal tiltakskjede.

6.3.1.5 *Bidra til å redusere antall overdoser og overdosedødsfall*

Overdoseandelen etter injeksjoner i sprøyterommet i evalueringsperioden er 0,6 prosent, det vil si 105 overdoser, hvorav 49 fikk motgift. I 2007 er det

³ SINTEF Helse, januar 2008.

registrert 0,68 prosent overdoser av totalt antall injeksjoner. Estimert anslag av antall overdoser per 1000 injeksjoner er mellom 0,95 og 3,62. SIRUS understreker at tallene er usikre, men at dette ikke kan sies å være en høy forekomst. Et annet usikkerhetsmoment er om brukere av sprøyterommet får overdoser når de injiserer andre steder.

Ifølge SIRUS er det ikke grunnlag for å si at sprøyterommet har bidratt til å redusere overdoser og overdosedødsfall i Oslo. Dette forklares med den relativt lave brukerandelen av sprøyteromsordningen og andelen injeksjoner som foretas i sprøyterommet, sammenlignet med det totale antallet injeksjoner som foretas i Oslo.

De ansatte i sprøyteromsordningen fremholder imidlertid at det raskt blir tilkalt ambulanse til sprøyterommet når det skjer en overdose, og at dette gir trygghet for brukerne. Det fremgår også av evalueringen at de ansatte i mange tilfeller lykkes med å få brukerne til å redusere dosen med heroin slik at faren for overdose blir mindre.

6.3.2 Andre forhold

6.3.2.1 *Mennesker med både rusmiddelavhengighet og alvorlige psykiske lidelser eller atferdsproblemer*

Evalueringen viser at sprøyteromsordningen i Oslo ikke er egnet for mennesker med både rusmiddelavhengighet og alvorlige psykiske lidelser eller atferdsproblemer. Sprøyteromslokalenes utforming, rutiner og reguleringen av bruken av sprøyterommet kan være noe av årsaken til at mennesker med psykiske tilleggslidelser ikke benytter seg av sprøyteromsordningen. Departementet vil vise til tiltak gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet og opptrappingsplanen for psykisk helse for å styrke det oppsøkende arbeidet og ambulante tjenester overfor mennesker som ikke ønsker eller klarer å benytte ordinære tjenester.

6.3.2.2 *Økonomiske forhold*

Erfaringene fra sprøyteromsordningen i Oslo kan tyde på at sprøyterommet, sammenliknet med andre tiltak, har relativt høye driftskostnader i forhold til antall brukere. De første årene hadde sprøyteromsordningen et driftsbudsjett på om lag 9 millioner kroner. I 2008 var budsjettet på om lag 12 millioner kroner. Noe av kostnadene er knyttet til investeringer og innredning av sprøyteromslokalene.

Etter departementets vurdering må konkrete kost-nytte-analyser vurderes i en større samfunnsøkonomisk kontekst. Rusmiddelproblemer medfører store kostnader for samfunnet, og er både en di-

rette og indirekte faktor i de offentlige helsebudsjettene. En undersøkelse foretatt av Nasjonalt folkehelseinstitutt viser at over 50 prosent av innleggelsene i akuttmottak er rusrelaterte. Andre undersøkelser viser at rusmiddelpåvirkning inngår i en høy andel av dem som utsettes for trafikkulykker. Tall fra kriminalomsorgstatistikken viser at over 60 prosent av innsatte i norske fengsler har rusmiddelproblemer.

Dette er noen eksempler på at kostnader knyttet til hjelpe- og behandlingstiltak for rusmiddelavhengighet ikke må ses isolert fra kostnader knyttet til rusmiddelproblemer i andre samfunnssektorer. Etter departementets syn er det samfunnsøkonomisk lønnsomt å satse på tiltak for å forebygge, bistå og behandle mennesker med rusmiddelavhengighet. Innsatsen må ses i et langsiktig og helhetlig perspektiv. Etter departementets syn er det lokale myndigheter som står nærmest til å foreta en helhetlig vurdering av ressursbruk og resultater knyttet til sprøyterom.

6.3.2.3 *Arbeidsmiljø*

I etableringen av sprøyteromsordningen er det lagt vekt på hensynet til brukernes behov. Med tanke på personalet i sprøyteromsordningen, er det også nødvendig å se på konsekvensene av tiltaket i et arbeidsgiver- og helse-, miljø- og sikkerhetsperspektiv, jf. forskrift 6. desember 1996 nr. 1127 om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften) og helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen, jf. internkontrollforskriften § 2.

Evalueringen beskriver et svært krevende og belastende arbeidsmiljø, hvor de ansatte må forholde seg til destruktiv atferd og helseskadelig livsførsel. De ansatte er tilskuere til injisering av heroin, og til mennesker med store lidelser og et omfattende behov for helse- og omsorgstiltak. Evalueringen har også vist at sprøyteromslokalene var lite egnet.

I evalueringsperioden var det et relativt høyt sykefravær og høy «turn over» blant de ansatte i sprøyteromsordningen. Dette ser ut til å ha sunket etter evalueringsperioden. Sykefraværet rapporteres nå til å være på tilsvarende nivå som for andre virksomheter i Rusmiddeletaten.

Etter departementets vurdering kan erfaringene fra sprøyteromsordningen i Oslo tyde på at det er mer krevende å drive et sprøyterom enn andre typer tiltak som har tilsvarende formål. Kommuner som ønsker å etablere et sprøyterom må derfor ta hensyn til et forsvarlig arbeidsmiljø ved den nærmere utformingen av sprøyteromsordningen, herunder sikre gode og hensiktsmessige lokaler samt

sørge for veiledning og oppfølging av de ansatte. Evalueringen av prøveordningen vil kunne gi nyttige innspill til kommunens arbeid med å sikre et godt og forvarlig arbeidsmiljø.

6.3.2.4 Sprøyteromsordning som ett av flere tiltak

I vurderingen av sprøyteromsordningen må det også ses hen til at tiltaket er ett av flere tiltak i et helhetlig og omfattende tiltaksapparat overfor mennesker med rusmiddelavhengighet. Sprøyteromsordningen har på grunn av sin innretning og lovmessige forankring fått betydelig oppmerksomhet når det sammenliknes med annen innsats på rusfeltet. Forslaget om å etablere sprøyterom ble lansert på slutten av 1990-tallet i kjølvannet av det økende antallet overdosedødsfall og opphopning av mennesker med rusmiddelavhengighet og store helseproblemer i området rundt sentralbanestasjonen i Oslo, hvor mange injiserte åpenlyst på gater og i det offentlige rom.

Samtidig med at forslaget til midlertidig sprøy-

teromslov ble utredet, ble det også iverksatt andre tiltak og reformer med likeartete formål for å bedre helsetilstanden til og styrke inkluderingen av mennesker med rusmiddelavhengighet. Eksempler på slike tiltak er legemiddelassistert rehabilitering (LAR), lavterskel helsetiltak, tannhelsetiltak og overføring av ansvaret for spesialisert rusbehandling fra fylkeskommunen til staten ved de regionale helseforetakene (rusreformen)⁴. Med rusreformen ble behandlingstiltakene for rusmiddelavhengighet omdefinert fra å være sosiale tjenester regulert etter sosialtjenesteloven, til å være spesialisthelsetjenester regulert etter spesialisthelsetjenesteloven. Mennesker med rusmiddelavhengighet som mottar tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk er derfor pasienter med rettigheter etter pasientrettighetsloven.

I tillegg iverksettes en rekke tiltak gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet. Arbeidet med å redusere bostedsløshet er også styrket i løpet av denne perioden.

⁴ Overføringen trådte i kraft 1. januar 2004.

7 Utfordringer på rusfeltet

7.1 Situasjonsbeskrivelse

Rusfeltet kjennetegnes av sammensatte utfordringer og stiller samfunnet overfor flere dilemmaer og avveininger. Etter departementets syn må spørsmålet om en permanent sprøyteromslov ses i lys av utfordringene på rusfeltet som helhet.

Det har vært et relativt høyt antall mennesker som injiserer narkotika i Norge. Tall fra Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) viser et anslag på mellom 11 000–15 000 personer i tiden frem til 2001. I 2005 er anslaget nedjustert til mellom 8200–12 500. For Oslo er anslaget over antallet mennesker med et opiattdominert injiserende bruk redusert fra ca. 6000 til 3000. Økningen i LAR-pasienter kan forklare noe av reduksjonen i antallet mennesker som injiserer narkotika. Variasjonsbredden i anslagene er imidlertid stor, og anslaget over hvor mange mennesker som injiserer narkotika er derfor beheftet med stor usikkerhet. SIRUS har ikke observert tegn til økt sprøytebruk. Tollmyndighetene har registrert en økning i antall beslag av sentralstimulerende midler, herunder amfetamin og kokain, sammenlignet med beslag av heroin. Sentralstimulerende midler inntas ikke ved injisering i samme grad som heroin. LAR-legemidler (metadon, subutex og suboxone) inneholder ikke virkestoffer (antagonister) som har noen dempende effekt på behovet for rus hos mennesker med avhengighet av sentralstimulerende midler.

Et annet urovekkende trekk er den store andelen mennesker med psykiske lidelser i kombinasjon med rusmiddelbruk. Man ser også en økning av rusmiddelproblemer blant marginalisert innvandrerdødsfall.

Forekomsten av registrerte overdoser og overdosedødsfall er høy i Norge, selv om tallene har sunket siden 2001. Antall overdoser er redusert fra 338 i 2001 til 200 i 2007.

7.2 Behovet for helse- og sosialtjenester

Mennesker med langvarig og omfattende narkotika bruk har ofte store og sammensatte helsemessi-

ge og sosiale vansker. Mange vil ha et omfattende behov for ulike tjenester og tilbud for å bedre sin livssituasjon, somatiske og psykiske helse og tannhelse.¹ Helsedirektoratet har i en rapport om mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud (IS-1554) anslått at om lag 4000 mennesker er alvorlig psykisk syke, men har enten vansker med å dra nytte av helse og sosialtjenester, er ikke kjent av hjelpeapparatet eller unndrar seg hjelp slik at de har et underforbruk av tjenester. Mange av disse har en kombinasjon av psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

Omfattende rusmiddelbruk henger ofte sammen med fattigdom. Det antas at mellom 40-60 prosent av langtids sosialhjelpsmottakere har et betydelig rusmiddelproblem. Mange av disse har dårlige boforhold. En undersøkelse av bostedsløse personer foretatt av Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR/Byggforsk 2005), viser at over 60 prosent av denne gruppen har et rusmiddelproblem og at om lag 25 prosent både har en psykisk lidelse og et rusmiddelproblem. Erfaringene fra arbeidet med å redusere bostedsløshet viser at mange har behov for en tilpasset bolig. Gode og stabile boforhold er en forutsetning for sosial inkludering og sosial- og helsemessig rehabilitering. Rusmiddelbruk fører også ofte til kriminalitet. En undersøkelse foretatt av Fafo (2004) viser at om lag 60 prosent av innsatte og domfelte har rusrelaterte problemer.

En opphopning av levekårsproblemer blant mennesker med omfattende narkotika bruk medfører økt behov for hjelp og innsats fra ulike tjenester på ulike forvaltningsnivåer. Det er gjort mye for å styrke innsatsen og kapasiteten i hjelpe- og behandlingstilbudet, men hjelpeapparatet kan ennå ikke sies å være tilstrekkelig tilpasset brukernes behov. Mangelfullt tjenestetilbud er dokumentert i flere rapporter. Blant annet har Helsetilsynet og Riksrevisjonen i sine undersøkelser påvist svikt i kommunenes tilbud. I tillegg viser rapportering fra Norsk pasientregister at det fremdeles er ventelister til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.

Ofte svikter hjelpen ved overgangen mellom uli-

¹ Se SINTEF-Unimed 2004.

ke behandlings- og rehabiliteringstiltak. Departementet anser individuell plan for å være et viktig samhandlingsverktøy for forvaltningen som skal bidra til å sikre at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Individuell plan er en lovfestet rettighet for alle med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. pasientrettighetsloven § 2-5, sosialtjenesteloven § 4-3a og arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 15 tredje ledd. Individuell plan er nærmere regulert i forskrift 23. desember 2004 nr. 1837.

Den tjenesten som brukeren henvender seg til har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet med den individuelle planen igangsettes, selv om det ikke er fremsatt krav om det, men forutsatt at tjenestemottakeren samtykker, jf. kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 og forskriften om individuell plan §§ 5 og 6.

Har tjenestemottakeren behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, skal kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetaket samarbeide med disse.

Øvrige samhandlingskrav for tjenestene fremgår av forskrift 28. juni 2001 nr. 765 om habilitering og rehabilitering, kommunehelsetjenesteloven § 6-6a om helsepersonells plikt til å samarbeide med sosialtjenesten, sosialtjenesteloven § 3-2 om sosialtjenestens initiativansvar ved mangelfullt tjenestetilbud fra andre deler av forvaltningen, og spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 om spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten.

Helsedirektoratet har styrket arbeidet for å øke tjenestenes kompetanse på bruk av individuell plan. Fylkesmannen og de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål har et særskilt ansvar for å bidra til at flere mennesker med rusmiddelavhengighet får individuell plan.

Det må satses ytterligere for å heve kapasiteten og kvaliteten i tiltakskjeden for at mennesker med rusmiddelavhengighet skal få den hjelpen de har behov for, når de har behov for det. Samtidig må forebygging og samhandling i større grad enn i dag være rettesnor for tiltakene på rusfeltet for å få bedre effekt av den helhetlige innsatsen. Det vises til at departementet tar sikte på å fremme en stortingsmelding for Stortinget om den nye helsereformen – samhandlingsreformen – i juni 2009.

7.3 Opptrappingsplanen for rusfeltet

Regjeringen la i 2007 frem en opptrappingsplan for rusfeltet med planperiode frem til og med 2010. Planen har en bred tilnærming, hvor folkehelseperspektiv, forebygging, kompetanse og kvalitetsutvikling, mer tilgjengelige tjenester, samhandling og brukermidvirkning må ses i sammenheng. Det er ingen enkle løsninger på de omfattende og sammensatte utfordringene på rusfeltet. Et langsiktig og helhetlig perspektiv legges derfor til grunn for innsatsen.

Gjennom opptrappingsplanen er det igangsatt og planlagt en rekke tiltak for å styrke kompetanse og kvalitet i tjenestene. Tilgjengeligheten til tjenestene skal bedres gjennom å styrke tilbudet i kommunene og øke kapasiteten i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Brukermidvirkning og samhandling skal ligge til grunn for tjenestetilbudet.

En styrking og videreutvikling av tjenestetilbudet i kommunene er en forutsetning for å lykkes med å gi mennesker med rusmiddelavhengighet et godt hjelpe- og rehabiliteringstilbud. Sosial inkludering fordrer lokalbaserte tiltak hvor bolig, helse- og sosialtjenester, nettverk, meningsfulle aktiviteter og fritid inngår i et helhetlig opplegg for brukeren. Kommuner som har høy forekomst av narkotikaproblemer må ta i bruk et mangfold av virkemidler og tilbud. Det vises til at kommunene anbefales å ta i bruk rusmiddelpolitiske handlingsplaner for å ha et godt plan- og styringsverktøy og for å få en politisk forankring av innsatsen på området.²

De årlige bevilgningene til rusfeltet er styrket med totalt 300 millioner kroner for 2009, som utgjør en vekst på til sammen 685 millioner kroner siden 2006.³ Allerede i 2009 har regjeringen styrket innsatsen ytterligere. Det er satt av 50 millioner kroner til etablering av en rusakutt i Oslo, og det er gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse satt av midler til samhandlingstiltak og etablering av ACT-team (tverrfaglige og oppsøkende behandlingsteam) rettet mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelavhengighet. Dette kommer i tillegg til hovedinnsatsen i kommunene som finansieres over kommunens frie inntekter, og innsatsen i helseforetakene som finansieres over rammebevilgningene til de regionale helseforetakene.

² For veiledning i planverktøy, se www.kommunetorget.no.

³ St.prp. nr. 1 (2008-2009).

For å stimulere til økt innsats og utviklingsarbeid i kommunene, er det etablert en statlig tilskuddsordning for kommunalt rusarbeid over statsbudsjettets kapittel 761 post 63. I tillegg gis tilskudd til kompetanse- og kvalitetsarbeid over statsbudsjettets kapittel 761 post 21 og post 77. I 2008 fikk om lag 145 kommuner tilskudd fra staten. Det gis tilskudd til lavterskel helsetiltak, LAR-arbeid og til styrking av kommunenes oppfølgingsarbeid. I 2008 ble det i tillegg igangsatt et treårig forsøk med koordinerende tiltaksperson i 30 kommuner. Hensikten er å prøve ut ulike modeller for å bidra til at mennesker med rusmiddelavhengighet får de tjenestene de har behov, og at hjelpe- og rehabiliteringsopplegget blir fulgt opp. Tilskuddsordningen er de siste årene blitt styrket. For 2009 er den samlede tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid på om lag 250 millioner kroner. Styrkingen innebærer at flere kommuner kan få stimuleringstilskudd til rusarbeid.

Det er også etablert rusrådgivere hos fylkesmannen for å følge opp kommunenes arbeid med opptrappingsplanen for rusfeltet. Fylkesmannen skal videre bidra til å samordne bruken av ulike statlige tilskuddsordninger og bidra til kompetanse- og kvalitetsutvikling. Det gis om lag 130 millioner kroner i statlig tilskudd til en rekke frivillige og ideelle virksomheter som yter omsorgs- og rehabiliteringstilbud til mennesker med rusmiddelavhengighet i kommunene. I tillegg ytes tilskudd til bruker- og pårørendearbeid. Opptrappingsplanen for psykisk helse har bidratt til å styrke tilbudet til mennesker med både rusmiddelproblemer og psykiske lidelser.

For å senke terskelen til hjelp, skal det blant annet satses ytterligere på samorganisert ambulant virksomhet, for eksempel etter ACT-modellen i Moss, og det skal satses ytterligere på å rekruttere psykologer i kommunene. Det gis også tilskudd til tjenester av betydning for mennesker med rusmiddelavhengighet gjennom Arbeids- og inkluderingsdepartementets innsats for å redusere fattigdom og fremme inkludering, og Kommunal- og regionaldepartementets arbeid for å redusere bostedsløshet.

Skadereduksjon – Tilbud til de mest utsatte og hjelpetrengende mennesker med rusmiddelavhengighet

Erfaringene viser at flere mennesker med rusmiddelavhengighet tross gjentatte behandlingsforsøk, fortsetter med omfattende og til dels destruktiv

bruk av (flere) rusmidler. Disse har en belastende hverdag preget av svekket fysisk helsetilstand, psykiske lidelser, sosial ekskludering, kriminalitet og prostitusjon kombinert med bruk av opioider og andre rusmidler. Det er etablert en rekke tiltak for å imøtekomme deres behov, slik som lavterskel helsetiltak, Gatehospitalet, tilpassede boliger med oppfølging, oppsøkende og ambulante tjenester som ACT-team i Moss og ROP-Tøyen. Likevel er det noen som hjelpeapparatet ikke når ut til, eller som ikke klarer å nyttiggjøre seg eksisterende tilbud. Hvordan mennesker med omfattende heroinavhengighet kan hjelpes til en mer verdig tilværelse, stiller samfunnet overfor flere dilemmaer og avveininger.

Det er tatt til orde for å vurdere ulike ordninger for mennesker med omfattende heroinavhengighet som ikke har lyktes i LAR, men som er i en aktiv rusfase. Spørsmålet om heroinassistert behandling er reist i den offentlige debatten som svar på en måte å gi mennesker som ikke klarer å slutte med opiater, mulighet til å få en mer ordnet tilværelse uten kriminalitet og fornedring.

Departementet mener det er nødvendig med en bredere gjennomgang av tilbudet til denne gruppen, og hvordan hjelpetilbudene bedre kan innrettes, tilrettelegges og tilpasses slik at de som i dag faller utenfor, oppnår bedre helse og økt sosial inkludering. Det vises til at regjeringen har nedsatt et offentlig utvalg som, på et etisk og verdimelessig grunnlag, skal utrede disse spørsmålene samt fremme forslag til tiltak som vil inngå i oppfølgingen av opptrappingsplanen på rusfeltet etter planens utløp. Utvalget har fått frist til å fremlegge en NOU i februar 2010.

Det vises også til at departementet i mars 2009 har gitt Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (SKBO) i oppdrag å igangsette tiltak overfor den gruppen mennesker med rusmiddelavhengighet med størst behov for tett oppfølging og hjelp. I samarbeid med Oslo kommune, Helse Sør-Øst RHF og Oslo politidistrikt, skal SKBO avhjelpe det umiddelbare behovet for tiltak som denne gruppen har. SKBO vil i en to-årsperiode få tildelt om lag 60 millioner kroner for å drive døgnbasert oppsøkende og kontaktskapende arbeid som skal bidra til bedre helse og økt sosial inkludering for målgruppen.

8 Verdigrunnlag og overordnet mål for regjeringens rusmiddelpolitikk

Det overordnede målet for regjeringens rusmiddelpolitikk er å redusere de negative konsekvensene av rusmiddelbruken for enkeltpersoner og samfunnet. Å begrense skadene av narkotika forutsetter en koordinert innsats i en helhetlig og balansert narkotikapolitikk. En helhetlig tilnærming er ikke bare viktig på det nasjonale området, men også i det internasjonale arbeidet. Regjeringens rusmiddelpolitikk handler om solidaritet med enkeltmennesker og om samfunnets evne til å utøve solidaritet. Rusmiddelproblemer handler om sosial ulikhet, om samfunnsutvikling, om utstøting av mennesker som ikke lykkes og om det å mestre utfordringer i skole og arbeidsliv. Det holdes fast ved menneskers rett til verdighet, også i de mest krevende situasjonene. Samtidig skal forbudet mot omsetning, oppbevaring og bruk av narkotika opprettholdes og innsatsen målrettes for å hindre tilvirking, innførsel og omsetning. Regjeringens narkotikapolitikk legger således til grunn at en vellykket tilnærming, forutsetter en balansert tilnærming, hvor hensynet til reaksjon og forebygging må avveies mot individuelle hensyn og enkeltmenneskers behov for hjelp, ivaretagelse, behandling og rehabilitering samt skadereduksjon. For sterk vektlegging av ett hensyn kan gi negative konsekvenser for et annet.

Narkotikaproblemene rammer et stort antall mennesker, familiene deres og de nære omgivelsene. Narkotikabruk har betydelige omkostninger for samfunnet i form av kriminalitet, utgifter til rettsåndhevelse, forebyggende tiltak, helse- og sosialtjenester og menneskelig lidelse. Narkotika er blitt billigere og mer tilgjengelig de senere årene. Det gjelder for de fleste land. I Norge ligger forbruk og dødelighet på et historisk høyt nivå. Narkotika er en særlig trussel mot barn og unge.

Det finnes ingen enkle løsninger på narkotika-problemet. Årsakene til narkotikaavhengighet er sammensatte og kompliserte. Kombinasjonen av psykososiale og biologiske faktorer gjenspeiles i ut-

fordringene ved å drive god forebygging, behandling og rehabilitering. Det som først og fremst skiller skadereduksjonstiltak fra andre tiltak, er forsøket på å redusere de direkte skadelige konsekvensene av narkotikabruken uten at personen der og da slutter å bruke narkotika. Skadereduksjon fremhever nødvendigheten av pragmatisme i møtet med mennesker med rusmiddelavhengighet. Skadereuserende tiltak vil kunne signalisere samfunnets respekt for brukeren og brukerens ulike helsemessige problemer. Dette kan igjen virke positivt inn på brukerens motivasjon til å gjøre noe med selve narkotikabruken. Det er viktig å sørge for at skadereuserende tiltak er godt og effektivt integrert i andre tilbud, og unngå at rusfrihet og skadereuserende tiltak blir to atskilte tenkemåter og behandlingsformer. Skadereduksjon er snarere det første skritt på veien mot rehabilitering. Skadereuserende tiltak er også viktig med hensyn til forebygging og behandling av mennesker med hiv, aids eller andre smittsomme sykdommer.

Debatten om skadereduksjon knyttes ofte sammen med debatten om legalisering. Det er viktig å understreke at dette er to atskilte temaer. Skadereduksjon er forankret i en helsemessig tilnærming til den enkelte bruker. Skadereduksjon er således en tilnærming til brukerne, og ikke til selve bruken av narkotika. Liberaliseringsdebatten har derimot sitt utspring i den mer overordnede narkotikapolitikken og hvilken samfunnspolitisk holdning en ønsker å innta til narkotika. Internasjonalt er det mange av de samme aktørene som tar til orde for en global liberalisering av narkotikapolitikken, som er talsmenn for nødvendigheten av skadereuserende tiltak. Det har medført at mange ser skadereduksjon som en del av en mer generell liberaliseringspolitikk. Dette er en sammenblanding som ikke tjener utviklingen av et mangfold av virkemidler i kampen mot narkotika.

9 Forslag om permanent videreføring av den midlertidige sprøyteromsloven

9.1 Oversikt

Forslaget om permanent videreføring av den midlertidige sprøyteromsloven innebærer at kommunene gis det nødvendige rettslige grunnlaget for å etablere en sprøyteromsordning dersom kommunene ut fra lokalpolitiske prioriteringer ønsker det.

Mange av høringsinstansene har hatt merknader til den nærmere gjennomføringen av sprøyteromsordningen, og påpeker endringsbehov både i sprøyteromsloven og den tilhørende sprøyteromsforskriften.

Sprøyteromsordningens innhold må imidlertid reguleres strengt av hensyn til Norges forpliktelser etter de internasjonale narkotikakonvensjonene og i tråd med det norske standpunktet at det skal være mulig å opprettholde en streng narkotikapolitikk samtidig som man ivaretar helse- og sosialrettslige forpliktelser og en grunnleggende human tilnærming. Forslaget om permanent sprøyteromslov innebærer derfor i all hovedsak en videreføring av gjeldende rett. Dette betyr blant annet at sprøyteromsordninger fremdeles vil være å anse som en kommunehelsetjeneste, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 fjerde ledd annet punktum, og at det stilles krav om helsefaglig og sosialfaglig bemanning, jf. sprøyteromsforskriften § 7. Videre foreslås det å opprettholde vilkåret om at kun besittelse og injisering av én brukerdose heroin i sprøyterommet omfattes av sprøyteromslovens straffrihetsbestemmelse, jf. sprøyteromsloven § 2 sammenholdt med sprøyteromsforskriften § 5.

Overgangen fra midlertidig til permanent regulering av sprøyteromsordningen nødvendiggjør likevel enkelte endringer i det eksisterende rettsgrunnlaget. Dette omfatter i første rekke en endring av sprøyteromslovens virketid fra midlertidig til permanent, jf. sprøyteromsloven § 7. Videre er det behov for å gjøre visse materielle justeringer knyttet til sprøyteromslovens formål, som ikke lenger er å legge til rette for en prøveordning. Det foreslås en endring i sprøyteromsloven § 1 som presiserer kommunens myndighet til å beslutte etablering av sprøyteromsordning, jf. sprøyteromsloven § 1. I tillegg foreslås en bestemmelse med definisjon

av sprøyteromsordningen, samt en bestemmelse som presiserer helsepersonellovens anvendelse for personalets yrkesutøvelse i sprøyteromsordningen slik at alle personellgrupper i sprøyteromsordningen vil være underlagt de samme reglene om blant annet taushetsplikt og opplysningsplikt til barneverntjenesten, sosialtjenesten og nødetater.

De øvrige endringsbehovene i sprøyteromsloven som følge av at loven gjøres permanent er såkalte konsekvensendringer, det vil si endringer av mer teknisk art som i liten grad krever rettslige eller faglige vurderinger. Eksempler på slike endringer er språklige presiseringer, begrepsjusteringer og opphevelse av bestemmelser som ikke lenger er aktuelle, herunder bestemmelser som utelukkende knytter seg til evalueringen av prøveordningen.

9.2 Høringsinstansenes syn om forslaget til permanent videreføring av sprøyteromsloven

Av kommunene er det fem kommuner som har avgitt høringsuttalelse om forslaget til permanent videreføring av den midlertidige sprøyteromsloven. Forslaget støttes av *Bergen kommune*, *Oslo kommune*, *Sande kommune* i Vestfold og *Trondheim kommune*. Disse kommunene understreker viktigheten av kommunal valgfrihet og mulighet for langsiktig tenkning i tiltakskjeden for mennesker med omfattende rusmiddelproblemer. *Bergen kommune* og *Trondheim kommune* uttaler likevel at etablering av sprøyteromsordning p.t. ikke er aktuell politikk i kommunen. *Drammen kommune* er imot forslaget om permanent videreføring av sprøyteromsloven.

Av de øvrige høringsinstansene støttes forslaget om å gjøre sprøyteromsloven permanent av følgende instanser: *Fellesorganisasjonen (FO)*, *Foreningen for human narkotikapolitikk*, *Høgskolen i Buskerud*, *Justisdepartementet*, *Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (SKBO)*, *Tyrilistiftelsen* og *Midt-Norsk Kompetansesenter for rusfaget*.

Den norske legeforening mener under tvil at det er riktig å gjøre ordningen med sprøyterom permanent. Det uttales videre:

«Sprøyterom skal være et skadereduserende tiltak hvor brukere får mulighet til å injisere heroin i rene omgivelser og under tilsyn av kvalifisert sosial- og helsepersonell, men det er også uheldige sider ved tilbudet. Vi ser også problemene med å avvikle et tilbud som har eksistert som prøveordning. Legeforeningen vil peke på at dette er et særomsorgstiltak. I de tilfeller der det klart kan påvises at målgruppen ikke kan nyttiggjøre seg den alminnelige helsetjenesten, kan særomsorg forsvares. Det er derfor beklagelig at sprøyterommet ikke favner de mest trengende, nemlig personer med dobbeltdiagnoser. Skal sprøyterommet fremstå som en hjelp til de som trenger det mest, burde det vært lagt til rette for også denne gruppen. Vi vil videre påpeke at tiltakets bredde ikke er stor, og at det kan settes spørsmålsteget ved forholdet mellom kostnader og nytte ved tiltaket.»

Norsk Sykepleierforbund (NSF) mener at sprøyteromsordningen i Oslo bør gis en ny og grundig evaluering på linje med SIRUS sin evalueringsrapport¹ før endelig standpunkt til en permanent lovgivning blir tatt. Det uttales videre:

«Det er ingen tvil om at tungt belastede rusmiddelavhengige er en viktig målgruppe for helse og omsorgstjenester generelt og verdighetstiltak spesielt. Etableringen av sprøyterommet var således begrunnet i større tilgang til helsefremmende helsetjenester (skadereduksjon) og gi brukerne av tjenesten trygghet og opplevelse av verdighet. Videre skulle sprøyterommet være et supplement til kommunens øvrige tjenestetilbud og heller ikke være noe fristed for ulovlig bruk av narkotika.

Når NSF støttet prosjektet er det ut i fra et forebyggende og skadereduserende helseperspektiv, samt en positiv tilbakemelding i fra brukere og tjenesteutøvere ved sprøyterommet i Oslo. Registrerte brukere av et sprøyterom får tilgang på et avskjermet og trygt sted hvor det ligger til rette for helse- og sosialfaglig veiledning. Vi ønsker i en evt. evaluering at det fokuseres på de helsemessige gevinstene med denne type tiltak.

NSF opplever at regjeringen i sin begrunnelse for å videreføre lovgivningen har lagt vekt på erfaringer som er gjort i etterkant av SIRUS sin rapport 'Hva nå?', som var basert på erfaringer i fra tiltakets to første driftsår i Tollbugata. Etter at sprøyterommet ble flyttet til mer hensiktsmessige lokaler i Storgata er antallet brukere mer enn doblet og brukerne opplever stor grad av trygghet. De ansatte beskriver et godt faglig arbeidsmiljø. Samtidig er det en krevende ar-

beidssituasjon å befinne seg i. Sykepleiere er utdannet til å beskytte pasienten mot helsefarlige og destruktive handlinger.

Rusmiddelavhengige som injiserer sine rusmidler er særlig utsatt for infeksjonssykdommer, fysiske sår og livstruende situasjoner. Det bør derfor være et mål å redusere risikofaktorene i den grad det lar seg gjøre. I et forebyggende helseperspektiv må det også være et mål å nå flest mulig brukere. Erfaringen i fra sprøyterommet i Oslo viser at det er mulig å nå svært mange brukere, til tross for begrensninger i målgruppe og åpningstider.»

Følgende høringsinstanser har ingen innvendinger mot at sprøyteromsloven gjøres permanent: *Barne- og likestillingsdepartementet, Datatilsynet, Kommuneadvokaten i Oslo, Norsk Psykologforening, Oslo statsadvokatembeter og Riksadvokaten.*

Følgende høringsinstanser uttrykker tvil eller går imot forslaget om permanent videreføring av sprøyteromsloven: *Actis, Blå Kors, Fagrådet innen Rusfeltet i Norge, Forbundet Mot Rusgift, Gudbrandsdal politidistrikt, Helse Nord RHF, Høgskolen i Bergen, Kriminalomsorgen region sør, Landsforbundet Mot Stoffmisbruk, Norsk Narkotikapolitiforening (NNPF), Oslo politidistrikt, Politidirektoratet, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO), Samarbeidsforum for norske kollektiv, Søndre Buskerud politidistrikt, Troms politidistrikt, Vestfold politidistrikt og Ungdom Mot Narkotika.*

Hovedbegrunnelsen er at en sprøyteromsordning vil være for kostnadskrevende sammenholdt med den lave andelen brukere, og således være en uriktig ressursmessig prioritering. Videre legges det vekt på at en permanent sprøyteromsordning vil føre til økt aksept og legalisering av narkotika bruk samt polisære utfordringer dersom brukertilstrømningen økes. Høringsinstansene fremholder at det isteden bør satses på behandling og forebygging, og at andre lavterskeltiltak bør bygges ut.

Actis uttaler:

«Actis anerkjenner de mange gode målsetninger som ligger bak forslaget om sprøyterom, som å bidra til økt verdighet, legge til rette for bedre kontakt, forebygge smitte og infeksjoner og å redusere antall overdoser. Sprøyterom vil trolig gi noe større verdighet for brukerne. Det kan også bidra til å nå noen av de andre målsetningene selv om vi mener dette er langt mer usikkert og begrenset. Disse målsetningene kan likevel bedre oppnås gjennom styrking og utbygging av andre lavterskeltiltak og ved å styrke det helhetlige behandlings og hjelpeapparatet slik Rusreformen og Opptappingsplanen forutsetter.

¹ SIRUS rapport nr. 7/2007 *Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom.*

Sprøyterommet vil dekke en svært liten del av injeksjonene som settes og er derfor ikke en ressursmessig god prioritering siden det kan fortrenge andre og mer effektive tiltak.

Vår fremste innvending er likevel at det ikke er forsvarlig å åpne for sprøyterom i en situasjon der det øvrige behandlingsapparatet har store svakheter, noe flere store offentlige reformer og planer den siste tiden er uttrykk for. Dette berører både prioriteringen av ressursene, men også den helse- og sosialfaglige sammenhengen sprøyterommet må være en del av, og som Rusreformen og Opptrappingsplanen legger avgjørende vekt på. Til sist må sprøyterommets kriterier, inntak og tilbud vurderes og bestemmes ut fra et fungerende helhetlig tilbud. Det trengs et fungerende behandlingsapparat for å kunne identifisere brukerne og deres behov både før, under og eventuelt i oppfølging. Det kan i dag reises spørsmål om vi har dette apparatet.

Et sprøyterom vil trolig bidra til noe større verdighet, slik evalueringsrapporten fra SIRUS bemerker. Det som virkelig ødelegger verdigheten er likevel selve avhengigheten og de underliggende psykososiale problemene. En bekymring for de gatenarkomanes verdighet trenger derfor en helhetlig respons over tid fra det forebyggende, til tidlig intervensjon, behandling og rehabilitering.»

Oslo politidistrikt stiller spørsmål ved om sprøyterommet faktisk er et tilbud til den tiltenkte målgruppen, og mener at sprøyteromsordningen ikke har påvirket bildet av narkotikabruken i Oslo.

9.3 Departementets vurdering

Departementet fastholder vurderingene i høringsnotatet om at den midlertidige sprøyteromsloven bør videreføres på permanent basis.

Evalueringen av sprøyteromsordningen i Oslo synliggjør en rekke sammensatte spørsmål og avveininger knyttet til etablering av sprøyterom. På den ene siden kan det reises spørsmål om ordningen har en tilstrekkelig helsemessig og sosial gevinst som kan forsvare de økonomiske kostnadene ved tiltaket, og i hvilken grad sprøyterommet utfordrer norsk narkotikapolitikk. På den andre siden har sprøyteromsordningen vist seg å være viktig for en av Oslos mest sårbare grupper med et utstrakt behov for helse- og omsorgstiltak. De siste tallene fra prøveordningen i Oslo viser at bruken av sprøyterommet har økt, og at gjennomsnittlig antall injeksjoner daglig nå er 74 mot 24 i evalueringsperioden.

Evalueringen viser imidlertid at ikke alle formå-

lene med sprøyteromsordningen kan sies å være innfridd i løpet av de første årene av prøveperioden. Etter departementets vurdering kan dette delvis forklares med forhold knyttet til selve utformingen og tilretteleggingen av ordningen, og ikke nødvendigvis til tiltaket som sådan. Evalueringen viser at sprøyteromslokalene var lite egnet for både brukere og ansatte, og at prøveordningen kan ha hatt flere oppstartsproblemer som kan ha medført at resultatene av tiltaket ble dårligere enn forutsatt.

Erfaringer fra sprøyteromsordningen i Oslo det siste året kan tyde på at noen av oppstartsproblemene er overvunnet. Blant annet er sykefraværet p.t. ikke høyere enn for andre arbeidsplasser i Rusmiddeletaten. De ansatte har fått økt erfaring, noe som har bidratt til å øke effekten av tiltaket. Evalueringen har også i seg selv ført til økt bevisstgjøring i kommunen og blant ansatte om utfordringer knyttet til drift av sprøyterom, herunder metodikk og arbeidsmiljø mv.

Også når andre tiltak med likeartete formål vurderes, kan det ikke slås fast at de har innfridd alle målene. Evalueringen av LAR og evalueringen av lavterskel helsetiltak viser at ordningene når ut til målgruppen, brukernes helsetilstand er bedret og tilgangen på helse- og sosialtjenester er gjort lettere. Samtidig viser evalueringene at brukerne har store og udekte behov, herunder behov for bolig, aktivisering og behandling. Resultatene indikerer at en er på riktig vei når det gjelder innsats for skadereduksjon og bedre helsetilstand, men at det fortsatt er nødvendig å videreutvikle og styrke tilbudet. Det er vanskelig å fremheve enkelte tiltak fremfor andre ettersom brukernes behov er sammensatte, i tillegg til at det er store lokale variasjoner i tilnærmingene.

Effekten av sprøyterom bør etter departementets syn vurderes ut fra en helhetlig tilnærming hvor det legges vekt på rusmiddelpolitiske, helsepolitiske, velferdspolitiske og kriminalitetsforebyggende hensyn i tillegg til lokalpolitiske forhold. Videre må det ses hen til øvrig innsats på området.

Lokale forhold i en kommune kan tilsi at et sprøyterom kan være ett av flere tiltak for å imøtekomme mennesker som injiserer heroin regelmessig og som har behov for mer tilgjengelige og sammensatte tjenester for å bedre sin livssituasjon og helsetilstand. Den enkelte kommune bør derfor ha mulighet til å velge om den ønsker å etablere en sprøyteromsordning. Med en permanent sprøyteromslov gis kommunene det nødvendige rettslige grunnlaget for å etablere en sprøyteromsordning. En styrking og videreutvikling av tjenestetilbudet i kommunene er en forutsetning for å lykkes med å gi mennesker med rusmiddelavhengighet et godt

hjelpe- og rehabiliteringstilbud. Sosial inkludering fordrer lokalbaserte tiltak hvor bolig, helse- og sosialtjenester, nettverk, meningsfulle aktiviteter og fritid inngår i et helhetlig opplegg for brukeren. Kommuner som har høy forekomst av narkotikaproblemer må ta i bruk et mangfold av virkemidler og tilbud. Det vises til at kommunene anbefales å ta i bruk rusmiddelpolitiske handlingsplaner for å ha et godt plan- og styringsverktøy og for å få en politisk forankring av innsatsen på området.¹

En sprøyteromsordning vil kunne være et ytterligere supplement i en helhetlig kommunal tiltaksskjede for mennesker med rusmiddelavhengighet. Det understrekes imidlertid at sprøyteromsordningen ikke skal erstatte tiltak som retter seg mot forebygging eller øvrige helse- og sosialtjenestetilbud i kommunen.

Etter en samlet vurdering legges behovet for å styrke tilbudet og utvikle differensierte og tilpassede tjenester i kommunen til grunn for at departementet foreslår å videreføre den midlertidige sprøyteromsloven på permanent basis. Forslaget innebærer at sprøyteromsordninger skal fortsette å være en valgfri tjeneste for kommunene.

Forslaget er forankret i verdigrunnlaget for norsk rusmiddelpolitikk, som omhandler solidaritet med enkeltmennesket og om samfunnets evne til å utøve solidaritet. Det holdes fast ved menneskets rett til verdighet, også i de mest krevende situasjonene. I dette ligger vanskelige avveininger mellom juridiske, helsepolitiske og sosialpolitiske hensyn. Bruk av narkotika er, og skal fortsatt være, forbudt. Samtidig er det samfunnets ansvar å komme utsatte og sårbare grupper i møte.

¹ For veiledning i planverktøy, se www.kommunetorget.no

10 Nærmere om andre forslag til endringer i sprøyteromsloven

10.1 Sprøyteromslovens formål

10.1.1 Forslaget i høringsnotatet

Formålet med den midlertidige sprøyteromsloven er å legge til rette for at en tidsbegrenset prøveordning med sprøyterom skal kunne gjennomføres. Lovens formål fremgår ikke uttrykkelig av loven selv, men er kommet till uttrykk i lovens forarbeider, jf. Ot.prp. nr. 56 (2003-2004).

Formålet med sprøyteromsordningen er nærmere utdypet i sprøyteromsforskriften § 1. Det fremgår av bestemmelsens første ledd at formålet med den midlertidige sprøyteromsordningen er å legge til rette for et erfaringsgrunnlag for å kunne vurdere effekten av straffrihet for besittelse og bruk av narkotika på et nærmere avgrenset område. Det fremgår videre av bestemmelsens annet ledd at sprøyteromsordningen skal bidra til økt verdighet for tungt belastede narkotikamisbrukere, gi økt mulighet for kontakt og samtaler mellom rusmiddelmissbrukerne og hjelpeapparatet, bidra til å forebygge infeksjoner og smitte og bidra til å redusere antallet overdoser og overdosedødsfall.

I høringsnotatet foreslo departementet en justering av formålsbestemmelsen i sprøyteromsforskriften § 1. Første ledd ble foreslått opphevet som følge av at sprøyteromsloven foreslås gjort permanent. I annet ledd ble angivelsen av formålet med hensyn til overdoseproblematikken foreslått moderert noe i lys av SIRUS sin evaluering av nåværende prøveordning med tanke på effekten av sprøyteromsordningen på overdosedødsfall. Departementet foreslo imidlertid ikke en uttrykkelig formålsbestemmelse i selve sprøyteromsloven.

10.1.2 Høringsinstansenes syn og departementets vurdering

Kommuneadvokaten i Oslo uttaler at formålsbestemmelsen for sprøyteromsordningen bør plasseres i sprøyteromsloven og ikke kun i sprøyteromsforskriften. Kommuneadvokaten mener at dette vil bidra til å unngå unødige spørsmål av rettskildemessig art. Formålsbestemmelsen bør således gis samme formelle trinnhøyde som loven for øvrig.

Departementet er enig i Kommuneadvokatens vurdering, og foreslår derfor en uttrykkelig formålsbestemmelse i sprøyteromsloven. Departementet foreslår at formålet med selve loven skal være å legge til rette for et nødvendig rettslig grunnlag for etablering av sprøyteromsordning i kommunen. Videre foreslår departementet å presisere hovedformålene med selve sprøyteromsordningen, som er å bidra til *økt verdighet* for mennesker med langvarig narkotikaavhengighet ved å tilby hygieniske rammer for injisering, bidra til *økt helsemessig trygghet*, herunder forebygge infeksjoner og smitte og gi raskere hjelp ved overdoser, gjennom tilstedeværelse og tilsyn av helsepersonell, samt bidra til *økt mulighet for kontakt og samtaler mellom den enkelte bruker og hjelpeapparatet* med sikte på tverrfaglig oppfølging og behandling. Se forslag til ny § 1.

Formålsangivelsen av sprøyteromsordningen viderefører i sitt innhold dagens formålsbestemmelse slik denne fremgår av sprøyteromsforskriften § 1 annet ledd. Ordlyden foreslås imidlertid noe moderert med hensyn til overdoseproblematikken. En moderering av hva som er realistisk å oppnå ved sprøyteromsordningen med hensyn til å redusere overdosedødsfall er i overensstemmelse med SIRUS sin evaluering av nåværende prøveordning hva angår forventet effekt av sprøyteromsordningen på antallet overdosedødsfall blant det totale antallet mennesker over 18 år med langvarig heroinavhengighet og helseskadelig injeksjonspraksis.

10.2 Definisjonsbestemmelse

I henhold til kommunehelsetjenesteloven § 1-3 fjerde ledd annet punktum er sprøyteromsordning som er etablert i medhold av sprøyteromsloven, å anse som en kommunehelsetjeneste.

Sprøyteromsordningen skal inneholde et separat rom for injisering (sprøyterom), et venterom og et samtalerom/rådgivningsrom, jf. sprøyteromsforskriften § 6 første ledd første punktum. I tillegg skal sprøyteromsordningen ha tilgang til et behandlingsrom, jf. forskriftens § 6 første ledd annet punktum.

Høringsforslaget omhandler ikke forslag til en egen bestemmelse i sprøyteromsloven med definisjon av sprøyteromsordningen.

Departementet har imidlertid kommet til at en slik bestemmelse vil være hensiktsmessig både av oppklarende og pedagogiske grunner. Det foreslås derfor en bestemmelse i sprøyteromsloven som presiserer at sprøyteromsordningen er å anse som en kommunehelsetjeneste, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 fjerde ledd annet punktum. Videre foreslås det å innta i bestemmelsen de lokaler som sprøyteromsordningen skal omfatte, herunder sprøyterom (injiseringsrom), fremmøterom (venterom) og samtalerom, samt at sprøyteromsordningen skal ha tilgang til et tilstøtende behandlingsrom. Se forslag til ny § 2.

10.3 Beslutning om etablering av sprøyteromsordning og krav om godkjenning fra departementet

10.3.1 Forslaget i høringsnotatet

Etter sprøyteromsloven § 1 har Kongen myndighet til å bestemme at det som sådan kan etableres en prøveordning med sprøyterom. Den enkelte kommune beslutter selv om den ønsker å søke om å få etablere en sprøyteromsordning, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-4 fjerde ledd tredje punktum. Myndigheten til å godkjenne den enkelte prøvekommune er delegert til departementet, jf. sprøyteromsforskriften § 15.

I høringsnotatet foreslo departementet å endre sprøyteromsloven § 1 slik at beslutningsmyndigheten med hensyn til etablering av sprøyteromsordning uttrykkelig tillegges kommunen. Forslaget følger forutsetningsvis av at loven foreslås gjort permanent med det formål at kommunen fortsatt skal kunne velge om den ønsker å etablere en sprøyteromsordning.

Det ble imidlertid foreslått å videreføre kravet om godkjenning fra departementet før sprøyteromsordningen kan etableres.

10.3.2 Høringsinstansenes syn og departementets vurdering

Enkelte høringsinstanser uttaler seg om forslaget til godkjenningskrav fra departementet. Forslaget støttes av *Fagrådet innen Rusfeltet i Norge, Midt-Norsk Kompetansesenter for rusfaget, Oslo statsadvokatembeter og Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)*.

Etter departementets vurdering vil kommunen selv, ut fra lokale behov og prioriteringer,

best kunne avgjøre om den ønsker å etablere en sprøyteromsordning. Sprøyteromsordningen vil kunne være et viktig supplement i en helhetlig kommunal tiltakskjede for å komme mennesker med omfattende rusmiddelproblemer og store helsemessige og sosiale vansker i møte. Den enkelte kommune bør derfor ha myndighet til å beslutte etablering av sprøyteromsordning, under forutsetning av at sprøyteromsordningen er et tiltak som kommer i tillegg til kommunenes øvrige helse- og sosialtjenestetilbud til sprøyteromsordningens målgruppe.

Departementet mener det imidlertid er behov for å sikre at den ordningen som etableres er i samsvar med regelverket og formålet med ordningen. Sprøyteromsordningens innhold og karakter, herunder ansvaret for å forhindre at sprøyterommet blir et ulovlig fristed for bruk av narkotika, tilsier en utstrakt offentlig kontroll med gjennomføringen av virksomheten. Et krav om godkjenning fra departementet vil således knytte seg til selve utformingen av sprøyteromsordningen. Se forslag til ny § 3.

Sprøyteromsordningen vil være underlagt tilsyn fra Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket. Der som sprøyteromsordningen, etter at godkjenning er gitt, ikke tilfredsstiller krav gitt i lov og forskrift, vil godkjenningen kunne tilbakekalles i tråd med den alminnelige forutsetningslæren i forvaltningsretten.

10.4 Presisering av helsepersonellovens anvendelse for personalet i sprøyteromsordningen

Ettersom sprøyteromsordningen er å anse som en kommunehelsetjeneste, er alle ansatte i sprøyteromsordningen som yter helsehjelp helsepersonell etter helsepersonelloven § 3 første ledd nr. 2. Dette gjelder uavhengig av om vedkommende har helsefaglig eller sosialfaglig utdanning, og personalet vil dermed være underlagt de plikt- og ansvarsreglene som følger av helsepersonelloven.

Kommuneadvokaten i Oslo påpeker at det kan reises tvil om enhver tjeneste som tilbys i sprøyteromsordningen vil være å regne som helsehjelp etter helsepersonelloven § 3 tredje ledd. Sprøyteromsordningens innhold fremgår av sprøyteromsforskriften § 6 annet ledd. I de tilfeller den tjenesten som ytes i sprøyteromsordningen ikke er å anse som helsehjelp etter helsepersonelloven, får dette den konsekvens at det personalet i sprøyteromsordningen som ikke er autorisert helsepersonell, for eksempel sosionomer, ikke vil ha opplysnings-

plikt til barneverntjenesten, sosialtjenesten eller nødetater direkte i medhold av helsepersonelloven §§ 31-33. Riktignok vil slikt personell ha opplysningsplikt til barneverntjenesten i kraft av barnevernloven § 6-4 tredje ledd, men en tydelig opplysningsplikt til sosialtjenesten eller nødetater vil slikt personell likevel ikke ha.

Kommuneadvokaten påpeker at opplysningsplikt av eget tiltak til barneverntjenesten, sosialtjenesten og nødetater innenfor den kontekst som sprøyteromsordningen innebærer, er viktige plikter for bemanningen i sprøyteromsordningen.

Høringsforslaget omhandler ikke forslag til en bestemmelse i sprøyteromsloven som uttrykkelig gir helsepersonelloven anvendelse for personalet i sprøyteromsordningen.

Departementet er enig i de betraktningene som Kommuneadvokaten påpeker, og mener det vil være uheldig dersom personalet i sprøyteromsordningen er underlagt forskjellige regler om taushetsplikt og opplysningsplikt til barneverntjenesten, sosialtjenesten og nødetater. Departementet antar at de ulike personellgruppene i stor grad vil motta samme opplysninger, men vil da ha ulike plikter med hensyn til håndteringen av opplysningene, alt etter om den tjenesten som ytes faller innenfor eller utenfor definisjonen av «helsehjelp» etter helsepersonelloven § 3 tredje ledd.

Departementet foreslår derfor en bestemmelse i sprøyteromsloven som presiserer at helsepersonelloven skal gjelde for personalets yrkesutøvelse i sprøyteromsordningen. Se forslag til ny § 7 nytt første ledd. Dette medfører at alle ansatte i sprøyteromsordningen som yter tjenester etter sprøyteromsforskriften § 6 annet ledd, er underlagt de plikt- og ansvarsreglene som følger av helsepersonelloven, herunder opplysningsplikt av eget tiltak til barneverntjenesten, sosialtjenesten og nødetater, samt opplysningsplikt til tilsynsmyndighetene om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet, jf. helsepersonelloven § 17, med mindre annet følger av sprøyteromsloven.

10.5 Høringsinstansenes forslag til endringer i sprøyteromsloven som ikke følges opp

10.5.1 Mulighet for inntak av andre narkotiske stoffer og andre inntaksmåter enn injisering

Straffriheten i sprøyteromsordningen omfatter bare besittelse og injisering av én brukerdose narkotika, jf. sprøyteromsloven § 2 første ledd. Med hjemmel i

sprøyteromsloven § 6 bokstav c er straffriheten med hensyn til type narkotisk stoff begrenset til heroin, jf. sprøyteromsforskriften § 5 første ledd. Dette betyr at inntak av andre narkotiske stoffer enn heroin, inntak av mer enn én brukerdose og inntak på andre måter enn ved injisering kan straffefølges på vanlig måte.

Flere høringsinstanser mener at sprøyteromsordningen bør åpne for inntak av andre narkotiske stoffer og andre inntaksmåter enn injisering. *Oslo kommune* uttaler at kommunen opprettholder sitt tidligere standpunkt om at det også bør være adgang til å injisere andre rusmidler enn heroin i sprøyterommet.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) viser til at injisering av heroin er én av årsakene til at Norge topper overdosestatistikken i Europa, og mener at en permanent lovgivning bør åpne for andre inntaksmåter. NSF påpeker videre at gjeldende regulering ekskluderer mange med omfattende rusmiddelavhengighet fra å bruke sprøyterommet, og viser til at blandingsmisbruk er utbredt blant de mest vanskeligstilte i målgruppen. En vil derfor nå flere i målgruppen dersom også inntak av andre stoffer tillates.

Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (SKBO) uttaler at blandingsmisbruk bidrar til økt fare for overdose. Gjennom kun å tillate injeksjoner av heroin i sprøyterommet, henvises de injeksjonene med størst overdosefare, nemlig de der ulike stoffer blandes, til inntak utenfor sprøyterommet. Denne begrensningen medfører at mange innen målgruppen avskjæres fra å ta del i de formålene som ligger til grunn for sprøyteromsordningen, herunder trygghet og opplevelse av verdighet samt kontakt og samtaler med hjelpeapparatet. SKBO mener derfor at sprøyteromsloven bør endres slik at den tillater inntak av alle narkotiske stoffer. SKBO peker også på at mindre helseskadelige måter å innta heroin på enn injisering bør tillates.

Foreningen for human narkotikapolitikk mener at begrensningen til injisering av heroin er en urimelig forskjellsbehandling av opiatbrukere og andre injiserende stoffbrukere. Foreningen påpeker at de mest vanskeligstilte brukerne oftest bruker piller i skuddet for å potensere effekten av heroinet på en billig måte. Med dagens begrensninger vil derfor sprøyteromsordningen ikke nå frem til disse.

Departementet har forståelse for innvendingene som er reist mot sprøyteromsordningens snevre rammer for type og mengde narkotisk stoff som tillates inntatt i sprøyterommet. Mulighet for inntak av mer enn én brukerdose narkotika og inntak på andre måter enn ved injisering, påkrever en utvidelse av straffrihetsunntaket i sprøyteromslo-

ven § 2 første ledd. En utvidelse av straffrihetsunntaket vil etter departementets vurdering utfordre grensene for den norske sprøyteromsordningens forenlighet med de internasjonale narkotikakonvensjonene ytterligere. Blandingsmisbruk er svært risikofyllt og skadelig, og øker faren for overdoser. Hensikten med skadereduksjon er å bidra til mindre skadelige måter å bruke narkotika på. Et formål med veiledningsfunksjonen i sprøyteromsordningen må derfor være å advare mot og begrense blandingsmisbruk. Å legge til rette for dette ville være kontraindisert. Etter departementets oppfatning vil en avgrensning til heroin være best i samsvar med konvensjonsforpliktelsene. Det vises til vurderingene i Ot.prp. nr. 56 (2004-2004) kapittel 11. Departementet foreslår på denne bakgrunn å videreføre gjeldende begrensninger.

Departementet vil også peke på at en sprøyteromsordning skal være et avgrenset og supplerende tilbud i en helhetlig tiltakskjede på rusfeltet. Hvordan mennesker med omfattende narkotikaavhengighet kan hjelpes til en mer verdig tilværelse, kan stille samfunnet overfor flere dilemmaer og avveininger. Det vises til at det er etablert en rekke tiltak for å imøtekomme målgruppens behov, se punkt 7.3.

10.5.2 Klageadgang

Lovlig adgang til sprøyteromsordningens tjenester forutsetter lovlig adgang til sprøyterommet. Lovlig adgang til sprøyterommet påkrever at vedkommende er registrert som bruker av sprøyterommet, jf. sprøyteromsforskriften § 2 første ledd. For å bli registrert som bruker av sprøyterommet, må personen være en «tungt belastet heroinmisbruker» og «ha fylt 18 år», jf. forskriftens § 2 annet ledd. Personalet i sprøyteromsordningen avgjør om kriteriene for registrering er oppfylt, jf. forskriftens § 3 første ledd første punktum. Lederen for sprøyteromsordningen avgjør om en person skal nektes registrering, jf. forskriftens § 3 første ledd annet punktum.

I henhold til sprøyteromsloven § 4 første ledd er en avgjørelse om adgang til bruk av sprøyterommet ikke å regne som et enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Det fremgår videre av sprøyteromsloven § 4 tredje ledd første punktum at adgang til bruk av sprøyterommet heller ikke er å regne som nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 første ledd og pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd annet punktum. Sprøyteromsordningen er således ikke en ytelse som borgerne har rettskrav på. En avgjørelse om adgang til bruk av sprøyterommet er følgelig unntatt fra bestemmelsene om klageadgang etter kommunehelsetjenesteloven § 2-4 og pasientrettighetsloven § 7-3, jf. sprøyteromsloven § 4 tredje ledd annet punktum.

Enkelte høringsinstanser mener at en avgjørelse om adgang til bruk av sprøyterommet bør betraktes som et enkeltvedtak etter forvaltningsloven og at brukerne bør gis klageadgang. Dette gjelder *Norsk Sykepleierforbund (NSF)* og *Høgskolen i Buskerud*. Disse fremholder behovet for økt rettssikkerhet og muligheten for å etterprøve grunnlaget for avgjørelsen ved en eventuell beslutning om avvisning.

Departementet er av den oppfatning at sprøyteromsordningens karakter av lavterskeltiltak tilsier at avgjørelser om adgang til sprøyterommet vil måtte tas raskt og på en ubyråkratisk måte. Lavterskel med få og enkle adgangskriterier oppveier etter departementets vurdering behovet for begrunnede vedtak og klagerett. I avveiningen mellom ulike hensyn, mener departementet at hensynet til lavterskel må gå foran den ekstra garanti som ligger i en skriftlig behandling med klageadgang. Departementet ønsker derfor ikke å foreslå endringer i sprøyteromsloven § 4 første og tredje ledd som vil forrykke ordningens karakter av lavterskeltilbud. Det vises til tilsvarende vurderinger i Ot.prp. nr. 56 (2003-2004) side 39.

11 Forslag til endring i kommunehelsetjenesteloven – drift av sprøyteromsordning i offentlig regi

11.1 Forslaget i høringsnotatet

Departementet gikk i høringsnotatet inn for at kommunen ikke skal kunne inngå avtale med private om drift av sprøyteromsordning.

11.2 Høringsinstansenes syn og departementets vurdering

Flertallet av høringsinstansene som har uttalt seg om spørsmålet, støtter forslaget. Dette gjelder *Høgskolen i Buskerud*, *Oslo statsadvokatembeter* og *Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)*. Instansene viser i hovedsak til begrunnelsen i høringsnotatet.

Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (SKBO) er skeptisk til forslaget og stiller spørsmål ved en slik

restriksjon. Bymisjonen viser til at stiftelsen driver mange institusjoner og lavterskel tilbud enten på oppdrag eller i nær sammenheng med stat og kommune, og at stiftelsen også vil kunne drifte en sprøyteromsordning etter oppdrag eller i samhandling med kommunen.

Departementet fastholder imidlertid forslaget om at drift av sprøyteromsordning må foregå i offentlig regi. Etter departementets vurdering tilsi-er sprøyteromsordningens innhold og karakter, herunder det offentlige ansvar for å føre en streng kontroll med narkotikabruken i sprøyterommet og behovet for et nært samarbeid med politiet, at ordningen bør være direkte underlagt offentlige myndigheter. Se forslag til kommunehelsetjenesteloven § 1-3 fjerde ledd nytt fjerde punktum.

12 Endringsbehov i sprøyteromsforskriften

12.1 Innledning

De fleste høringsinstansene som enten støtter forslaget om permanent videreføring av sprøyteromsloven, eller som uttaler seg på subsidiært grunnlag dersom sprøyteromsloven likevel gjøres permanent, mener at rammene for sprøyteromsordningen bør endres for å gjøre tilbudet mer tilgjengelig og relevant for brukergruppen.

Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (SKBO) uttaler at det relativt lave antallet injeksjoner som er satt i evalueringsperioden har sammenheng med de rammene som sprøyteromsordningen er gitt. SKBO mener det er nødvendig med en bedre tilrettelegging og tilpasning av ordningen for at målgruppen skal nås. Faktorer som bidrar til å redusere bruken av sprøyterommet er begrensingene knyttet til type og mengde narkotisk stoff som kan inntas i sprøyterommet samt sprøyterommets beliggenhet og åpningstider.

Departementet vil foreta nødvendige endringer i sprøyteromsforskriften som følge av at sprøyteromsloven gjøres permanent. Departementet legger til grunn at etablering og drift av sprøyteromsordning kan gjøres på ulike måter i ulike kommuner, men ser det som nødvendig å videreføre gjeldende regelverk mest mulig uendret av hensyn til Norges forpliktelser etter de internasjonale narkotikakonvensjonene.

12.2 Samarbeid med øvrig helsetjeneste – samlokalisering

Høringsinstansene som har merknader til den nærmere gjennomføringen av sprøyteromsordningen, stiller spørsmål ved hensiktsmessigheten av sprøyteromsforskriftens krav om at sprøyteromsordningen skal være samlokalisert med lavterskel helse-tjeneste, jf. § 6 tredje ledd, se punkt 3.8 ovenfor. Dette omtales derfor nærmere i proposisjonen.

Samlokaliseringskravet er ment å sikre brukerne lettere tilgang til ytterligere helsehjelp enn den som tilbys i sprøyteromsordningen, herunder tilgang til legehjelp, jf. Ot.prp. nr. 8 2004-2005) punkt 4.9 side 17. Sprøyteromsordningen vil kunne benyt-

te behandlingsrom i den samlokaliserte helsetjenesten.

Det er ikke påkrevd at den samlokaliserte helsetjenesten skal ha samme åpningstid som sprøyterommet. Dersom sprøyterommet har åpent utenom den samlokaliserte helsetjenestens åpningstider, må det sikres nødvendig tilgang til behandlingsrom for sprøyteromsordningen også i disse periodene, jf. Ot.prp. nr. 8 (2004-2005) punkt 4.9 side 17.

I høringsnotatet foreslo departementet å videreføre kravet om samlokalisering med lavterskel helsetjeneste i sprøyteromsforskriften § 6 tredje ledd. Men ettersom disse to ordningene har noe ulik målgruppe (lavterskel helsetiltak omfatter brukere uavhengig av type rusmiddel) og ulik finansiering (lavterskel helsetiltak finansieres gjennom en statlig tilskuddsordning), ble høringsinstansene bedt om å uttale seg om samarbeidet med øvrig helsetjeneste kan gjøres på annen måte enn gjennom samlokalisering med lavterskel helsetiltak.

Oslo kommune uttaler at kravet om samlokalisering med lavterskel helsetjeneste bør fjernes, og at behovet for helsetjenester allerede er dekket gjennom kommunens øvrige private og kommunale tiltak. Kommunen mener at sprøyteromsloven og sprøyteromsforskriftens detaljerte krav til utforming av lokaler og samlokalisering bør forenkles slik at kommunen gis større rom for å utforme et driftskonsept basert på lokale behov og eksisterende tiltak i kommunen.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) uttaler at samarbeid med øvrig helsetjeneste kan gjøres på annen måte enn gjennom samlokalisering, og mener at det avgjørende er tilgangen på nødvendig helsehjelp ut fra brukerens behov. NSF støtter departementets forslag om å videreføre kravene til bemanning og føringene på at tjenestetilbudet i form av enkel helsehjelp, sosialfaglig bistand, smittevernfunksjoner mv. opprettholdes

Fagrådet innen Rusfeltet i Norge anbefaler ikke samlokalisering av sprøyteromsordningen med lavterskel helsetiltak der helsetiltaket har andre brukergrupper. Fagrådet viser til at andre brukergrupper i lavterskel helsetiltak, for eksempel LAR-brukere, i stor grad har avsluttet aktivt rusbruk. Fagrådet uttrykker derfor en bekymring for at samlokalisering i slike tilfeller vil føre til en ansamling av bru-

kere som ikke er i aktiv rusbruk og brukere som er i aktiv rusbruk, samt omsetning av illegale rusmidler og fare for nyrekruttering av brukere av andre rusmidler til opiat. Dersom tiltakene derimot har samme målgruppe, ser Fagrådet ingen betenkeligheter ved en eventuell samlokalisering.

Fellesorganisasjonen (FO) uttaler at sprøyterom bør samlokaliseres eller etableres i nær tilknytning til andre lavterskeltiltak som har både helse- og sosialtjenestetilbud. FO viser for øvrig til at lavterskeltilbud er organisert på ulike måter i kommunene med ulikt innhold. FO ser imidlertid at samlokalisering kan reise noen dilemmaer i avveiningen mellom hensynet til sprøyteromsordningens målgruppe og deres tilgang til helsetjenester, og hensynet til de øvrige brukerne av den samlokaliserte lavterskel helsetjenesten. FO mener at situasjonen best kan ivaretas ved at det i forskrift stilles krav til tilstrekkelig og kompetent bemanning.

Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO) mener at kravet om samlokalisering med lavterskel helsetiltak bør videreføres.

Actis uttaler at hjelpeapparatet først må sikre forholdene for dem som aktivt ønsker og søker behandling. De som søker hjelp til å komme ut av rusmisbruket bør derfor ikke være i umiddelbar nær-

het av aktive brukere, narkotika og bruk av narkotika.

Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (SKBO) mener det er avgjørende at sprøyteromsordningen samlokaliseres med andre relevante tiltak, herunder tiltak av helsemessig karakter, samt tilbud om aktivitet eller bolig. SKBO mener det er uproblematisk at sprøyteromsordningen er samlokalisert med lavterskel helsetiltak, og viser til at brukerne vil møtes uavhengig av om tiltakene er samlokalisert eller ikke.

Departementet mener det er viktig å sikre tilgangen til helsetjenester for brukerne av sprøyteromsordningen. Dette er et sentralt formål med ordningen. Departementet ser imidlertid at et særskilt krav om samlokalisering med lavterskel helsetiltak kan være for bindende på hensiktsmessig lokal utforming. Departementet vil derfor foreta enkelte justeringer i sprøyteromsforskriften i tilknytning til kravet om samlokalisering, og isteden stille krav om at sprøyteromsordningen skal sikre rask tilgang til nødvendig helsehjelp gjennom et nært samarbeid med øvrig helsetjeneste. Det vises også til forskriftens krav om bemanning med helsefaglig personell, jf. § 7 første ledd.

13 Erstatningsansvar

I sprøyteromsordningen kan det oppstå skader på person som omfattes av lov 15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven). Pasientskadeloven gir regler om erstatning til pasienter og andre som har lidt tap på grunn av en pasientskade når skaden skyldes svikt ved ytelse av helsehjelp. Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) behandler krav om erstatning og utbetaler eventuell erstatning. NPEs vedtak kan påklages til Pasientskadenemnda.

Pasientskadeloven fastsetter et objektivisert ansvarsgrunnlag. Dette innebærer at det ikke er nødvendig å bevise at noen kan klandres for den svikten ved ytelse av helsehjelpen som har ført til skaden. Det er ikke et vilkår for at erstatningsansvar skal foreligge, slik som etter den alminnelige erstatningsretten, at den som har voldt skaden har opptrådt uaktsomt eller forsettlig.

Pasientskadeloven gjelder ikke for enhver skade på person. Skaden må være en pasientskade. For å bli ansett som en pasientskade må skaden for det første være voldt på bestemte steder (skadested) eller av bestemte yrkesutøvere (skadevolder), jf. pasientskadeloven § 1 første ledd (se bokstav a «i institusjon under spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten», bokstav b «under ambulansetransport», eller bokstav c «av helsepersonell som yter helsehjelp i henhold til offentlig autorisasjon eller lisens, personer som opptrer på vegne av disse, personer som har rett til å utøve yrke som helsepersonell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning eller andre personer som er fastsatt i forskrift»).

For det andre må skaden være voldt under utførelse av bestemte typer handlinger, jf. pasientskadeloven § 1 annet ledd («skader regnes som pasientskader dersom de er voldt under veiledning, undersøkelse, diagnostisering, behandling, ekspedisjon av legemidler fra apotek, pleie, vaksinasjon, prøvetaking, analyse av prøver, røntgen, forebygging av helseskader, medisinsk forsøksvirksomhet samt donasjon av organer, blod og vev»).

Sprøyteromsordning som er etablert i medhold av sprøyteromsloven er å anse som en kommunehelsetjeneste, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 fjerde ledd annet punktum. Dette innebærer at

eventuelle skader som oppstår under utøvelsen av tjenestene i sprøyteromsordningen, vil etter nærmere vilkår som nevnt over kunne regnes som pasientskader, uavhengig av om skaden er voldt av autorisert helsepersonell eller av andre personellgrupper. Det vises til Ot.prp. nr. 8 (2004-2005) side 10.

For skader som faller utenfor pasientskadelovens virkeområde, gjelder lov 13. juni 1989 nr. 65 om skadeserstatning (skadeserstatningsloven) og alminnelige erstatningsrettslige regler.

Arbeidsgiveransvaret etter skadeserstatningsloven er et objektivt ansvar for arbeidsgiveren dersom en arbeidstaker har opptrådt uaktsomt i tjenesten. For personalet i sprøyteromsordningen som ikke er autorisert helsepersonell eller som opptrer på vegne av disse, vil det altså ikke gjelde et objektivt ansvar for skader som måtte oppstå.

Aktsomhetsvurderingen i arbeidsgiveransvaret er i prinsippet den samme som ved den alminnelige culperegelen. Det skal imidlertid legges vekt på «de krav skadelidte med rimelighet kunne stille til virksomheten eller tjenesten», jf. skadeserstatningsloven § 2-1 nr. 1 første punktum. Dette vilkåret er særlig betydningsfullt når det gjelder utøvelse av forvaltningsmyndighet. For øvrig vil kravene til virksomheten bero på en konkret vurdering av virksomhetens karakter og den funksjon som arbeidstakeren utøver.

Sprøyterommet er ikke en ytelse som borgerne har rettskrav på, jf. sprøyteromsloven § 4 tredje ledd første punktum. Sprøyteromsordningen skal tilby mennesker med langvarig heroinavhengighet og helseskadelig injeksjonspraksis rene og betryggende lokaler for en sprøytesetting som uansett ville ha funnet sted. Sprøyteromsordningen er således et tilbud med begrenset siktemål, og ikke et offentlig høykvalitetstilbud. Det ligger i ordningens natur at kommunen og personalet i sprøyterommet ikke forventes å ha full årvåkenhet i forhold til hver enkelt bruker. Tjenestens egenart og siktemål tilsier at det her vil gjelde en noe mildere aktsomhetsnorm, og at det skal relativt mye til før personalet kan sies å handle uforsvarlig. I et sprøyterom vil det daglig foregå en aktivitet som er sterkt risikopregget. Spørsmålet om eventuelt ansvar for kommu-

nen eller personalet vil måtte vurderes i lys av dette. Det er også av betydning at det særlig er narkotikabruken som er risikopreget og at risikoen nor-

malt er enda større utenfor sprøyterommet enn innenfor. Det vises til tilsvarende vurderinger i Ot.prp. 56 (2003-2004) side 41.

14 Finansiering av sprøyteromsordning

Prøveordningen med sprøyterom i Oslo finansieres av Oslo kommune og staten i fellesskap. Prøveperioden utløper 17. desember 2009. Budsjettet for ordningen de første årene var på om lag 9 millioner kroner. For 2009 er budsjettet på om lag 12 millioner kroner.

Gjennom en statlig delfinansiering i prøveperioden har staten lagt til rette for en utprøving av sprøyterom som et rustiltak. Erfaringene fra Oslo kommune, evalueringsrapporten fra SIRUS og øvrige innspill i etterkant av evalueringen gir et viktig erfaringsgrunnlag som Oslo kommune og andre kommuner kan bygge videre på ved ønske om å videreføre eller etablere en sprøyteromsordning.

I høringsforslaget er det ikke lagt opp til en videre statlig delfinansiering av sprøyteromsordningen etter prøveperiodens utløp 17. desember 2009. Etter departementets syn bør kostnadsvurderinger knyttet til etablering og drift av sprøyteromsordning være uttrykk for en lokalpolitisk vurdering i hver enkelt kommune.

Flertallet av høringsinstansene som støtter forslaget om å videreføre sprøyteromsloven og som

har uttalt seg om spørsmålet, er ikke enig i departementets syn og mener at en statlig delfinansieringsordning for etablering av sprøyteromsordning må opprettholdes. Dette gjelder *Fagrådet innen Rusfeltet i Norge*, *Foreningen for human narkotikapolitikk*, *Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo (SKBO)* og *Oslo kommune*.

Departementet fastholder vurderingene i høringsnotatet om betydningen av kommunal fullfinansiering av sprøyteromsordning. Etter departementets syn er det viktig at etablering av sprøyteromsordning har en god lokalpolitisk forankring og begrunnes ut fra lokale behov, og ikke etableres med begrunnelse i en statlig tilskuddsordning. Departementet viser til at regjeringen gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet har styrket bevilgningen til rusfeltet med over 700 millioner kroner hittil i planperioden. Det vises også til at tilskuddsordningen til kommunalt rusarbeid er økt for å stimulere kommunene til utviklingsarbeid og styrket innsats.

15 Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene

En permanent videreføring av den midlertidige sprøyteromsloven vil ikke ha økonomiske og administrative konsekvenser av betydning. Det vil være opp til hver enkelt kommune å vurdere etablering, drift og gjennomføring av sprøyteromsordning innenfor de rammer som følger av lov og forskrift. Etablering av sprøyteromsordning i kommunen må fullfinansieres innenfor kommunens egne budsjettammer.

Med hensyn til den pågående prøveordningen med sprøyterom i Oslo kommune, vil det være opp til kommunen selv å avgjøre om sprøyteromsordningen skal videreføres som et permanent kommunalt tiltak etter prøveperiodens utløp 17. desember 2009.

16 Merknader til de enkelte bestemmelsene

Til endringene i sprøyteromsloven

Til lovens tittel

Lovens tittel endres slik at det klart fremgår at loven ikke lenger er midlertidig og at sprøyterom ikke lenger er en prøveordning. Forslaget er nærmere omtalt under punkt 8.3.

Til ny § 1

I paragrafens *første ledd* angis formålet med selve loven, som er å legge til rette for et nødvendig rettslig grunnlag for etablering av sprøyteromsordning i kommunen.

I *annet ledd* angis formålet med sprøyteromsordningen. Formålsangivelsen er i sitt innhold en videreføring og presisering av dagens formålsangivelse slik denne fremgår av sprøyteromsforskriften § 1 annet ledd. Ordlyden er imidlertid noe moderert med hensyn til overdoseproblematikken.

Det vises til nærmere omtale av forslaget under punkt 9.1.2.

Til ny § 2

Paragrafens *første ledd* er en referanse til kommunehelsetjenesteloven § 1-3 fjerde ledd annet punktum som fastsetter at sprøyteromsordningen er å anse som en kommunehelsetjeneste.

I *annet ledd* er det angitt hvilke lokaler som sprøyteromsordningen skal omfatte, herunder sprøyterom (injiseringsrommet), fremmøterom (venterom) og samtalerom, samt at sprøyteromsordningen skal ha tilgang til et behandlingsrom.

Det vises til nærmere omtale av forslaget under punkt 9.2.

Til ny § 3

Paragrafens *første ledd* gir kommunen myndighet til å beslutte at det skal etableres en sprøyteromsordning i kommunen. En forutsetning for lovlig etablering av sprøyteromsordning er at sprøyteromsordningen på forhånd er godkjent av departementet. Godkjenningskravet skal sikre at den sprøyteromsordningen som etableres er i samsvar med gjelden-

de regelverk. Det er ikke et krav at kommunen som sådan skal godkjennes. Dersom en sprøyteromsordning som ønskes etablert, tilfredsstiller krav gitt i lov og forskrift, kan godkjenning ikke nektes. Godkjenningen kan imidlertid tilbakekalles dersom sprøyteromsordningen, etter at godkjenning er gitt, ikke tilfredsstiller slike krav, jf. den alminnelige forutsetningslæren i forvaltningsretten.

I *annet ledd* stilles det vilkår for lovlig etablering av sprøyteromsordning, at ordningen er et tiltak som kommer i tillegg til kommunens øvrige helse- og sosialtjenestetilbud til sprøyteromsordningens målgruppe. Sprøyteromsordningen kan således ikke være det eneste tiltaket i kommunen. Kommunen må også kunne vise til andre tiltak og at sprøyteromsordningen vil være et supplement til disse.

Det vises til nærmere omtale av forslaget under punkt 9.3.2.

Til ny § 4

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 2. Paragrafen tilføres en titteloverskrift. Ordet «venterom» i første ledd bokstav a er erstattet med «fremmøterom». Begrepsendringen medfører ingen realitetsforskjell.

Til ny § 5

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 3. Paragrafen tilføres en titteloverskrift.

Til ny § 6

Bestemmelsen viderefører, med enkelte endringer, gjeldende § 4. Paragrafen tilføres en titteloverskrift.

I *første ledd* er det presisert at det er avgjørelsen om adgang til sprøyterommet som ikke er enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Lovlig adgang til sprøyterommet og sprøyteromsordningens øvrige lokaler forutsetter at vedkommende er registrert som bruker av sprøyterommet. Avgjørelsen om adgang til sprøyterommet viser derfor til avgjørelsen om registrering, jf. sprøyteromsforskriften § 3.

I *annet ledd* er det presisert hvilke lokaler og hvilke handlinger som omfattes av straffrihetsuntaket etter ny § 4 første ledd.

I *tredje ledd første punktum* er det, tilsvarende første ledd, presisert at det er avgjørelsen om adgang til sprøyterommet som ikke er å anse som nødvendig helsehjelp. Lovlig adgang til sprøyterommet og sprøyteromsordningens øvrige lokaler forutsetter at vedkommende er registrert som bruker av sprøyterommet. Avgjørelsen om adgang til sprøyterommet viser derfor til avgjørelsen om registrering, jf. sprøyteromsforskriften § 3. Videre er henvisningen til pasientrettighetsloven § 2-1 presisert med tilføyelse av «annet ledd».

I *tredje ledd annet punktum* er paragrafhenvisningen til pasientrettighetslovens bestemmelse om klage endret til § 7-2. Også her er det presisert at det er avgjørelsen om adgang til sprøyterommet som ikke kan påklages.

Til ny § 7

Bestemmelsen viderefører gjeldende § 5. Paragrafen tilføres en titteloverskrift og nytt første ledd.

I *nytt første ledd* er det presisert at helsepersonelloven gis anvendelse for personalets yrkesutøvelse i sprøyteromsordningen. Dette medfører at de ulike personellgruppene i sprøyteromsordningen vil være underlagt plikt- og ansvarsreglene etter helsepersonelloven, herunder opplysningsplikt av eget tiltak til barneverntjenesten, sosialtjenesten og nødeter, samt opplysningsplikt til tilsynsmyndighetene om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet, jf. helsepersonelloven § 17, med mindre annet følger av sprøyteromsloven. Det er således ikke av avgjørende betydning om den handlingen som utføres er å anse som helsehjelp etter helsepersonelloven § 3 tredje ledd.

Det avgrenses imidlertid mot ansatte i sprøyteromsordningen som ikke yter tjenester innenfor sprøyteromsordningens ordinære virksomhet, slik som rengjøringspersonale, vaktmester o.l.

Til ny § 8

Bestemmelsen viderefører, med enkelte endringer, gjeldende § 6. Paragrafen tilføres en titteloverskrift.

I paragrafens innledende setning er ordene «ordningen med sprøyterom» erstattet med «sprøyteromsordningen». Endringen gjøres av begrepsmessig harmoniseringshensyn, og medfører ingen realitetsforskjell.

I bokstavene a og f gjøres en tilsvarende begrepsmessig endring av harmoniseringshensyn uten realitetsforskjell.

I bokstavene d og e er det presisert hvilke lokaler som omfattes av straffrihetsunntaket i ny § 4 første ledd.

Bokstavene h og i, som omhandler prøveordning med sprøyterom og evaluering av ordningen, oppheves som følge av at bestemmelsene ikke lenger er aktuelle.

Til ny § 9

Bestemmelsen viderefører, med enkelte endringer, gjeldende § 7. Lovens virketid endres slik at loven ikke har en bestemt opphevelsesdato. Paragrafen tilføres en titteloverskrift.

Til endringene i kommunehelsetjenesteloven

Til § 1-3 fjerde ledd annet, tredje og nytt fjerde punktum

Henvisningen til sprøyteromsloven i *annet punktum* endres i tråd med endringene i sprøyteromslovens tittel som følge av at loven gjøres permanent.

Tredje punktum endres for å tydeliggjøre at kommunen har beslutningsmyndighet med hensyn til om den ønsker å etablere en sprøyteromsordning i kommunen eller ikke. I tillegg er ordene «slik tjeneste» erstattet med «sprøyteromsordning». Endringen gjøres av begrepsmessig harmoniseringshensyn, og medfører ingen realitetsforskjell.

I *nytt fjerde punktum* er det inntatt en bestemmelse om at driften av en sprøyteromsordning i kommunen må foregå i offentlig regi, og ikke kunne settes bort til private aktører. Bestemmelsen innebærer en begrensning i kommunens adgang til å inngå avtale med private.

Det vises til nærmere omtale av forslaget under punkt 10.2.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om lov om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) m.m.

Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) m.m.

Vi HARALD, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) m.m. i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) m.m.

I

I midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) gjøres følgende endringer:

Lovens tittel skal lyde:

Lov 2. juli 2004 nr. 64 om ordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven)

Ny § 1 skal lyde:

§ 1 Formål

Lovens formål er å legge til rette for etablering av ordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning).

Sprøyteromsordningen skal bidra til økt verdighet for mennesker med langvarig narkotikaavhengighet ved å tilby hygieniske rammer for injisering. Videre skal sprøyteromsordningen bidra til økt helsemessig trygghet, herunder forebygge infeksjoner og smitte og gi raskere hjelp ved overdoser, gjennom tilstedeværelse og tilsyn av helsepersonell. Formålet er også å bidra til økt mulighet for kontakt og samtaler mellom den enkelte bruker og hjelpeapparatet med sikte på tverrfaglig oppfølging og behandling.

Ny § 2 skal lyde:

§ 2 Sprøyteromsordningen

En sprøyteromsordning som er etablert i medhold av denne loven er å anse som en kommunehelsetjeneste, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 fjerde ledd annet punktum.

En sprøyteromsordning skal inneholde et sprøyterom (injiseringsrom), fremmøterom og samtalerom. I tillegg skal sprøyteromsordningen ha tilgang til et behandlingsrom.

Ny § 3 skal lyde:

§ 3 Etablering av sprøyteromsordning og krav om godkjenning

Etter godkjenning fra departementet kan kommunen etablere en sprøyteromsordning.

For brukere av sprøyteromsordningen skal sprøyteromsordningen være et supplement til kommunens øvrige helse- og sosialtjenestetilbud.

Ny § 4 skal lyde:

§ 4 Bruk av sprøyteromsordningen

Den som med lovlig adgang til sprøyterommet

- a) injiserer narkotika i et godkjent sprøyterom, eller
- b) besitter en brukerdose narkotika til eget bruk i et godkjent sprøyterom eller tilstøtende *fremmøterom*, samtalerom eller behandlingsrom, kan ikke straffes for dette etter legemiddeloven § 31, jf. § 24 første ledd.

Det er tillatt for personalet i sprøyteromsordningen å gi brukerne individuell og konkret rådgivning i forbindelse med injisering av narkotika i sprøyterommet.

Ny § 5 skal lyde:

§ 5 Behandling av helseopplysninger

En kommune som etablerer en godkjent sprøyteromsordning, kan føre helseregister og behandle helseopplysninger som nevnt i helseregisterloven § 2 nr. 1 i den grad det er nødvendig for å oppfylle reglene gitt i eller i medhold av loven her.

Ny § 6 skal lyde:

§ 6 Avgjørelse om adgang til sprøyterommet

En avgjørelse om adgang til *sprøyterommet* er ikke enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Har politiet mistanke om straffbar besittelse eller bruk av narkotika i *sprøyteromsordningens lokaler eller tilstøtende behandlingsrom*, skal personalet uten hinder av taushetsplikten i helsepersonelloven § 21 og forvaltningsloven §§ 13 til 13 e og på begjæring gi politiet opplysning om hvorvidt en identifisert person er registrert bruker av sprøyterommet eller ikke.

Adgang til *sprøyterommet* er ikke nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 første ledd og pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd annet punktum. Avgjørelse om adgang til *sprøyterommet* kan ikke påklages etter kommunehelsetjenesteloven § 2-4 eller pasientrettighetsloven § 7-2.

Ny § 7 skal lyde:

§ 7 Forholdet til helsepersonelloven

Helsepersonelloven gjelder for personalets yrkesutøvelse i sprøyteromsordningen.

Helsepersonelloven § 4 er ikke til hinder for at helsepersonell kan utføre de oppgaver som etter regler gitt i eller i medhold av loven her er lagt til personalet i sprøyteromsordningen.

Ny § 8 skal lyde:

§ 8 Forskrift

Kongen kan gi nærmere bestemmelser om gjennomføringen av *sprøyteromsordningen*, og kan blant annet bestemme:

- a) hvem *sprøyteromsordningen* skal gjelde for,
- b) ordninger for adgangsregulering,
- c) type og mengde narkotika som straffriheten skal omfatte,
- d) ordninger for kontroll av type og mengde narkotika en person har med seg inn i *sprøyteromsordningens lokaler eller tilstøtende behandlingsrom*,
- e) hvilken adgang politiet skal ha til *sprøyteromsordningens lokaler eller tilstøtende behandlingsrom*,
- f) hvilke krav til bemanning av *sprøyteromsordningen* som skal gjelde,
- g) hvordan helseopplysninger i helseregisteret kan behandles, herunder hvilke, opplysninger som kan behandles og formålet med *behandlingen*,

- h) *at* reglene i helsepersonelloven §§ 39 og 40 helt eller delvis ikke skal gjelde for helsepersonell som yter helsehjelp i sprøyteromsordningen.

Ny § 9 skal lyde:

§ 9 Ikrafttredelse

Denne lov trer i kraft fra den tid Kongen *bestemmer*.

II

I lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene gjøres følgende endringer:

§ 1-3 fjerde ledd annet, tredje og nytt fjerde punktum skal lyde:

Sprøyteromsordninger som er etablert i medhold av lov 2. juli 2004 nr. 64 om *ordning* med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) er å anse som en kommunehelsetjeneste. Det er opp til den enkelte kommune å avgjøre om den ønsker å etablere en *sprøyteromsordning*. Kommunen kan ikke inngå avtale med private om drift av *sprøyteromsordning*.

III

Denne lov trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.



Tryk A/S O. Fredr. Anesen, April 2009