



Rus og menneskerettigheter



Innhold

Sammendrag	3
1. Innledning	7
1.1 Rapportens tema, formål og oppbygning	7
1.2 Rapportens tilblivelsesprosess	10
2. Menneskerettigheter på rusfeltet – et overblikk	12
2.1 Relevante menneskerettslige forpliktelser på rusfeltet	12
2.2 Hovedlinjer i internasjonal og norsk ruspolitikk	14
2.3 Internasjonale anbefalinger på rusfeltet	15
2.4 Aktuelle menneskerettslige problemstillinger på rusfeltet i Norge	17
3. Straff	19
3.1 Avkriminalisering av brukerdoser	19
3.2 Politiets tvangsmiddelbruk og etterforskning av mindre narkotikasaker	30
4. Hjelp	36
4.1 Beskyttelsestiltak overfor voldsutsatte i aktiv rus	36
4.2 Kontrolltiltak i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	42
4.3 Behandlingstilbudet til voksne med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser	50
4.4 Hjelpetilbudet til barn som bruker rusmidler	55
5. Et bedre diskrimineringsvern	70
5.1 Behovet for et diskrimineringsvern	70
5.2 Det menneskerettslige diskrimineringsvernet	71
5.3 Diskrimineringsvernet i norsk rett	72
5.4 Oppsummering	73
Litteraturliste	75

Sammendrag

Personer som bruker ulovlige rusmidler har de samme menneskerettighetene som alle andre. Likevel er dette en gruppe som i praksis ofte opplever å få rettighetene sine satt under press. I 2020 døde 324 mennesker av overdose i Norge, det høyeste tallet på 20 år. I 2021 var antallet 241. Personer med alvorlige psykiske og rusrelaterte lidelser lever rundt 15 år kortere enn befolkningen ellers.

Formålet med denne rapporten er å skape større bevissthet om statens menneskerettslige forpliktelser på rusfeltet, og hvor godt de er ivaretatt. Det er mye som fungerer på rusfeltet i dag, og mange får hjelpen de trenger. Samtidig finnes det også en rekke menneskerettslige utfordringer, noe denne rapporten illustrerer.

Rapporten handler om alle brukere av ulovlige rusmidler, fra rekreasjonelle brukere til de med alvorlig avhengighet. Rusbruk har store samfunnsmessige kostnader, og kan være skadelig for både brukeren selv og deres nærstående. Både internasjonal og nasjonal ruspolitikk har historisk vært preget av kontrolltiltak, og straff har lenge vært samfunnets primære reaksjon på rusbruk. Samtidig bærer samfunnsutviklingen preg av en dreining fra fokus på straff til en mer helseorientert tilnærming.

I rapporten vurderes enkelte menneskerettslige problemstillinger innenfor tre områder:

1. Bruk av straff
2. Rusbrukeres hjelpetilbud
3. Diskrimineringsvern

Rettigheter som aktualiseres er blant annet retten til privatliv, retten til helse, barns rettigheter etter barnekonvensjonen, statens sikringsplikt til å beskytte voldsutsatte og

diskrimineringsvernet. Flere av utfordringene som tas opp i rapporten er alvorlige, og bør følges opp av myndighetene.

Avkriminalisering av befatning med mindre mengder narkotika til eget bruk

Det eksisterer ikke en menneskerettslig plikt til å avkriminalisere befatning med mindre mengder narkotika til eget bruk. Hvilke løsninger som velges vil derfor være et politisk spørsmål. En rekke internasjonale organer anbefaler avkriminalisering, blant annet for å bedre realisere retten til helse og barns rettigheter. Avkriminalisering er neppe i strid med folkerettslige forpliktelser, såfremt statene har alternative tiltak for å beskytte mot skadelig og problematisk rusbruk, særlig overfor barn.

NIM anbefaler:

Myndighetene må gjennomføre grundige menneskerettslige vurderinger når det tas stilling til spørsmål omkring avkriminalisering, og menneskerettslige hensyn bør tillegges vekt.

Politiets tvangsmiddelbruk i mindre alvorlige narkotikasaker

En undersøkelse fra Riksadvokaten avdekket våren 2022 mange tilfeller av tvangsmiddelbruk i mindre alvorlige narkotikasaker i strid med straffeprosessuelle krav. Dette er alvorlig. Tvangsmidler i strid med regelverket krenker retten til privatliv etter Den europeiske

menneskerettskonvensjonen (EMK) artikkel 8. De som har vært utsatt for mulig urettmessig tvangsmiddelbruk, må derfor ha en praktisk måte å få prøvet lovligheten av inngrepet på.

NIM anbefaler:

Myndighetene må sikre at all tvangsmiddelbruk utøves innenfor rammene av EMK artikkel 8, og at eventuelle brudd kan repareres etter EMK artikkel 13.

Beskyttelsestiltak overfor personer i aktiv rus

Staten har en rekke menneskerettslige forpliktelser til å forebygge, avverge og beskytte personer mot vold og overgrep. Sikringsplikten er særlig sterk overfor sårbare personer. Personer i aktiv rus utsettes i større grad enn andre for vold og overgrep. Mye tyder på at dagens tilbud til voldsutsatte i aktiv rus ikke fullt ut ivaretar ulike menneskerettsforpliktelser, blant annet etter Istanbulkonvensjonen. Rusbrukere mangler et reelt krisesentertilbud mange steder i landet, og mye tyder på at det generelle hjelpetilbudet til gruppen er svakt.

NIM anbefaler:

Myndighetene bør utrede hvordan hjelpetilbudet til voldsutsatte i aktiv rus kan styrkes, og sikre gruppen reell tilgang til et godt krisesentertilbud over hele landet.

Kontrolltiltak i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er en livreddende behandling for mange personer med opioidavhengighet. En studie viser at LAR sparer rundt 100 menneskeliv årlig i Norge, og behandlingen kan gi vesentlig økt livskvalitet. For å motta behandlingen må man imidlertid samtykke til visse kontrollvilkår som urinprøver og jevnlig oppmøte for utlevering av legemidler.

Kontrolltiltak kan begrense den enkeltes mulighet til livsutfoldelse. Disse kan derfor tenkes å utgjøre inngrep i retten til privatliv etter EMK artikkel 8. Dersom tiltakene utgjør et inngrep, må tiltakene være egnet til å oppnå formålet og ikke være uforholdsmessig byrdefulle. Det mangler god empirisk kunnskap om effekten av kontrolltiltakene, sammenlignet med andre mindre inngripende tiltak. Det har over lengre tid også vært store regionale forskjeller i praktiseringen av kontrolltiltakene. Kildegrunnlaget tyder også på at mange personer som har vært lenge i LAR og er godt rehabilitert, har gjennomgått til dels strenge kontrollvilkår. Nye retningslinjer i LAR reflekterer i større grad at det skal foretas individuelle vurderinger når kontrollvilkår fastsettes. Dette kan bedre ivareta menneskerettslige krav til forholdsmessighet. Hvordan de nye retningslinjene gjennomføres i praksis, er enda ikke kjent. Dersom praksisen med store regionale forskjeller og varierende grad av individuelle vurderinger fortsetter, vil dette kunne utfordre retten til privatliv. Det er derfor viktig at alle behandlere i LAR etterlever de nye retningslinjene, og at det gjøres konkrete individuelle vurderinger.

NIM anbefaler:

Myndighetene bør iverksette tiltak som sikrer at regelverket for LAR gjennomføres og praktiseres likt over hele landet, og vurdere om enkelte vurderingstemaer bør løftes fra retningslinjen til LAR-forskriften.

Behandlingstilbudet til voksne med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser (ROP-lidelser)

Retten til høyest oppnåelige helsestandard i FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12 forutsetter at man har tilgang på et kvalitativt godt helsetilbud i likhet med alle andre. Personer med alvorlige psykiske og rusrelaterte lidelser lever rundt 15 år kortere enn

befolkningen ellers. Somatisk sykdom er den viktigste årsaken til tapte leveår. Samtidig viser en rekke studier at personer med ROP-lidelser mottar et dårligere somatisk helsetilbud enn resten av befolkningen. Et tilsyn fra 2017–2018 tyder også på at tjenestene til personer med ROP-lidelser ofte er preget av mangelfull styring, lite samordnede tjenester og for dårlig kvalitet, både i tjenestene hos kommunen og i spesialisthelsetjenesten. I tillegg har mange voksne med ROP-lidelser ikke en tilfredsstillende boligsituasjon. Det eksisterer også lite oppdatert og systematisk kunnskap om hjelpeapparatets rolle i forebygging og håndtering av narkotikautløste dødsfall. Kunnskapsgrunnlaget indikerer likevel at flere som dør av overdoser ikke nås gjennom eksisterende tiltak, og at hjelpeapparatet ofte er fragmentert og lite sammenhengende. Dette utfordrer kravet til kvalitativt gode helsetjenester slik retten til høyest oppnåelige helsestandard krever.

NIM anbefaler:

Myndighetene bør styrke helsetilbudet til personer med ROP-lidelser, herunder sikre tilstrekkelig tilgang til somatisk og psykisk helsehjelp, samt styrke gruppens boligtilbud.

Hjelpetilbudet til barn som bruker rusmidler

Barnekonvensjonen artikkel 33 innebærer en plikt til å iverksette tiltak for å beskytte barn mot narkotika. Det vil si at staten har en plikt til å forebygge bruk av illegale rusmidler, samt en plikt til å gi adekvat behandling og skadereduserende tjenester til barn som skades av bruk av illegale rusmidler. Det er et krav at tiltakene må være effektive, med andre ord at tiltakene må være egnet til å oppnå formålet.

NIM har undersøkt tre ulike problemstillinger knyttet til hjelpetilbudet til barn som bruker rusmidler. Gjennomgangen viser at deler av

forebyggings- og behandlingstilbudet til barn på rusfeltet bør styrkes:

Rusprøver av ungdom/ruskontrakter for ungdom

Ungdom kan underlegges rusprøver for å kontrollere rusfrihet enten som del av en straffereaksjon, eller som del av en frivillig ruskontrakt. Likevel mangler det dokumentasjon på at slike tiltak har effekt, og derfor er det uvisst om disse er egnede virkemidler etter barnekonvensjonen artikkel 33. Det mangler også regler som sikrer at samtykke til frivillige ruskontrakter blir innhentet uten press og med god nok informasjon om mulige konsekvenser ved positiv rusprøve.

NIM anbefaler:

Myndighetene bør utrede om rusprøver, enten som del av frivillig ruskontrakt eller som vilkår for påtaleunntatelse, har ønsket effekt. Dersom frivillige ruskontrakter skal benyttes, bør det utredes om de må ha hjemmel i lov.

Behandlingstilbudet til barn med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser

Retten til helse etter barnekonvensjonen artikkel 24 samt statens forpliktelser etter artikkel 33, forutsetter at barn har tilgang på et kvalitativt godt helsetilbud. Kunnskapsgrunnlaget viser at de ofte står uten et reelt behandlingstilbud, og i flere tilfeller gis behandling beregnet på voksne. Både i kommunesektoren og i spesialisthelsetjenesten mangler det både kompetanse og ressurser. Samlet sett utfordrer dette barns rettigheter etter barnekonvensjon artikkel 24 og 33.

NIM anbefaler:

Myndighetene må sikre et reelt behandlingstilbud til barn og unge med samtidige psykiske lidelser og rusproblemer, slik det følger av barnekonvensjonen.

Hjelpetilbudet til barn på

barnevernsinstitusjoner som bruker rusmidler

Barn som bor på barnevernsinstitusjon og som i ulik grad bruker rusmidler, har etter barnekonvensjonen krav på et kvalitativt godt hjelpetilbud. I løpet av 2021 var totalt 1476 barn og unge plassert på barnevernsinstitusjon i Norge. Av disse er i underkant av 400 barn plassert på institusjon på grunn av atferdsproblemer etter barnevernloven §§ 4-24 og 4-26, hvorav noe over 140 på grunn av alvorlig eller vedvarende rusbruk. Gjennomgangen av kunnskapsgrunnlaget viser for det første at det er en risiko for at det ikke alltid fanges opp i hvilken grad barnet har rusvaner ved plassering på barnevernsinstitusjon. Riktig valg av barnevernsinstitusjon er sentralt for å sikre at tilbudet i og utenfor institusjonen er godt nok tilpasset barnets behov. Feilplassering kan ha alvorlige konsekvenser for barna det gjelder. For det andre viser kunnskapsgrunnlaget at hjelpetilbudet til barn med rusproblemer, mens det bor på institusjon, har svakheter. Flere rapporter peker på at det mangler kompetanse på rusproblematikk ved mange barnevernsinstitusjoner, og at barn med rusproblemer ikke alltid får den hjelpen de trenger mens de er på institusjon, herunder adekvat helsehjelp. Samlet sett utfordrer dette barns rettigheter etter EMK og barnekonvensjonen artikkel 24 og 33.

NIM anbefaler:

Myndighetene må sikre at barn med rusproblemer som oppholder seg på en barnevernsinstitusjon får et forsvarlig hjelpetilbud, herunder helsetjenester, slik det følger av barnekonvensjonen.

Et bedre diskrimineringsvern

Personer som bruker rus er en stigmatisert, og til tider marginalisert, gruppe. Det finnes lite dokumentasjon på stigmatisering, forskjellsbehandling og diskriminering av rusbrukere i Norge. Likevel er det mye som tyder på at personer som bruker ulovlige rusmidler møter forskjellsbehandling innenfor en rekke ulike samfunnsområder. Rusbrukere har et visst vern mot diskriminering i lovverket, men det kan spørres om beskyttelsen favner om alle som bør ha et diskrimineringsvern.

NIM anbefaler:

Myndighetene bør utrede hvilket faktisk og rettslig behov det er for et diskrimineringsvern for personer som bruker rus, og om det bør gjøres endringer i lovgivning og praksis for å bedre ivareta denne gruppens menneskerettslige vern mot diskriminering.

Samfunnet er i en brytningstid når det gjelder synet på mennesker som bruker ulovlige rusmidler, og hvordan disse skal behandles. Det har over tid foregått en positiv utvikling på mange områder. Dette gjelder eksempelvis politiets bruk av tvangsmidler for å avdekke befatning med rusmidler til eget bruk, økt tilgang til skadereduserende tiltak, og bedre vilkår for personer som mottar legemiddelassistert rehabilitering (LAR). At vi er i en brytningstid betyr også at selv om NIM i denne rapporten forsøker å gi et så oppdatert bilde som mulig, vil det sannsynligvis også skje endringer etter at rapporten lanseres.

1. Innledning

” En rusmisbruker vil alltid prøve å manipulere alle rundt seg til enhver tid.

Dette sitatet er hentet fra et undervisningsopplegg ved en somatisk klinikk på et større norsk sykehus.¹ Sitatet harmonerer med en gjennomgående tilbakemelding NIM har fått fra sivilsamfunnet i utarbeidelsen av denne rapporten: Rusbrukere opplever at de blir stigmatisert og forskjellsbehandlet på en rekke samfunnsområder i Norge. Eksempler på negative holdninger er at avhengighet er ens egen skyld, eller at alle rusbrukere er farlige, ikke til å stole på og ikke vet sitt eget beste.

1.1 Rapportens tema, formål og oppbygning

Menneskerettighetene har som grunnleggende funksjon å ivareta den menneskelige verdighet og sikre like rettigheter for alle.² I realiteten opplever likevel enkelte grupper å være mer utsatt for å få sine rettigheter satt under press. Personer som bruker ulovlige rusmidler er en slik gruppe. Personer med alvorlige psykiske og rusrelaterte lidelser lever rundt 15 år kortere enn befolkningen ellers.³ Totalt døde 241 personer av narkotikautløste dødsfall i Norge i 2021.⁴ Dette er alvorlige tall, som gir grunn til bekymring.

Samtidig er samfunnet i en brytningstid når det gjelder synet på mennesker som bruker ulovlige

rusmidler, og hvordan disse skal behandles. Som det kommer frem i denne rapporten, foregår det positiv utvikling på mange ulike områder. Dette gjelder eksempelvis politiets bruk av tvangsmidler for å avdekke befatning med rusmidler til eget bruk, økt tilgang til skadereduserende tiltak, og bedre vilkår for personer som mottar legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Den forrige regjeringens opptrappingsplan på rusfeltet er et eksempel på den oppmerksomhet og innsats dette feltet er gjenstand for.⁵ Også Støre-regjeringen har i Hurdalsplattformen flere politiske målsetninger knyttet til rusbrukeres levkår og rettigheter, og Stortinget har vedtatt flere anmodningsvedtak som er relevante for ulike temaer som er omtalt

* Denne rapporten er skrevet av NIMs seniorrådgiver Stine Langlete, rådgiver Eivind Digranes og rådgiver Mathilde Wilhelmsen.

¹ NIM har vært i kontakt med det aktuelle sykehuset, som har bekreftet at sitatet er korrekt. Undervisningsopplegget ble endret i 2020.

² Se f.eks. *FNs Verdenserklæring om menneskerettigheter* (Menneskerettighetserklæringen), FN-dokument A/810, 10. des. 1948, art. 1 og 2 samt erklæringens fortale.

³ Høye, Anne og Lars Lien, «Somatisk sykdom og levevaner» i *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak: Integrert behandling av rus og psykiske lidelser*, Lars Lien & Tore Willy Lie, red., 1. utg. (Bergen: Fagbokforlaget, 2022). s. 135.

⁴ Folkehelseinstituttet (FHI), *Narkotika i Norge*, «Narkotikautløste dødsfall 2021» (2022). I 2020 var antallet overdoser 324, det høyeste tallet på 20 år. Ifølge FHI er det en rekke mulige forklaringer på overdosestatistikken. Høy styrkegrad av heroin trekkes bl.a. frem som en mulig forklaringsfaktor i både 2020 og 2021. FHI peker også på restriksjoner og nedstenginger under Covid-19-pandemien som en sannsynlig medvirkende årsak til de høye tallene i 2020.

⁵ Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020).

i denne rapporten.⁶ At samfunnet er i en brytningstid betyr også at selv om NIM i denne rapporten forsøker å gi et så oppdatert bilde som mulig, vil det sannsynligvis også skje endringer etter at rapporten lanseres.

Med denne rapporten ønsker NIM å skape større bevissthet om statens menneskerettslige forpliktelser på rusfeltet, og hvor godt de er ivaretatt. Det er mye som fungerer godt på rusfeltet i dag, og mange får hjelpen de trenger. Samtidig finnes det også en rekke menneskerettslige utfordringer, noe denne rapporten illustrerer. Rapporten er problemorientert, og fokuserer på hva som kan bli bedre fra et menneskerettslig perspektiv. På denne måten håper NIM å bidra til en positiv utvikling i oppfyllelsen av rusbrukeres menneskerettigheter i Norge. I rapporten identifiseres noen sentrale menneskerettslige utfordringer. Samtidig er det viktig å understreke at rapporten kun løfter frem et begrenset utvalg problemstillinger, og ikke er ment som en oversikt over alle rusrelaterte temaer som har en side til

menneskerettighetene.⁷ Flere av utfordringene som tas opp i rapporten er alvorlige, og bør følges opp av myndighetene. I denne rapporten ønsker NIM også å skissere myndighetens handlingsrom og begrensninger slik at myndighetene kan begrense risikoen for menneskerettsbrudd og sørge for god oppfyllelse av menneskerettighetene.

Personer som bruker ulovlige rusmidler er en mangfoldig gruppe med ulikt bruksmønster. En vanlig inndeling er å skille mellom *eksperimentbrukere*, *rekreasjonsbrukere* og *problembrukere*.⁸ Denne rapporten omhandler brukere av ulovlige rusmidler generelt, uavhengig av helsetilstand og omfang av rusbruken. Enkelte av problemstillingene dreier seg i stor grad om rekreasjonsbrukere, og andre om personer som har et problematisk eller avhengighetspreget forhold til rusmidler. Noen temaer omhandler en kombinasjon av gruppene. Rapporten avgrenser i utgangspunktet mot lovlige rusmidler, men enkelte av problemstillingene vil også kunne gjelde for problembrukere av alkohol, eller



241: antall narkotikautløste dødsfall i Norge i 2021

⁶ Støre-regjeringen har bl.a. varslet at den vil «[g]jennomføre en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet, som styrker kommunenes forebyggende tilbud og et integrert ettervern.», se Hurdalsplattformen 2021–2025 s. 63. Et annet eksempel er et anmodningsvedtak fra Stortinget om å styrke krisesentertilbudet til personer i aktiv rus, se Innst. 578 S (2020–2021), Vedtak 1124. Slike målsetninger og vedtak om fremtidige tiltak omtales i all hovedsak ikke videre i denne rapporten.

⁷ Utvalget av temaer er basert på NIMs egen prioriteringsmetodikk, se kap. 1.2.

⁸ Akkurat hvor skillet mellom disse gruppene går er vanskelig å definere tydelig, og det vil ofte være glidende overganger mellom de ulike inndelingene. I NOU 2019: 26 *Rusreform – fra straff til hjelp* s. 72 defineres eksperimentbrukere som «de som bruker/har brukt narkotika én eller noen få ganger og så slutter/har sluttet», rekreasjonsbrukere som «de som bruker/har brukt narkotika mer eller mindre jevnlig, men uten at det nødvendigvis fører/har ført til nevneverdige problemer», og problembrukere som «de som bruker/har brukt narkotika i et omfang som fører til helsemessige, sosiale og/eller økonomiske problemer».

problembrukere av lovlig foreskrevne medikamenter med ruseffekt.⁹

Det er godt dokumentert at problematisk bruk av både alkohol og flere ulovlige rusmidler er knyttet til en rekke helsemessige og sosiale skadevirkninger, som blant annet narkotikautløste dødsfall (overdoser), akutte skader, somatisk sykdom, psykiske lidelser, vold, kriminalitet og trafikkuulykker som følge av kjøring i påvirket tilstand.¹⁰ Samtidig varierer skadene etter hvilket rusmiddel det er snakk om, og hvordan det brukes. For eksempel er det stor forskjell på konsekvensene av moderat bruk av cannabis og langvarig bruk av tyngre rusmidler.¹¹ Denne rapporten dreier seg om menneskerettslige sider ved samfunnets reaksjoner på narkotikabruk. Dette inkluderer også hvilke tiltak som iverksettes for å forebygge og redusere skadevirkningene knyttet til problematisk og skadelig rusbruk.

I kapittel 2 gis et overblikk over menneskerettigheter på rusfeltet som Norge er bundet av. Kapitlet inneholder en oversikt over relevante menneskerettslige forpliktelser, beskriver hovedlinjer i internasjonal og norsk ruspolitikk, gir en gjennomgang av internasjonale anbefalinger på rusfeltet, og omtaler enkelte aktuelle problemstillinger som kan ha en side til menneskerettighetene.

I kapittel 3 gjennomgås de menneskerettslige sidene ved to sentrale temaer som har sitt utspring i at narkotika bekjempes med straff, nemlig avkriminalisering av befatning med narkotika til eget bruk, og politiets tvangsmiddelbruk mot rusbrukere.

Rusmiddelbruk i Norge

Det er vanskelig å anslå hvor stor andel av befolkningen som bruker illegale rusmidler, og akkurat hvor skillett mellom bruk og problembruk går. Dagens kunnskapsgrunnlag viser at:

- Cannabis og sentralstimulerende stoffer er de mest brukte illegale rusmidlene i Norge.
- Én av fire nordmenn oppgir at de har brukt cannabis, og rundt 5 % i løpet av de siste 12 månedene.
- Mellom 4 og 6 % sier de har brukt de sentralstimulerende stoffene kokain, amfetaminer og ecstasy/MDMA, og rundt 1 % de siste 12 månedene.
- Antallet problembrukere er særlig vanskelig å anslå. Høyrisikobruk av cannabis omfatter anslagsvis rundt 13 800 personer, og sprøytebrukere er beregnet til ca. 8 500 personer.
- Anslagsvis 13 000 personer har et høyt forbruk av angst- og sovemedisiner, og ca. 60 000 personer kan defineres som vedvarende opioidbrukere.
- Til sammenligning finnes det anslagsvis mellom 175 000–350 000 mennesker med alkoholbrukslidelser. Én av tre nordmenn drikker alkohol ukentlig eller oftere, og rundt 80 % har drukket alkohol minst én gang i løpet av det siste året.

Kilder: Folkehelseinstituttets rapporter Narkotika i Norge, Folkehelse rapporten, og Alkohol i Norge (2022).

I kapittel 4 vurderes et utvalg problemstillinger knyttet til hjelp: beskyttelsestiltak overfor voldsutsatte i aktiv rus, kontrolltiltak i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), behandlingstilbudet til voksne med samtidige

⁹ Forskning viser eksempelvis at andelen overdosedødsfall som knyttes til smertestillende medikamenter øker, se nærmere om dette i kap. 4.3.3.

¹⁰ FHI, *Narkotika i Norge*, «Skader og problemer knyttet til narkotikabruk» og FHI, *Folkehelse rapporten*, «Rusmiddel lidelser i Norge» (2022).

¹¹ FHI, *Narkotika i Norge* og FHI, *Folkehelse rapporten*.

rusproblemer og psykiske lidelser, samt hjelpetilbudet til barn som bruker rusmidler.

I kapittel 5 gjennomgås problemstillinger knyttet til rusbrukeres diskrimineringsvern, ettersom arbeidet med rapporten har identifisert stigmatisering og forskjellsbehandling som sentrale utfordringer.

NIM baserer sine konklusjoner og anbefalinger på juridiske analyser av menneskerettighetene.¹²

1.2 Rapportens tilblivelsesprosess

Denne rapporten er utarbeidet med utgangspunkt i et bredt tilfang av rettslige og faktiske kilder. Generelle søk om rusbruk er gjennomført i NIMs kildeoversikt for perioden 2017-2022.¹³ I tillegg er det gjennomført spesifikke kildesøk om ulike problemstillinger knyttet til rusbrukere blant relevante forskningsinstitusjoner, myndighetsorganer, sivilsamfunnet, ombud og tilsyn, media og internasjonale aktører. NIM har også fått tilgang

til flere kilder ved direkte kontakt med en rekke aktører på rusfeltet.

I løpet av prosjektperioden har det blitt gjennomført en rekke innspillmøter med relevante bruker- og interesseorganisasjoner, myndighetsaktører og ombud,¹⁴ samt flere forskere og fagpersoner.¹⁵ Formålet med møtene var å få innspill til hvilke temaer som burde omtales i rapporten og innhente ytterligere kunnskap og kilder.

Rapporten baserer seg på en gjennomgang av rettslige kilder og juridiske analyser av de ulike problemstillingene. For å sørge for kvalitetssikring av rapportens innhold, ble det nedsatt en ekstern referansegruppe som ga innspill på rapportutkastene.¹⁶ I tillegg ble et endelig rapportutkast sendt til faktasjekk hos Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, og Helsedirektoratet. Deler av rapporten ble også sendt til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Rapporten, slik den

¹² For en nærmere innføring i hvordan man tolker menneskerettslige og folkerettslige konvensjoner, og hvordan de gjennomføres i norsk rett, se NIMs rapport *Inkorporering av CRPD i norsk rett* (2022), NIMs rapport *Menneskerettslig vern mot inngrep i samiske bruksområder* (2022) og NIMs rapport *Klima og menneskerettigheter* (2020).

¹³ NIMs kildeoversikt er en løpende sammensetning av rettslige og faktiske kilder som kan si noe om menneskerettighetssituasjonen i Norge. Oversikten baserer seg på en overvåkningsmetodikk som er bredt anlagt og ment å dekke alle menneskerettigheter. Kilder som inngår i overvåkingen er blant annet ny lovgivning, nye konvensjonsforpliktelser, rettspraksis, uttalelser fra ulike ombud, uttalelser fra internasjonale overvåkningsorganer og et stort omfang forskningsmateriale, rapporter, faktiske utredninger o.l.

¹⁴ NIM har hatt møte med de følgende aktørene i forbindelse med utarbeidelsen av rapporten: Actis – rusfeltets samarbeidsorgan, Barneombudet, Blå Kors, Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon, Foreningen for human narkotikapolitikk, Forandringsfabrikken, Foreningen Tryggere Ruspolitikk, Gatejuristen, Helsedirektoratet, Juridisk rådgivning for kvinner, Kirkens bymisjon, Krisesentersekretariatet, Likestillings- og diskrimineringsombudet, Organisasjonen mot offentlig diskriminering, Prindsen mottakssenter i Oslo kommune, proLAR Nett, Prosenderet, RIO, Preventio og SON – Straffedes organisasjon i Norge.

¹⁵ NIM har hatt møter med de følgende enkeltpersonene: Statsadvokat hos Riksadvokaten Alf Butenschøn Skre, forsker ved Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) Anne Bukten, professor i psykologi Fanny Duckert, lege Gabrielle Welle-Strand, jurist og professor ved Universitetet i Bergen Hans Fredrik Marthinussen, lege og psykiater Lars Lien, førsteamanuensis ved Universitetet i Sørøst-Norge Moses Deyegbe Kuvoame, seniorforsker ved Frischsenteret Ole Røgeberg, lege og jurist Synne Bernhardt, lege og leder for SERAF Thomas Clausen, og professor ved Universitetet i Oslo Willy Pedersen.

¹⁶ Referansegruppen bestod av rådgiver hos Fagrådet Torhild Kielland, lege og psykiater Lars Lien, leder for Foreningen for human narkotikapolitikk Arild Knutsen, statsadvokat hos Riksadvokaten Alf Butenschøn Skre og fagleder hos Gatejuristen Jørgen Markus Jørgensen.

foreligger, er imidlertid i sin helhet NIMs ansvar og arbeid.

Utvelgelsen av rapportens temaer har blitt gjort med utgangspunkt i NIMs prioriteringskriterier, som er organisasjonens metodikk for prioritering av saker og saksfelt. Blant annet har de følgende momentene blitt vektlagt i utvelgelsen av tematikk: menneskerettslig relevans, alvorlighetsgrad, omfang,

representativitet av saker og overlapp med andre aktører. Kriteriene tar utgangspunkt i at NIMs mandat er å fremme og beskytte menneskerettighetene i Norge i tråd med nasjonal og internasjonal lovgivning.¹⁷ Det primære spørsmålet vil derfor alltid være hvorvidt en sak berører menneskerettslige spørsmål. Ikke alle saker som oppleves som dypt problematiske for enkeltmennesker, er menneskerettighetsspørsmål.

¹⁷ NIM-loven § 1.

2. Meneskerettigheter på rusfeltet – et overblikk

I denne rapporten omtales en rekke menneskerettslige spørsmål knyttet til rusfeltet. Her gis en oversikt over noen av de mest relevante menneskerettslige bestemmelsene. I tillegg gis en oversikt over enkelte overordnede menneskerettslige utviklingstrekk på rusfeltet, internasjonalt og i Norge.

2.1 Relevante menneskerettslige forpliktelser på rusfeltet

En rekke menneskerettslige forpliktelser er særlig relevante på rusfeltet. Her gis en oversikt over de viktigste, som vil utdypes nærmere i rapportens øvrige kapitler:

- Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) artikkel 3: «Ingen må bli utsatt for tortur eller for umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.»¹⁸
- EMK artikkel 5: «Enhver har rett til personlig frihet og sikkerhet.» Etter bestemmelsen kan frihetsberøvelse kun skje i visse tilfeller, i samsvar med en framgangsmåte foreskrevet ved lov. I artikkel 5 nr. 2-5 fremgår videre en rekke rettssikkerhetsgarantier for den som er blitt pågrepet eller frihetsberøvet.
- EMK artikkel 8: «Enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse. Det skal ikke skje noe inngrep av offentlig myndighet i utøvelsen av denne rettighet unntatt når dette er i samsvar med loven og er nødvendig i et demokratisk samfunn av hensyn til den nasjonale sikkerhet, offentlige trygghet eller landets økonomiske velferd, for å forebygge uorden eller kriminalitet, for å beskytte helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter og friheter.»
- EMK artikkel 14: «Utøvelsen av de rettigheter og friheter som er fastlagt i denne konvensjon skal bli sikret uten diskriminering på noe grunnlag slik som kjønn, rase, farge, språk, religion, politisk eller annen oppfatning, nasjonal eller sosial opprinnelse, tilknytning til en nasjonal minoritet, eiendom, fødsel eller annen status.»
- EMK artikkel 13: «Enhver hvis rettigheter og friheter fastlagt i denne konvensjon blir krenket, skal ha en effektiv prøvningsrett ved en nasjonal myndighet [...].»
- Barnekonvensjonen artikkel 3: «Ved alle handlinger som berører barn, enten de foretas av offentlige eller private velferdsorganisasjoner, domstoler, administrative myndigheter eller lovgivende organer, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn.»¹⁹
- Barnekonvensjonen artikkel 12: «Partene skal garantere et barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, retten til fritt å gi uttrykk for disse synspunkter i alle forhold

¹⁸ Konvensjon om beskyttelse av menneskerettighetene og de grunnleggende friheter, CETS 005 (04.11.1950, trådte i kraft 03.09.1953).

¹⁹ Barnekonvensjonen, 1577 UNTS 3 (20.11.1989, trådte i kraft 02.09.1990).

som vedrører barnet, og tillegge barnets synspunkter behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet.»

- Barnekonvensjonen artikkel 33: «Partene skal treffe alle egnede tiltak, herunder lovgivningsmessige, administrative, sosiale og undervisningsmessige tiltak, for å beskytte barnet mot ulovlig bruk av narkotiske eller psykotrope stoffer, slik disse er definert i de relevante internasjonale traktater, og for å hindre at barn blir brukt i ulovlig produksjon og handel med slike stoffer.»
- FNs internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 2: «Konvensjonspartene forplikter seg til å garantere at de rettigheter som anerkjennes i konvensjonen, blir utøvet uten forskjellsbehandling av noe slag på grunn av rase, hudfarge, kjønn, språk, religion, politisk eller annen oppfatning, nasjonal eller sosial opprinnelse, eiendom, fødsel eller status for øvrig.»²⁰
- ØSK artikkel 12: «Konvensjonspartene anerkjenner retten for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk.»
- Europarådets konvensjon om forebygging og bekjempelse av vold mot kvinner og vold i nære relasjoner (Istanbulkonvensjonen) inneholder en rekke forpliktelser om statens sikringsplikt overfor voldsutsatte.²¹

Norge er folkerettslig bundet av disse konvensjonene. Norsk rett og internasjonal rett (som menneskerettighetene) er i

utgangspunktet to ulike og adskilte rettssystemer. For at internasjonale regler skal få virkning i norsk nasjonal rett, må de innarbeides særskilt.²² Dette er gjort på ulike måter i norsk rett:

- Grunnloven har et eget kapittel om menneskerettigheter, herunder forbud mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling i § 93, forbud mot usaklig eller uforholdsmessig forskjellsbehandling i § 98, retten til privatliv i § 102 samt hensynet til barnets beste og barns rett til medvirkning i § 104. Bestemmelsene har tilsvarende innhold som de internasjonale menneskerettighetene.
- Det følger av Grunnloven § 92 at «statens myndigheter» er forpliktet til å følge menneskerettighetene i samsvar med nasjonal og internasjonal rett. Både Stortinget, regjeringen, kommunale og fylkeskommunale myndigheter, andre forvaltningsorganer og domstolene omfattes av uttrykket «statens myndigheter». Grunnloven skal ved motstrid gå foran bestemmelser i annen lovgivning.
- Etter menneskerettsloven § 2 gjelder både EMK, barnekonvensjonen og ØSK som norsk lov.²³ Det følger av menneskerettsloven § 3 at konvensjonene ved motstrid skal gå foran bestemmelser i annen lovgivning. Disse konvensjonene ligger altså trinnmessig under Grunnloven, men over all annen lovgivning.
- For å sikre god implementering av menneskerettighetene, er det viktig at

²⁰ ØSK, 993 UNTS 3 (16.12.1966, trådte i kraft 03.01.1976). Også SP, 999 UNTS 171 (16.09.1966, trådte i kraft 23.03.1976), art. 26 inneholder et diskrimineringsvern. Sistnevnte konvensjon omtales ikke videre i rapporten.

²¹ *Europarådets konvensjon om forebygging og bekjempelse av vold mot kvinner og vold i nære relasjoner*, CETS 210 (11.05.2011, trådte i kraft 01.08.2014).

²² Se fotnote 12.

²³ I tillegg til disse konvensjonene, lister menneskerettsloven § 2 opp to andre konvensjoner som har forrang i norsk rett: SP og *FNs konvensjon om avskaffelse av alle former for diskriminering av kvinner* (Kvinnekonvensjonen), 1249 UNTS 13 (18.03.1980, trådte i kraft 03.09.1981).

lovgivning, forskrifter, retningslinjer eller annet relevant regelverk ivaretar menneskerettslige standarder. Lovverket bør gi personer i førstelinjetjenesten et verktøy som gjør at de er i stand til å treffe menneskerettslig forsvarlige beslutninger.

- Dokumenter fra internasjonale menneskerettighetsorganer har ulik rettslig vekt avhengig av om de er juridisk forpliktende avtaler (kalles ofte «hard law») eller om de er dokumenter som gir ikke-bindende regler og anbefalinger om hvordan menneskerettighetene bedre kan ivaretas (kalles ofte «soft law»).

2.2 Hovedlinjer i internasjonal og norsk ruspolitikk

For å få bedre forståelse for konteksten som problemstillingene i denne rapporten befinner seg innenfor, gis det en kort oversikt over de historiske hovedlinjene i ruspolitikken internasjonalt og i Norge.

Internasjonalt narkotikapolitisk samarbeid har historisk vært preget av kontrolltiltak. FN's tre narkotikakonvensjoner, som krevde kriminalisering av ulike former for befatning med narkotika, sto sentralt siste halvdel av 1900-tallet.²⁴ Det internasjonale samarbeidet var preget av en nullvisjon hvor målet var å oppnå en verden fri for ulovlige rusmidler. For å oppnå dette målet, tok mange land i bruk strenge og repressive virkemidler.²⁵ De senere tiårene har det skjedd en gradvis endring hvor en målsetning om skadereduksjon har utfordret dette paradigmet. I flere land har bruken av strafferettslige virkemidler blitt revurdert, og det har i større grad blitt lagt vekt på å møte narkotikabruk med helsemessige tiltak.

Parallelt med dette har også folkehelseperspektiver og menneskerettslige perspektiver fått større oppmerksomhet. De negative helsemessige konsekvensene av en narkotikapolitikk bygget på kriminalisering og kontroll har etter hvert kommet tydeligere opp på den internasjonale dagsorden, særlig i ulike deler av FN-systemet.²⁶

Også norsk narkotikapolitikk har vært preget av en lignende utvikling.²⁷ Narkotikakontroll i Norge vokste frem i tiårene etter vedtakelsen av opiumsloven i 1913. Fra midten av 1960-tallet til midten av 1980-tallet skjedde det en betydelig skjerping av straffansvaret for de alvorligste narkotikalovbruddene. Særlig i løpet av 1990- og 2000-tallet økte omfanget av narkotikarelaterte straffesaker kraftig. De senere årene har det skjedd en betydelig reduksjon i antall straffesaker, og alternative reaksjoner har fått større oppmerksomhet. Spesielt fra midten av 1980-tallet økte kritikken mot kriminalpolitikken på narkotikafeltet, og ulike offentlige utvalg kom etter hvert med forslag om å endre virkemidler. Parallelt med utviklingen innenfor kriminalpolitikken vokste det også frem en rekke ulike helse- og sosialpolitiske tiltak på rusfeltet. I nyere tid har målet om skadereduksjon og brukervedvirkning blitt mer fremtredende, og en rekke nye ruspolitiske organisasjoner er blitt etablert. I det siste har særlig avkriminalisering av bruk og besittelse av mindre mengder narkotika til eget bruk kommet på dagsorden.

²⁴ Dette har i ettertid endret seg, se gjennomgang i kap. 3.1.2.1.

²⁵ NOU 2019: 26 s. 165–166.

²⁶ Ibid. s. 166–169 og 182–187. Se også kap. 2.3.

²⁷ Dette avsnittet baserer seg på Rusreformutvalgets gjennomgang av norsk narkotikapolitikk. For en full gjennomgang, se NOU 2019: 26 kap. 3 s. 43–71.

2.3 Internasjonale anbefalinger på rusfeltet

De senere årene har en rekke internasjonale organer kommet med anbefalinger på narkotikafeltet.²⁸ Slike uttalelser er ikke rettslig bindende, men både nasjonale og internasjonale domstoler og overvåkningsorganer legger vekt på dem.²⁹ Videre viser de hvilke tiltak som anbefales for å bedre ivareta menneskerettighetene til personer som bruker rusmidler. Uttalelsene nedenfor tar ikke sikte på å presentere et komplett bilde av uttalelser og rapporter, men er et utvalg sentrale internasjonale anbefalinger om menneskerettigheter og rusbruk:

FNs barnekomité (barnekomiteen) oppfordret i 2013 FNs medlemsland til å innta en rettighetsbasert tilnærming til rusmiddelbruk, i sin generelle kommentar om barnekonvensjonens artikkel 24 om barns rett til helse.³⁰ Komiteen anbefalte at skadereduserende tiltak bør innføres for å minimere negative helsevirkninger av rusmiddelbruk. I 2005 anbefalte barnekomiteen også Norge å sikre at barn som bruker narkotiske stoffer behandles som ofre, og ikke som kriminelle, og at de får tilgang til nødvendige bedrings- og reintegreringstjenester.³¹

FNs høykommissær for menneskerettigheter ga i 2015 ut «*Study on the impact of the world*

drug problem on the enjoyment of human rights». ³² Høykommissæren anbefaler blant annet at personer som bruker rus får tilgang til helserelatert informasjon og behandling uten diskriminering, samt at det iverksettes skadereduserende tiltak. I tillegg anbefales det å fjerne barrierer som står i veien for retten til helse, herunder å avkriminalisere personlig bruk og besittelse av narkotika samt å styrke folkehelseiltak. Høykommissæren kommer også med anbefalinger for å styrke rusbrukeres menneskerettigheter på flere andre områder, herunder vilkårlig fengsling, forbudet mot tortur og nedverdiggende behandling, retten til liv, rettfærdig rettergang, etniske minoriteter, barn og urfolk.

I en rapport fra **FNs spesialrapportør for retten til helse** (2016) anbefales statene å «seek alternatives to punitive or repressive drug control policies, including decriminalization and legal regulation and control, and nurture the international debate on these issues, within which the right to health must remain central». ³³ Spesialrapportøren har i en tidligere rapport lagt særlig vekt på at narkotikakontroll, kriminalisering og strafferelaterte tiltak står i veien for realisering av retten til helse.³⁴

Verdens helseorganisasjon (WHO) og **FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC)** utarbeidet i 2018 en rapport som inneholder argumenter for hvorfor behandling er å foretrekke i stedet for domfellelse og straff i

²⁸ Se NOU 2019: 26 s. 182-187.

²⁹ Se fotnote 12.

³⁰ FNs barnekomité, *General Comment No. 15: The right of the child to enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24)*, CRC/C/GC/15 (2013), avsn. 66.

³¹ FNs barnekomité, *Consideration of reports submitted by states parties under article 44 of the convention. Concluding observations: Norway*, CRC/C/15/Add.263 (2005), avsn. 44 (b).

³² FNs høykommissær for menneskerettigheter, *Study on the impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights*, A/HRC/30/65 (2015).

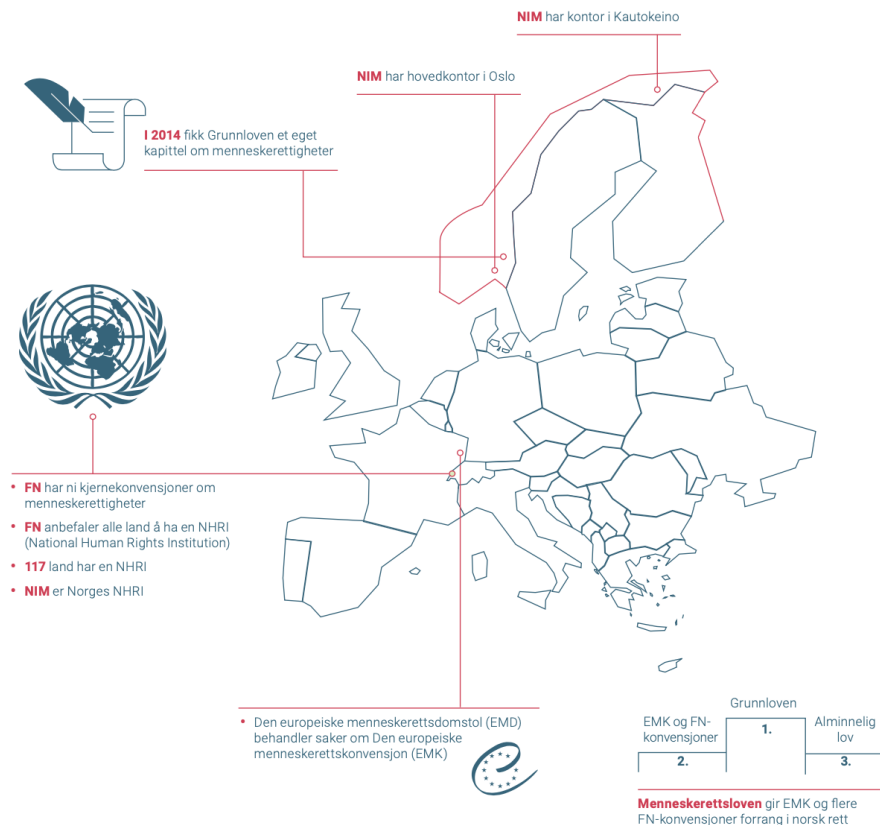
³³ FNs spesialrapportør for retten til helse, *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, A/HRC/32/32 (2016), avsn. 114 bokstav b.

³⁴ FNs spesialrapportør for retten til helse, *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, A/65/255 (2010), avsn. 17–29.

møte med personer med ruslidelser.³⁵ De samme organisasjonene har også utarbeidet internasjonale standarder for forebygging av narkotikabruk, som blant annet vektlegger forebyggende tiltak som har forskningsmessig belegg.³⁶

FNs komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK-komiteen) uttrykte i 2020 bekymring for at Norge fortsatt møter narkotikabruk med straff, fordi det etter komiteens syn kan svekke tilgangen til skadereduserende tiltak og helsetjenester.³⁷ Komiteen anbefalte at Norge avkriminaliserer bruk av narkotika og forbedrer tilgangen til, og

kvaliteten på, skadereduserende tiltak og spesialiserte helsetjenester for personer som bruker narkotika.³⁸ Samlet gir uttalelsene og anbefalingene et klart bilde av et skifte fra et *straffeperspektiv* over til et *hjelpesperspektiv*, og en rettighetsbasert tilnærming til ruspolitikk. Uttalelsene gir samlet sett uttrykk for at avkriminalisering av bruk og besittelse av narkotika og skadereduserende tiltak bidrar til å fremme menneskerettighetene, uten at avkriminalisering er et absolutt krav. Ifølge anbefalingene fremmer slike tiltak særlig retten til helse, barns rettigheter, rettigheter under strafferettspleien og forbudet mot diskriminering.



³⁵ FNs kontor for narkotika og kriminalitet og Verdens Helseorganisasjon, *Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system: Alternatives to conviction or punishment* (2018).

³⁶ FNs kontor for narkotika og kriminalitet og Verdens Helseorganisasjon, *International Standards on Drug Use Prevention*, second updated version (2018), s. 4–5.

³⁷ ØSK-komiteen, *Concluding observations on the sixth periodic report of Norway*, E/C.12/NOR/CO/6 (2020), avsn. 42.

³⁸ *Ibid.*, avsn. 43.

2.4 Aktuelle menneskerettslige problemstillinger på rusfeltet i Norge

De senere årene har en rekke menneskerettslige problemstillinger aktualisert seg på rusfeltet i Norge. NIM har ikke mulighet til å gi en fullstendig oversikt over saker som kan ha en side til menneskerettighetene, men gir her noen eksempler:

Ytringsfrihet og rus

- Etter Grunnloven § 100 og EMK artikkel 10 har enhver rett til å ytre seg fritt uten innblanding fra statlige myndigheter. Inngrep kan kun skje der dette har hjemmel i lov, er egnet til å forfølge et legitimt formål, og er proporsjonalt med formålet inngrepet skal ivareta.
- Ytringer om hvordan ruspolitikken bør innrettes er politiske ytringer som nyter et sterkt vern etter både Grunnloven og EMK.
- Politiske ungdomspartier har opplevd å ikke få fremføre bestemte budskap om ruspolitikk i forbindelse med skoledebatter på videregående skoler. Kunnskaps- og integreringsministeren klagjorde i 2019 at slik nektelse manglet hjemmel, og at budskapene er vernet av ytringsfriheten.
- En annen bekymring flere har rapportert om til NIM i arbeidet med rapporten, er risikoen for å havne i politiets søkelys dersom man ytrer seg om sitt politiske syn på ruspolitikken.

Kilde: *Dokument nr. 15:2204 (2018-2019)*.

Førerkort og bruk av illegale rusmidler

- Fratakelse av førerrett (førerkort) kan etter omstendighetene utgjøre et inngrep i EMK artikkel 8, se *Kholodov v. Ukraina* (64953/14), avsnitt 20. Slike inngrep må ha lovhjemmel, være formålstjenlige og forholdsmessige.
- I HR-2021-2050-A hadde en mann brukt cannabis i små mengder inntil tre ganger per måned og fått tilbakekalt førerkortet grunnet manglende edruelighet, jf. vegtrafikkloven § 34 femte ledd. Høyesterett uttalte at edruelighetsvilkåret må vurderes konkret og det må tas utgangspunkt i om personens bruk av rusmidler gir reell grunn til å frykte at vedkommende vil komme til å kjøre i ruspåvirket tilstand. Bruk inntil tre ganger i måneden ble betraktet som relativt måteholdent.
- Høyesterett understreket at lovligheten av det aktuelle rusmiddelet i seg selv ikke skulle ha betydning for edruelighetsvurderingen, og at tilbakekall ikke kan brukes som et virkemiddel i bekjempelsen av narkotika. Vedtaket om tilbakekall av førerkort ble kjent ugyldig av Høyesterett.

Rusbehandling i fengsel

Over halvparten av innsatte i Norge bruker ulovlige rusmidler. En rapport identifiserte i 2020 flere utfordringer med rusbehandlingstilbudet i fengsel, blant annet at:

- Det er behov for en mer systematisk kartlegging av rusmiddelproblematikk blant domfelte, og at kompetansen på feltet blant ansatte i kriminalomsorgen er til dels svak.
- Tilbudet til innsatte med rusmiddelproblemer som soner i ordinære avdelinger, er relativt begrenset, og det er variasjon i spesialisthelsetjenestens tilstedeværelse i fengslene.
- Det ble påvist relativt store forskjeller i ressursituasjonen ved rusenhetene, og at enkelte enheter i liten grad ble drevet i samsvar med veilederen for rusmestringsenheter.
- Mye tyder på at kvinner ikke har et likeverdig rusbehandlingstilbud som menn. Dette indikeres også av en rekke andre rapporter, blant annet fra Likestillings- og diskrimineringsombudet, JURK og Sivilombudet.
- Selv om offentlige myndigheter har igangsatt ulike tiltak som oppfølging av rapporten, er det viktig at myndighetene fortsetter å ha oppmerksomhet om rusbehandling i fengsel. Funnene gir grunn til bekymring for innsattes menneskerettslige situasjon.

Kilde: Oslo Economics og Tyrilistiftelsen, *Vurdering av det samlede tilbudet under straffegjennomføring for personer med rusmiddelproblematikk*.

Skadereduserende tiltak

- De siste tiårene har det blitt etablert flere tiltak som er ment å redusere skadene knyttet til illegale rusmidler.
- Utdeling av rent brukerutstyr, slik som sprøyter, var et av de første skadereduserende tiltakene som ble iverksatt. I 2005 ble det etablert sprøyterom i Oslo for å forebygge overdoser, og i 2016 ble et tilsvarende tilbud opprettet i Bergen.
- LAR ble i 1997 et landsdekkende tilbud etter å ha startet som et forsøksprosjekt i Oslo. I 2021 startet et femårig prøveprosjekt med heroinassistert behandling (HAB) som del av LAR.
- Nalokson neseppray, en motgift ved behandling av opioidoverdose, deles i dag ut til fengselsansatte, politi og vektere, samt også til lekfolk i 35 kommuner.
- SWITCH-kampanjen ble satt i gang i 2014 for å få flere heroinbrukere til å gå fra injisering til røyking. Etter hvert har kampanjen også tatt opp i seg mindre helseskadelige måter å bruke rusmidler generelt.
- Det finnes foreløpig ikke en offentlig finansiert analysetjeneste hvor brukere kan analysere rusmiddelet før inntak. Slike initiativ er imidlertid igangsatt i privat regi.

Kilder: NOU 2019: 26, *Nasjonal overdosestrategi 2019–2022* og Helsedirektoratets nasjonale faglige råd *Overdose – lokalt forebyggende arbeid*.

3. Straff

Straff har i flere tiår vært et sentralt tiltak i bekjempelsen av narkotika i Norge. Straff er tradisjonelt definert som et onde som påføres lovovertrederen i den hensikt at det skal føles som et onde. Dette ligger også til grunn for dagens straffelov.³⁹ Bruk av straff er det sterkeste virkemiddelet staten har til disposisjon overfor sine borgere.⁴⁰ I dette kapittelet gjennomgås de menneskerettslige sidene ved to sentrale temaer som har sitt utspring i straff som virkemiddel mot narkotika: avkriminalisering og politiets tvangsmiddelbruk.

Fortsatt kriminalisering av befatning med narkotika til eget bruk ble i forarbeidene til ny straffelov begrunnet i hensynet til ikke å legitimere rusbruk, å unngå skader og belastninger hos gjerningspersonens nære pårørende, samfunnsmessige virkninger av rusbruk samt straffens preventive virkninger.⁴¹ Bruk og besittelse av mindre doser narkotika⁴² til eget bruk er straffbart etter legemiddeloven § 24 jf. § 31, og møtes normalt med bøter.⁴³ Der en person tilvirker, innfører, utfører, erverver, oppbevarer, sender eller overdrar narkotika, kan dette rammes av straffeloven § 231 og § 232.

3.1 Avkriminalisering av brukerdoser

De senere årene har avkriminalisering av bruk og besittelse av mindre mengder narkotika til eget bruk kommet høyt opp på dagsordenen i Norge. De menneskerettslige spørsmålene er særlig to: Finnes det en menneskerettslig plikt

til å avkriminalisere eller kriminalisere befatning med narkotika til eget bruk? Og hva sier anbefalinger fra internasjonale organer om avkriminalisering?

3.1.1 Rusreformutvalgets forslag og utviklingen i Høyesterett

I NOU 2019: 26 *Rusreform – fra straff til hjelp* foreslo Rusreformutvalgets flertall å fjerne straff for bruk og besittelse av mindre mengder narkotika til eget bruk, selv om slik befatning fortsatt skulle være ulovlig.⁴⁴ Utvalget foreslo en modell med møteplikt for en kommunal rådgivningstjeneste fremfor straff, dersom det avdekkes bruk eller besittelse av narkotika til eget bruk.⁴⁵ I begrunnelsen la utvalget særlig vekt på de negative konsekvensene av strafflegging av narkotikabruk, inkludert stigmatisering og marginalisering. Utvalget understreket at bruk av straff krever en solid

³⁹ Ot.prp. nr. 90 (2003-2004) s. 77.

⁴⁰ Se NOU 2002: 4 s. 78 og HR-2021-1453-S, avsn. 191.

⁴¹ Se Ot.prp. nr. 90 (2003-2004) kap. 7.5.2.5. Straffelovkomisjonens flertall anbefalte imidlertid avkriminalisering, særlig begrunnet i at rusbruk hovedsakelig skader brukeren selv, se NOU 2002: 4 s. 331. Forslaget ble ikke fulgt opp av departementet.

⁴² Begrepet «narkotika» er en samlebetegnelse på ulovlige rusmidler. Hvilke substanser som anses som narkotika følger av den til enhver tid gjeldende Narkotikalistens som følger av Forskrift om narkotika § 4, jf. legemiddeloven § 22. Substansene har ikke nødvendigvis noe til felles utover at de er oppført på denne listen.

⁴³ Se likevel rettsutviklingen for rusavhengige omtalt i kapittel 3.1.1 nedenfor. For slike personer skal det nå gis straffutmålingsfrfall.

⁴⁴ Ett medlem avga dissens, se NOU 2019: 26 kap. 20.

⁴⁵ NOU 2019: 26 kap. 23.

begrunnelse for å kunne rettferdiggjøres.⁴⁶ Ifølge utvalget mangler et godt empirisk belegg for en eventuell preventiv effekt av strafflegging av rusmiddelbruken i samfunnet, som ikke kan oppnås gjennom alternative virkemidler.⁴⁷

Vinteren 2021 la Solberg II-regjeringen frem et lovforslag som i stor grad fulgte opp forslagene fra Rusreformutvalget, men dette fikk ikke flertall på Stortinget.⁴⁸ Det ble imidlertid vedtatt å etablere rådgivende enheter for rus-saker i kommunene. Det ble også vedtatt en ny bestemmelse i straffeloven § 37 k) for saker om befatning med narkotika til eget bruk. Etter denne bestemmelsen kan en person pålegges å møte hos de rådgivende enhetene, som særvilkår for fullbyrdingsutsettelse eller påtaleunntatelse.⁴⁹ Stortingsbehandlingen dannet også utgangspunktet for at Høyesterett 8. april 2022 avsa dommer som innebærer at befatning med mindre mengder narkotika til eget bruk for rusavhengige, heretter skal møtes med straffutmålingsfracfall.⁵⁰ Dette betyr at forholdet er straffbart,⁵¹ men at det ikke utmåles noen straff, i tråd med påstand fra Riksadvokaten.

HR-2022-731-A: Saken gjaldt en rusavhengig persons oppbevaring av fire gram heroin til eget bruk, samt bruk av ulike rusmidler. Høyesterett viste til at det var «bred enighet» på Stortinget om at det var lite hensiktsmessig å straffe rusavhengige for befatning med rusmidler til eget bruk, og at domstolene må følge opp

Straffutmålingsfracfall

Straffutmålingsfracfall følger av straffeloven § 61, som angir at retten selv om straffeskyld anses bevist kan frafalle å utmåle straff. Dette er betinget av at det foreligger «helt særlige grunner». Etter annet ledd skal det spesielt vektlegges om utmåling av straff vil virke som en urimelig tilleggsbelastning. Det skal også vektlegges om hensynet til straffens formål og virkninger for øvrig tilsier at det utmåles en reaksjon.

signaler om straffutmåling fra Stortinget gitt i forbindelse med en lovgivningsprosess. Høyesterett fant at rusavhengiges bruk, erverv, besittelse og oppbevaring av inntil fem gram heroin, amfetamin eller kokain til eget bruk skulle møtes med straffutmålingsfracfall etter § 61, i tråd med påstand fra påtalemyndigheten. Tiltalte ble dermed dømt for oppbevaringen, men fikk ikke utmålt noen straff.

HR-2022-732-A: Saken gjaldt en rusavhengig persons oppbevaring av cirka syv gram heroin til eget bruk. I saken oversteg mengden heroin den veiledende grensen for hva som skal lede til straffutmålingsfracfall. Likevel måtte reaksjonsfastsettelsen for kvantum under fem gram få innflytelse også for større mengder, slik at reaksjonene sto i rimelig forhold til hverandre. Høyesterett fant at befatning med heroin til eget bruk som i beskjeden grad overstiger veiledende grense, ikke burde være

⁴⁶ Dette fremgår også av forarbeidene til ny straffelov, se Ot.prp.nr. 90 (2003-2004) s. 77.

⁴⁷ NOU 2019: 26 kap. 12 s. 247 - 269.

⁴⁸ Prop. 92 L (2020-2021).

⁴⁹ Lovendringen trådte i kraft 1. juli 2022, og omtales derfor ikke nærmere i denne rapporten.

⁵⁰ Riksadvokaten har gitt nye retningslinjer for hvordan politiet skal behandle slike saker, og har her også lagt til grunn at dette skal gjelde andre rusmidler inntil ytterligere rettsavklaring foreligger, se Riksadvokaten, *Retningslinjer av 13. mai om etterforskning, reaksjonsfastsettelse mv. etter ny høyesterettspraksis om rusavhengiges befatning med narkotika til egen bruk*, RA-2022-826 (2020). I LB-2021-160836 ble det gitt straffutmålingsfracfall også for oppbevaring av Rivotril, som er et benzodiazepin. Riksadvokatens retningslinjer og problemstillingene Høyesteretts avgjørelser reiser hva gjelder politiets tvangsmiddelbruk, omtales nærmere under kap. 3.2.

⁵¹ Se straffeloven § 61 og § 30 b.

ubetinget fengsel, men en kort betinget fengselsstraff.

HR-2022-733-A: Saken gjaldt straff for oppbevaring av 24 gram amfetamin. Høyesterett fant at kvantumet falt utenfor lovgiversignalene til Stortinget, og at spredningsfaren måtte få stor betydning. Høyesterett uttalte at rusavhengighet generelt forutsetter en omfattende bruk av narkotika, både av omfang og varighet, som vedkommende selv har problemer med å kontrollere. Dette måtte bero på en objektiv vurdering der rushistorikk og eventuell behandlingshistorikk vil stå sentralt. Også straffereaksjoner og vedkommendes generelle livssituasjon vil være av betydning. Høyesterett fant at lovgiversignaler støttet å bruke alternative reaksjoner for rusavhengige ved befatning med narkotika til eget bruk, og utmålte samfunnsstraff.

LB-2021-78375 (anke til Høyesterett ikke tillatt fremmet, jf. HR-2022-902-U): Lagmannsretten vektla i straffutmålingen den sårbare livssituasjonen til tiltalte, selv om han ikke var å anse som rusavhengig, og utmålte lavere straff enn tradisjonelt i slike saker.

3.1.2 Avkriminalisering i et menneskerettighetsperspektiv

3.1.2.1 De menneskerettslige og folkerettslige forpliktelsene som gjelder spørsmålet om avkriminalisering

Problemstillingen i det følgende er om det eksisterer en menneskerettslig plikt til å

avkriminalisere befatning med mindre doser narkotika til eget bruk, eventuelt om det finnes en menneskerettslig eller folkerettslig plikt til å *kriminalisere* slike handlinger.

Barnekonvensjonen

Barnekonvensjonen er den eneste av de menneskerettslige konvensjonene som nevner narkotika eksplisitt i konvensjonsteksten. Barnekonvensjonen artikkel 33 innebærer en plikt til å iverksette tiltak for å beskytte barn mot narkotika. Som det redegjøres for i kapittel 4.4.1, innebærer bestemmelsen en plikt til å forebygge bruk av illegale rusmidler. Den innebærer også en plikt til å gi adekvat behandling og skadereduserende tjenester til barn som skades av bruk av illegale rusmidler. Staten har altså både forebyggende og rehabiliterende forpliktelser etter artikkel 33. Det er et krav at tiltakene må være effektive, med andre ord at tiltakene må være egnet til å oppnå formålet.

Et spørsmål er om bestemmelsen inneholder en plikt til å kriminalisere narkotika til eget bruk. Ordlyden innebærer isolert sett ikke en slik forpliktelse. Videre følger det av barnekonvensjonen artikkel 40 nr. 3 bokstav b at staten, når det er hensiktsmessig og ønskelig, skal søke å finne andre tiltak enn straff overfor barn.⁵² Barnekomiteen har også uttrykt bekymring for de negative konsekvensene straffelegging kan ha for barn, og anbefaler at rusbruk møtes med andre virkemidler.⁵³ Straff er altså ikke et anbefalt virkemiddel overfor barn. Basert på dette synes

⁵² Bestemmelsen fokuserer mer på rehabiliteringshensyn enn straff, se FNs barnekomité, *General Comment No. 10: Children's right in juvenile justice*, CRC/C/CG/10 (2007), avsn. 24-27 og Tobin, John, *The UN Convention on the Rights of the Child* (Oxford: Oxford University Press, 2019) s. 1293–1294.

⁵³ FNs barnekomité, *General Comment No. 15: The right of the child to enjoyment of the highest attainable standard of health* (art. 24), CRC/C/GC/15 (2013), avsn. 66, FNs barnekomité, *General Comment No. 20: The rights of the child during adolescence*, CRC/C/GC/20 (2016), avsn. 64, FNs barnekomité, *General Comment No. 21: Children in street situations*, CRC/C/GC/21 (2017),

det klart at det ikke er grunnlag for å innfortolke en forpliktelse til å ta i bruk strafferettslige virkemidler overfor barn i barnekonvensjonen artikkel 33.⁵⁴ Det staten derimot har plikt til, er å iverksette forebyggende, rehabiliterende og skadereduserende tiltak som kan redusere rusbruk blant barn.

Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK)

Som nevnt er EMK en annen sentral konvensjon på området, særlig artikkel 8 om retten til privatliv. For at EMK artikkel 8 overhodet skal komme til anvendelse, må det være snakk om et inngrep i en beskyttet rettighet (inngrepsvurderingen). Hvor det foreligger et inngrep, må vilkårene for dette være oppfylt. Hvis vilkårene for inngrep ikke er oppfylt, foreligger det et brudd på bestemmelsen. Etter EMK artikkel 8 nr. 2 er vilkårene at inngrep må ha hjemmel i lov, forfølge et relevant formål, og være nødvendig og forholdsmessig sett hen til dette formålet.

Den europeiske menneskerettsdomstolen (EMD) har lite praksis om menneskerettslige sider ved straffelegging av bruk av narkotika, men en ny dom fra september 2022 kan kaste lys over enkelte spørsmål. Saken *Thörn v. Sverige* gjaldt en mann som led av sterke smerter.⁵⁵ Han fant at cannabis hjalp mot dette og dyrket derfor cannabisplanter hjemme, til eget bruk. Han ble bøtelagt for forholdet. Partene var enige om at domfellelsen og boten utgjorde et inngrep i retten til privatliv etter EMK artikkel 8. EMD uttalte i denne forbindelse at

det var «sufficiently established» at det forelå et inngrep, fordi klager hadde begått det straffbare forholdet for å fungere bedre i sitt dagligliv. EMD viste også til annen rettspraksis om retten til helse, hvor det å bli nektet en medisinsk behandling kan utgjøre et inngrep i EMK artikkel 8. Avgjørelsen viser at strafferettslige reaksjoner mot narkotika til eget bruk etter omstendighetene kan utgjøre et inngrep i EMK artikkel 8, spesielt dersom det foreligger et medisinsk behov for rusmiddelet.

Det kan dermed spørres om straff i visse tilfeller kan utgjøre et inngrep også overfor rusavhengige, dersom rusbruken i realiteten er en følge av en ruslidelse. I HR-2022-731-A holder Høyesterett det åpent om kriminalisering og straff overfor rusavhengige på grunn av befatning med narkotika til eget bruk i det hele tatt er å anse som et *inngrep* i privatlivet etter EMK artikkel 8, men uttalte at det er «vanskelig [å] se at straff for befatning med narkotika kan være et inngrep etter artikkel 8».⁵⁶ I vurderingen ser Høyesterett blant annet hen til EMDs sak *Lacatus v. Sveits*.⁵⁷ Saken dreide seg om en kvinne som fikk en bot for tigging, og som måtte sone i fengsel i fem dager fordi hun ikke kunne betale. Kvinnen i saken var svært fattig, analfabet og uten arbeid, og det å tigge gjorde det mulig for kvinnen å skaffe seg en nødvendig inntekt.⁵⁸ Som Høyesterett også viser til, kan straff være et inngrep i EMK artikkel 8 hvis menneskeverdet rammes i tilstrekkelig grad, for eksempel dersom straffetrusselen retter seg

avsn. 53 og FNs barnekomité, *General Comment No. 10: Children's right in juvenile justice*, CRC/C/CG/10 (2007), avsn. 24-27. Se også Tobin, *The UN Convention on the Rights of the Child*, s. 1289-1302 for en oversikt over komiteens uttalelser og UNICEF, *Implementation handbook for the Convention on the Rights of the Child* (Geneve: United Nations Children's Fund, 2007), s. 508 med videre henvisninger til barnekomiteens konkluderende merknader.

⁵⁴ Se kap. 4.4 for mer om barnekonvensjonen art. 33. Se også NOU 2019:26 kap. 7.4.1., som konkluderer med det samme.

⁵⁵ *Thörn v. Sverige* (24547/18).

⁵⁶ HR-2022-731-A, avsn. 30-34.

⁵⁷ *Lacatus v. Sveits* (14065/15).

⁵⁸ *Lacatus v. Sveits*, avsn. 58.

mot levemåte eller personlig legning.⁵⁹ Dette var et av de avgjørende argumentene for EMD for å anse bøteleggingen av kvinnen som et inngrep i EMK artikkel 8.⁶⁰

Å straffe den som tigger ved ekstrem nød, eller den som lever ut sin seksuelle legning, vil ofte innebære å straffe handlinger som reelt sett ikke kan unngås. Spørsmålet er om dette kan sammenlignes med en situasjon der en rusavhengig har befatning med narkotika til eget bruk. Det finnes imidlertid ikke annen EMD-praksis som behandler dette spørsmålet, og det er derfor vanskelig å konkludere tydelig.⁶¹ Hvis det foreligger et klart medisinsk behov for rusmiddelet og det bidrar til å sikre fungering i dagliglivet, viser imidlertid *Thörn v. Sverige* at det kan foreligge et inngrep i EMK artikkel 8.

Selv om Høyesterett i HR-2022-731-A uttrykte tvil om hvorvidt bruk av straff utgjorde et inngrep, fant retten at et eventuelt inngrep uansett ville være rettmessig etter EMK artikkel 8 nr. 2. Dette fordi inngrepet hadde hjemmel i lov, og var egnet til å forfølge et legitimt formål, nemlig folkehelsen og allmennprevensjon. Også etter EMDs praksis anses straffebud mot narkotikalovbrudd for å ha et legitimt formål, av samme grunner.⁶²

Dersom det først foreligger et inngrep, er det også et vilkår at inngrepet er nødvendig og forholdsmessig i et demokratisk samfunn.

Staten har etter EMDs praksis en vid skjønnsmargin i folkehelse spørsmål, eksempelvis i spørsmål om *regulering* av ulovlige rusmidler,⁶³ der en klagers helsemessige interesser må balanseres mot statens interesse i å kontrollere narkotika- og medikamentmarkeder.⁶⁴ Likevel må forholdene i den konkrete saken også tas i betraktning, herunder hvor tyngende sanksjonen er.⁶⁵ I *Thörn v. Sverige* ble det vektlagt at reaksjonen utelukkende var bot, at det ikke var noe som tilsa at klager ikke ville kunne betjene boten, og at det heller ikke var påvist andre negative konsekvenser av straffen for klager, for eksempel registrering av det straffbare forholdet.⁶⁶ Det ble videre vektlagt at svenske domstoler utmålte en lavere straff enn det som vanligvis ble utmålt i slike saker.⁶⁷ Det ble også vektlagt at klager i etterkant hadde fått resept på et cannabisbasert medikament mot smertene.⁶⁸ Tilsvarende ble det i HR-2022-731-A, om oppbevaring av fire gram heroin samt bruk av ulike rusmidler, ikke utmålt noen straff, noe som medførte at Høyesterett anså reaksjonen som forholdsmessig.

Dette illustrerer at der en straffereaksjon først utgjør et inngrep i artikkel 8, må reaksjonen vurderes konkret i lys av en rekke omstendigheter. Dette kan medføre at visse typer sanksjoner, dersom de er uforholdsmessig byrdefulle, vil kunne utgjøre

⁵⁹ HR-2022-731-A, avsn. 32. Se også *Dudgeon v. Storbritannia* (7525/76) som gjaldt strafflegging av homofili.

⁶⁰ *Lacatus v. Sveits*, avsn. 56.

⁶¹ Se også Rui, Jon Petter, «Straff av tunge rusmisbrukere for bruk av narkotika og besittelse til eget bruk – Grunnloven § 102 som skranke mot straff uten legitimt formål», *Lov og rett* 61, nr. 1 (2022) s. 53–58 med videre henvisninger til EMDs praksis.

⁶² *Thörn v. Sverige*, avsn. 49.

⁶³ Se *Abdyusheva m.fl. v. Russland* (58502/11, 62964/10, 55683/13) avsn. 130. Se også NOU 2019: 26 s. 181 med videre referanser.

⁶⁴ *Thörn v. Sverige*, avsn. 59.

⁶⁵ Se *Lacatus v. Sveits*, *Thörn v. Sverige*, avsn. 58 og HR-2022-731-A, avsn. 39.

⁶⁶ *Thörn v. Sverige*, avsn. 58.

⁶⁷ *Ibid.* avsn. 57.

⁶⁸ *Ibid.* avsn. 58.

brudd på EMK artikkel 8 i enkelttilfeller.⁶⁹ Dette vil avhenge av de konkrete omstendighetene i saken og hvilken reaksjon som er ilagt.

Dagens rettstilstand, der det gis påtaleunntatelse eller straffutmålingsfravall, utgjør ikke en avkriminalisering for rusavhengige, fordi reaksjonen fortsatt innebærer en straffereaksjon.⁷⁰ Det innebærer også en skyldkonstatering, som kan medføre ulempe og/eller være stigmatiserende. Som nevnt har EMD lite praksis på området, og det er derfor fortsatt uklart hvordan en rekke typetilfeller ville blitt vurdert etter EMK.

FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK)

Etter ØSK artikkel 12 har enhver rett til den høyest oppnåelige helsestandard.⁷¹ ØSK artikkel 12 nr. 2 bokstav b pålegger statene å treffe tiltak for å fremme innbyggernes helse. Dette omfatter ifølge ØSK-komiteen tiltak for å «discourage the [...] use of tobacco, drugs and other harmful substances».⁷² Tiltakene statene iverksetter for å realisere retten til helse bør «[s]kape vilkår som trykker alle legebehandling og pleie under sykdom».⁷³ Dersom strafflegging kan føre til at rusbrukere vegrer seg for å oppsøke helsevesenet, eller hindrer hensiktsmessig og god helsehjelp, kan dette utfordre retten til helse.⁷⁴ Som nevnt i kapittel 2.3. anbefaler flere internasjonale organer å

avkriminalisere nettopp for å bedre respektere og oppfylle retten til helse.

Narkotikakonvensjonene

Det finnes tre sentrale konvensjoner som regulerer det internasjonale samarbeidet om narkotika, og som Norge er bundet av: Den alminnelige narkotikakonvensjon av 1961, Konvensjon om psykotrope stoffer av 1971 og Konvensjon om ulovlig håndtering og handel med narkotika og psykotrope stoffer av 1988.⁷⁵ Formålet med konvensjonene er å etablere et internasjonalt kontrollregime for narkotiske og psykotrope stoffer.⁷⁶ Konvensjonen av 1988 artikkel 3 pålegger statene som et utgangspunkt å kriminalisere en rekke handlinger knyttet til narkotika, herunder besittelse av narkotika til eget bruk, jf. artikkel 3 nr. 2. Konvensjonens artikkel 3 nr. 4 bokstav d åpner etter sin ordlyd uttrykkelig for andre typer reaksjoner enn straff ved mindre alvorlige forhold, for eksempel behandling, utdanning, ettervern, rehabilitering eller sosial reintegrering.

I tillegg understreker overvåkningsorganet til narkotikakonvensjonene (INCB) i sin årsrapport for 2021 at avkriminalisering av narkotika til personlig bruk *ikke* er i strid med narkotikakonvensjonene, at statene har en bred skjønnsmargin ved gjennomføringen av forpliktelsene etter konvensjonen, samt at «the adoption of alternative measures can constitute

⁶⁹ Merk at EMD i *Thörn v. Sverige*, avsn. 51–52 gir uttrykk for at saken gjelder det konkrete tilfellet som var klaget inn, og ikke lovgivningen generelt, eller andre tilgrensende spørsmål.

⁷⁰ Se straffeloven § 30 bokstav b og f.

⁷¹ Se nærmere om retten til den høyest oppnåelige helsestandard under kap. 4.3.

⁷² ØSK-komiteen, *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)*, E/C.12/2000/4 (2000), avsn. 15.

⁷³ ØSK art. 12 nr. 2 bokstav d.

⁷⁴ For en nærmere gjennomgang, se NOU 2019: 26, s. 179–180.

⁷⁵ *Den alminnelige narkotikakonvensjon*, 520 UNTS 151 (30.03.1961, trådte i kraft 13.12.1964), og *Konvensjon om psykotrope stoffer*, 1019 UNTS 175 (21.02.1971, trådte i kraft 16.08.1976), og *De forente nasjoners konvensjon om ulovlig håndtering av og handel med narkotika og psykotrope stoffer*, 1582 UNTS 95 (20.12.1988, trådte i kraft 11.11.1990).

⁷⁶ Jf. konvensjonenes fortaler.

an integral part of a balanced and human rights-based approach to drug policy».⁷⁷

Basert på kildegrunnlaget kan ikke NIM se at det skulle være i strid med narkotikakonvensjonene å avkriminalisere dersom det innføres alternative tiltak. Dette er for øvrig i tråd med Rusreformutvalgets konklusjon om at det er forenelig med Norges forpliktelser etter narkotikakonvensjonene å avkriminalisere, såfremt slik befatning med narkotika forblir ulovlig og kan møtes med andre tiltak som er egnet til å oppnå konvensjonenes formål.⁷⁸

Alternative tiltak

En eventuell avkriminalisering må ledsages av alternative tiltak for å redusere skader forbundet med rusbruk. Konvensjon om ulovlig håndtering og handel med narkotika og psykotrope stoffer av 1988 artikkel 3 nr. 4 bokstav d trekker frem ulike «alternative» tiltak statene kan bruke i stedet for straff i mindre alvorlige narkotikasaker. Barnekonvensjonen artikkel 33 forutsetter generelt at det iverksettes tiltak for å beskytte barn mot narkotika. I denne sammenheng er det et sentralt spørsmål hva slike tiltak kan være. De nevnte konvensjonene og praksis knyttet til dem gir noe veiledning.

Etter Narkotikakonvensjonene har statene en vid skjønnsmargin når det gjelder hvilke alternative tiltak de velger å iverksette dersom de ønsker å avkriminalisere. Behandling, utdanning, ettervern eller sosial reintegrering trekkes frem som eksempler i konvensjonen av 1988. Dette understrekes også av

overvåkingsorganet INCB.⁷⁹ Det sentrale må i alle tilfeller antas å være at det iverksettes effektive tiltak som kan redusere skadevirkningene av rusbruk både for individet selv, og for samfunnet for øvrig.

Barnekonvensjonen artikkel 33 lister opp «lovgivningsmessige, administrative, sosiale og undervisningsmessige tiltak» som tiltak for å beskytte barn mot narkotika. Barnekomiteen har trukket frem forebygging, skadelindring og behandlingstilbud for avhengighet, uten diskriminering og med tilstrekkelige budsjettmidler, som sentralt.⁸⁰ Etter NIMs syn er det viktig at staten har effektive tiltak som kan ivareta den overordnede målsetningen om å beskytte barn mot narkotika.

Oppsummering av de folkerettslige forpliktelsene

NIMs vurdering er at det per i dag ikke finnes en menneskerettslig plikt til å avkriminalisere befatning med narkotika til eget bruk. Det finnes imidlertid heller ingen folkerettslig eller menneskerettslig forpliktelse til å kriminalisere befatning med narkotika til eget bruk. Selv om det i dag ikke kan utledes noen menneskerettslig *plikt* til å avkriminalisere narkotikabruk, vil avkriminalisering imidlertid være i tråd med internasjonale *anbefalinger* om gjennomføring av menneskerettighetene.⁸¹ Dette drøftes nærmere i neste avsnitt.

3.1.2.2 Menneskerettslige anbefalinger og realiseringen av andre menneskerettigheter

Som gjennomgått i kapittel 2.3, har flere internasjonale organer, herunder barnekomiteen, ØSK-komiteen, FNs

⁷⁷ FNs internasjonale kontrollorgan for narkotika, *Report of the International Narcotics Control Board for 2021 (2022)*, avsn. 380–381.

⁷⁸ Se nærmere om disse konvensjonsforpliktelsene i NOU 2019: 26, kap. 7.3.2.

⁷⁹ FNs internasjonale kontrollorgan for narkotika, *Report of the International Narcotics Control Board for 2021 (2022)*.

⁸⁰ FNs barnekomité, *General Comment No. 20: The rights of the child during adolescence*, CRC/C/GC/20 (2016), avsn. 64.

⁸¹ Se også NIMs høringssvar til NOU 2019: 26, NIM-H-2020-012.

høykommissær for menneskerettigheter og FNs spesialrapportør for retten til helse, anbefalt avkriminalisering som et instrument for å sikre rusbrukeres menneskerettigheter. Slike anbefalinger er ikke folkerettslig bindende. Likevel uttrykker de faglige vurderinger fra folkerettslige organer om hvordan menneskerettighetene kan bli bedre ivarettatt av statene.

Strafflegging av narkotikabruk vanskeliggjør ifølge de internasjonale organene realisering av menneskerettighetene på flere måter. Særlig er negative konsekvenser for oppfyllelsen av retten til helse vektlagt. ØSK-komiteen har uttrykt bekymring for at bruk av straff svekker rusbrukeres tilgang til skadereduserende tiltak og helsetjenester.⁸² Ifølge FNs spesialrapportør for retten til helse kan narkotikakontroll, kriminalisering og strafferelaterte tiltak føre til at rusbrukere avskrekkes fra å oppsøke helsehjelp, blant annet på grunn av frykt for at informasjon om deres rusbruk vil bli delt med andre myndighetsorganer og føre til strafferettslige reaksjoner eller bruk av tvang.⁸³ Kriminalisering fører ifølge spesialrapportøren også til mer risikofylt bruk av rusmidler på grunn av frykt for strafferettslige reaksjoner, noe som øker risikoen for sykdom, ulykker og overdoser.⁸⁴ Straffebaserte tiltak kan også ifølge rapporten bidra til diskriminering og stigma i møte med helsevesenet, og særlig ramme sårbare og marginaliserte grupper

helsetilstand.⁸⁵ Lignende argumenter er blitt fremhevet av FNs høykommissær for menneskerettigheter.⁸⁶

Barnekomiteen har uttrykt bekymring for skadevirkningene narkotikabruk kan ha for barn, og har understreket at statene har en forpliktelse til å beskytte barn fra narkotiske stoffer. Samtidig har komiteen uttrykt bekymring for de negative konsekvensene strafflegging kan ha overfor barn, og anbefaler at narkotikabruk møtes med alternative tiltak, herunder forebyggende og skadereduserende tiltak som minimerer helseskadene knyttet til rusbruk.⁸⁷ FNs spesialrapportør for retten til helse har uttalt at strafflegging av rusbruk og andre uønskede handlinger blant ungdom ofte fører med seg flere negative konsekvenser for deres psykiske helse og utvikling.⁸⁸ Ifølge spesialrapportøren kan kriminalisering også føre til at unge lar være å oppsøke helsetjenester.⁸⁹

FNs høykommissær for menneskerettigheter har også uttrykt bekymring for at håndheving av et straffebud mot narkotikabruk kan bidra til diskriminering av rusbrukere og særlig ramme utsatte grupper. Høykommissæren peker blant annet på at etniske minoriteter og kvinner i flere land oftere arresteres og fengsles for narkotikarelatert kriminalitet.⁹⁰

⁸² ØSK-komiteen, *Concluding observations on the sixth periodic report of Norway*, E/C.12/NOR/CO/6 (2020), avsn. 42.

⁸³ FNs spesialrapportør for retten til helse, *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health* (2010), avsn. 19–21.

⁸⁴ *Ibid.* avsn. 25–26.

⁸⁵ *Ibid.* avsn. 22–24 og 28–29.

⁸⁶ FNs høykommissær for menneskerettigheter, *Study on the impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights* (2015), avsn. 24–30.

⁸⁷ Se fotnote 53.

⁸⁸ FNs spesialrapportør for helse, *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health* (2016), avsn. 15.

⁸⁹ *Ibid.*, avsn. 98.

⁹⁰ FNs høykommissær for menneskerettigheter, *Study on the impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights* (2015), avsn. 50–54.

Samlet gir anbefalingene uttrykk for bekymring for hvilken virkning straff har for realiseringen av menneskerettighetene, særlig retten til helse. Samtidig ligger det også både eksplisitt og implisitt i anbefalingene en bekymring for at problematisk rusbruk kan innebære et skadepotensiale, og at disse skadefølgene må reduseres gjennom alternative tiltak.

Barnekomiteen anbefaler blant annet forebyggende og skadereduserende tiltak, behandling for rusavhengighet, og tilgang til objektiv informasjon om skadevirkninger.⁹¹ Hvilke alternative tiltak som bør iverksettes eller hvordan de bør innrettes utbroderes i liten grad av FN-organene.

3.1.2.3 Kunnskapsgrunnlaget knyttet til avkriminalisering i Norge

Rusreformutvalgets NOU inneholder en gjennomgang av eksisterende kunnskap knyttet til konsekvensene av å avkriminalisere narkotika til eget bruk i Norge.⁹² Som utvalget er tydelig på, er det empiriske grunnlaget for kunnskap om mulige konsekvenser av avkriminalisering begrenset. I det følgende pekes det på mulige faktiske konsekvenser av avkriminalisering som kan ha en side til menneskerettighetene, basert på Rusreformutvalgets gjennomgang.

Rusreformutvalget peker på at straff kan bidra til stigmatisering av rusbrukere. Utvalget viser blant annet til at forarbeidene til straffeloven legger til grunn at strafflegging innebærer en stigmatisering av lovbyteren.⁹³ Det vises i NOU-en til forskning som dokumenterer at særlig negative erfaringer i kontakt med

straffesakskjeden, samt kontroll, pågrepelse og ransaking fra politiet, kan bidra til stigmatisering av rusbrukere. Utvalget går igjennom forskning som viser at særlig utsatte og marginaliserte grupper rammes av kontrolltiltak, og av stigmatiseringen knyttet til kontroll.⁹⁴

Utvalget peker på at det er krevende å samle sikker kunnskap om barrierer mot å oppsøke og ta imot helsehjelp for rusrelaterte problemer. Ifølge utvalget, er det likevel grunnlag for å anta at innretningen av det offentlige reaksjoner på rusmiddelbruk har betydning for graden av hjelpesøkende atferd blant rusbrukere, og at fjerning av straffereaksjoner vil kunne bidra til å styrke kontakten med hjelpeapparatet.⁹⁵ En studie fra 2022 om hjelpesøkende atferd blant rusbrukere underbygger dette. Halvparten av respondentene i studien som har opplevd en rusrelatert akutt medisinsk situasjon, forteller at de tilstedeværende i situasjonen utsatte eller unnlot å tilkalle ambulanse, blant annet på grunn av frykt for politiet eller andre offentlige etater.⁹⁶

Videre peker utvalget på at manglende oppfølging fra hjelpeapparatet i kommunene, har medført at politiet i flere tilfeller har måttet gripe inn med strafferettslige virkemidler, selv om straffeforfølgning har vært ansett som lite formålstjenlig. Ifølge utvalget vil en avkriminalisering kunne bidra til en tydeligere rolleavklaring mellom helse-, velferd- og justissektoren.⁹⁷

⁹¹ FN's barnekomité, *General Comment No. 20: The rights of the child during adolescence*, CRC/C/GC/20 (2016), avsn. 64.

⁹² Se særlig kap. 12 i NOU 2019: 26 for en gjennomgang av de mest sentrale faktiske forholdene.

⁹³ NOU 2019: 26 s. 251–252.

⁹⁴ *Ibid.*, s. 252–254.

⁹⁵ NOU 2019: 26 s. 256.

⁹⁶ Røgeberg og Pedersen, «Hjelpesøkende atferd blant brukere av illegale rusmidler».

⁹⁷ *Ibid.*, s. 257.

Utvalget peker på at kriminalisering særlig rammer utsatt ungdom. Ungdom fra utsatte områder på østkanten i Oslo ser ut til å ha høyere sannsynlighet for å bli tatt for cannabisbruk enn ungdom fra vestkanten, til tross for at bruken er høyere i bydelene i vest.⁹⁸ Utvalget peker på at for utsatt ungdom som allerede er marginalisert, kan det å bli kontrollert ofte av politiet bidra til å forsterke opplevelsen av stigmatisering, skam og annerledeshet.⁹⁹ Ifølge utvalget tyder flere studier på at straffeforfølgning kan hindre hjelpesøkende atferd ved å skape motstand og mistillit til offentlige myndigheter, særlig blant vanskeligstilt ungdom.¹⁰⁰

Slik Rusreformutvalget har pekt på, er det også mulige negative konsekvenser ved avkriminalisering.¹⁰¹ En av dem er risikoen for økt bruk av narkotika i samfunnet, med de potensielle skadefølgene dette kan ha både på individ- og samfunnsnivå. En sentral begrunnelse for bruk av straff, er at den kan ha en forebyggende effekt. Et viktig argument for å beholde straffebudet har vært at man ikke ønsker å sende et uheldig signal til unge personer, og at straff kan ha en avskrekkende og holdningsskapende effekt på ungdoms narkotikabruk.¹⁰² Dersom en avkriminalisering skulle lede til økt bruk av narkotika i den generelle befolkningen, vil dette kunne innebære skadevirkninger av forskjellige slag.¹⁰³

Utvalget konkluderer med at den beste tilgjengelige kunnskapen per i dag tilsier at det er lite trolig at avkriminalisering vil forårsake en nevneverdig endring i bruken av narkotika.¹⁰⁴ Ifølge utvalget mangler det dermed et godt empirisk belegg for en eventuell preventiv effekt av strafflegging av rusmiddelbruken i samfunnet, som ikke kan oppnås gjennom alternative virkemidler.¹⁰⁵ I sitt hørings svar til NOUen, påpekte imidlertid FHI at utvalgets konklusjon om at reformen ikke vil føre til en nevneverdig økning i narkotikabruk ikke er tilfredsstillende vitenskapelig begrunnet da foreliggende studier har betydelige metodiske svakheter. Ifølge FHI kan det derfor ikke utelukkes at reformen vil bidra til en viss økning i narkotikabruk.¹⁰⁶

3.1.2.4 Oppsummering og vurdering

NIMs vurdering er at det per i dag ikke finnes en menneskerettslig plikt til å avkriminalisere befatning med narkotika til eget bruk. Det finnes imidlertid heller ingen folkerettslig eller menneskerettslig forpliktelse til å kriminalisere slike handlinger. Hvilke løsninger som velges vil derfor være et politisk spørsmål.

En eventuell avkriminalisering må ledsages av alternative tiltak for å redusere skader forbundet med rusbruk. Hvilke alternative tiltak som bør iverksettes er sammensatte spørsmål som kan berøre en rekke fagdisipliner. Det ligger derfor utenfor rammen av denne

⁹⁸ Ibid., s. 252–253. Mye tyder også på at sannsynligheten for å bli anmeldt for cannabisbruk er betydelig høyere blant ungdom som har foreldre med lav utdanning, se NOU 2019: 26, s. 253 og Pedersen, Willy og Terrie E. Moffitt, og Tilmann von Soest, «Privileged background protects against drug charges: A long-term population-based longitudinal study», *International Journal of Drug Policy*, Vol. 100, nr. 103491 (2022).

⁹⁹ Ibid., s. 252.

¹⁰⁰ Ibid., s. 255.

¹⁰¹ Se NOU 2019: 26 kap. 12.3 og 12.4 med videre henvisninger for en gjennomgang av disse aspektene.

¹⁰² NOU 2019: 26 s. 258.

¹⁰³ Ibid., s. 263.

¹⁰⁴ Ibid., s. 262.

¹⁰⁵ Ibid., s. 267–269.

¹⁰⁶ Se FHIs hørings svar til NOU 2019: 26, s. 8

rapporten å skissere hva slike tiltak bør bestå av, men NIM legger til grunn som en forutsetning for eventuell avkriminalisering at slike tiltak videreføres, styrkes eller innføres.

Selv om det i dag ikke kan utledes noen menneskerettslig plikt til å avkriminalisere narkotikabruk, vil avkriminalisering imidlertid være i tråd med anbefalinger fra internasjonale organer. Anbefalingene går ut på at avkriminalisering av befatning med mindre mengder narkotika til eget bruk, i kombinasjon med alternative tiltak, er egnet til å sikre og realisere flere menneskerettigheter bedre enn de sikres i dag. Dette gjelder særlig retten til helse for både voksne og barn. Disse hensynene bør tillegges vekt når det tas stilling til spørsmål omkring avkriminalisering.

Som Rusreformutvalget påpeker, reiser premisset om at strafflegging kan utgjøre en barriere for helsehjelp en rekke spørsmål som det er krevende å finne gode empiriske svar på. Utvalget har særlig drøftet spørsmålet om avkriminalisering vil føre til en styrking av skadereduksjon og økt hjelpesøkende atferd. NIM vil påpeke at statens plikt til å sikre og gjennomføre menneskerettighetene, jf. Grunnloven § 92 og ØSK artikkel 2, tilsier at staten neppe bør avvente fullstendig sikre empiriske bevis for effekten av antatte barrierer før tiltak iverksettes for å fjerne slike barrierer. Dette bør gjelde i særlig grad når det er statens egen maktbruk overfor innbyggerne (i dette tilfellet strafflegging) som antas å utgjøre et slikt hinder. Etter NIMs syn er det uansett viktig at myndighetene følger utviklingen etter

eventuell avkriminalisering, slik at man eventuelt kan gjøre justeringer i lys av ny, tilgjengelig kunnskap.

En av hovedinnvendingene mot Rusreformen har vært situasjonen for barn og unge, herunder at de ikke ville fått et godt nok hjelpetilbud gjennom sanksjonssystemet som var foreslått av Rusreformutvalget.¹⁰⁷ Myndighetene har etter barnekonvensjonen artikkel 33 en plikt til å iverksette tiltak for å beskytte barn mot narkotika, både gjennom forebygging og rehabilitering. Barnekomiteen anbefaler bruk av andre virkemidler enn straff overfor barn. NIMs vurderinger i kapittel 4.4. viser at hjelpetilbudet til barn som bruker rusmidler på flere områder er mangelfullt, og bør styrkes *uavhengig* av om det samtidig gjennomføres en avkriminalisering.

Det er flere uavklarte rettslige problemstillinger etter Høyesteretts avgjørelser om straffutmålingsfravall. Det er i dag, ifølge Høyesterett, «bred enighet» om at tungt rusavhengige ikke bør straffes for befatning med narkotika til eget bruk.¹⁰⁸ Det er imidlertid uenighet om hvorvidt avkriminalisering bør gjelde for alle. Dagens rettstilstand for rusavhengige ligger nær en avkriminalisering, men situasjonen der handlingene fortsatt er straffbare innebærer en strafferettslig skyldkonstatering selv om det ikke utmåles straff. Rusavhengige vil altså fortsatt kunne dømmes strafferettslig for overtredelsen.¹⁰⁹ I tillegg er grensen for hvem som er rusavhengig ikke avklart, og vernet mot selvinkriminering reiser uløste spørsmål.¹¹⁰ Dersom det ikke

¹⁰⁷ I denne retning, se Barneombudets hørings svar til NOU 2019: 26. Barneombudet pekte særlig på at det ikke ble stilt tydelige nok krav til helsetjenestene og andre relevante tjenester som skal sørge for forebyggende arbeid og behandling til barn og unge med problematisk rusbruk, og at en forutsetning for gjennomføring av reformen måtte være iverksetting av et reelt løft for forebyggende arbeid og rusbehandling rettet mot barn og unge. Barneombudet påpeker også at eksisterende kunnskap om effekten av avkriminalisering for denne gruppen er svak.

¹⁰⁸ Se HR-2022-731-A om lovgiversignalene ved Stortingets behandling av Rusreformforslaget.

¹⁰⁹ Dette ble resultatet i HR-2022-731-A.

¹¹⁰ Se omtale av noen av disse i kap. 3.2.

innføres en generell avkriminalisering, bør disse løses av lovgiver på annen måte.

NIM anbefaler:

Myndighetene må gjennomføre grundige menneskerettslige vurderinger når det tas stilling til spørsmål omkring avkriminalisering, og menneskerettslige hensyn bør tillegges vekt.

3.2 Politiets tvangsmiddelbruk og etterforskning av mindre narkotikasaker

Politiets tvangsmiddelbruk på rusfeltet har vært gjenstand for mye oppmerksomhet det siste året, både hos Riksadvokaten og i domstolene. Hva er de menneskerettslige rammene for tvangsmiddelbruk, og hvordan kan krenkelser repareres?

3.2.1 Innledning

Vern mot vilkårlige inngrep fra myndighetene er en sentral del av retten til privatliv, hjem og korrespondanse etter EMK artikkel 8.¹¹¹

Tvangsmidler som husransakelse, personransaking, gjennomgang av mobiltelefon eller kroppslig undersøkelse er alle å anse som inngrep i EMK artikkel 8. Stortingets behandling av forslaget til rusreform synliggjorde at det var ulike oppfatninger i påtalemyndigheten av hvilke tvangsmidler politiet kunne benytte i mindre narkotikasaker.¹¹² Riksadvokaten presiserte regelverket i brev av 9. april 2021, og foretok deretter en undersøkelse for å kartlegge

behovet for tiltak. Undersøkelsen viste at det var ulik praksis ved bruk av tvangsmidler i politidistriktene, og i mange tilfeller tvangsmiddelbruk som ikke var i tråd med straffeprosessuelle krav, eller hvor det ikke forelå nok dokumentasjon til å vurdere om disse kravene var oppfylt.¹¹³ Dette reiser viktige menneskerettslige spørsmål, både om det er forekommet tvangsmiddelbruk i strid med EMK artikkel 8, og eventuelt hvordan menneskerettighetsbrudd kan repareres etter EMK artikkel 13. I dette kapittelet gjennomgås derfor de menneskerettslige rammene for tvangsmiddelbruk, og hvordan krenkelser kan repareres.

3.2.2 Generelt om de menneskerettslige standardene

Inngrep i EMK artikkel 8 må tilfredsstillende vilkårene i annet ledd for å være rettmessige. Det kreves for det første at inngrepet forfølger et legitimt formål. I denne sammenheng er bekjempelse av kriminalitet et legitimt formål.¹¹⁴ EMK artikkel 8 annet ledd krever også at inngrepet har hjemmel i lov og at det er proporsjonalitet mellom inngrepet og formålet som søkes oppnådd. Disse kravene følger også av Grunnloven § 102 om privatliv, som etter annet punktum inneholder et særskilt vern mot husransaker.¹¹⁵ Lovskravet innebærer at internrettslige vilkår for å anvende tvangsmiddelet må være oppfylt. Hjemmelen må være klar, forutberegnelig og tilgjengelig,¹¹⁶ og nasjonal rett må inneholde tilstrekkelige sikkerhetsmekanismer mot vilkårlige inngrep.¹¹⁷ Dette gjelder særlig der husransaker

¹¹¹ Dersom tvangsmidler medfører frihetsberøvelse, kan også EMK art. 5 komme til anvendelse. Dette omtales ikke nærmere her.

¹¹² Riksadvokaten, *Påtalemyndighetens legalitetskontroll med tvangsmiddelbruk*, RA-2021-955-1 (9. april 2021).

¹¹³ Riksadvokaten, *Tvangsmiddelbruk i mindre alvorlige narkotikasaker*, Riksadvokatens skriftserie 1/2022, 14. feb. 2022.

¹¹⁴ Se til illustrasjon *Işildak v. Tyrkia* (12863/02), avsn. 50.

¹¹⁵ Vernet etter Grunnloven behandles ikke nærmere her.

¹¹⁶ *Silver m.fl. v. Storbritannia* (5947/72 m.fl.), avsn. 87, *Camenzind v. Sveits* (21353/93), avsn. 37. Rettssikkerhetsmekanismer kan også vektlegges i forholdsmessighetsvurderingen, se *Buck v. Tyskland* (41604/98), avsn. 45.

¹¹⁷ *Camenzind v. Sveits*, avsn. 37, *Varga v. Romania* (73957/01), avsn. 68.

besluttes og utføres uten rettslig kjennelse. I slike saker vil EMD gjerne ha en inngående prøving, fordi EMK artikkel 8 krever «very strict limits» for slike fullmakter.¹¹⁸

Inngrepet må også være proporsjonalt. EMD vurderer særlig hvorvidt inngrepet, i lys av sakens omstendigheter, hadde en relevant og tilstrekkelig begrunnelse, og om det var forholdsmessig vurdert opp mot formålet det skulle ivareta. Staten har en viss skjønnsmargin, som kan variere ut fra blant annet arten inngrep det er tale om. For inngrep i artikkel 8 har EMD uttalt at disse skal tolkes snevert, og at nødvendigheten av inngrepet må være «convincingly established».¹¹⁹ Om en kroppsundersøkelse skjer på særlig smertefull eller krenkende måte, kan dette også være i strid med EMK artikkel 3 om nedverdiggende og umenneskelig behandling.¹²⁰

3.2.3 Riksadvokatens brev av 9. april 2021 og oppfølgende undersøkelser

Ifølge Riksadvokatens brev hadde det i praktiseringen av tvangsmidler vært for liten oppmerksomhet om at all etterforskning må forfølge et relevant etterforskningsformål, målt mot mistanken i den konkrete saken.¹²¹ Kravet innebærer at tvangsmidler bare kan benyttes til å søke etter bevis for en straffbar handling som det er skjellig mistanke om at personen har begått.¹²² Ransakingen må med andre ord være egnet til å oppnå formålet med tvangsmiddelet – å søke etter bevis for en straffbar handling

som det allerede foreligger mistanke om.¹²³ Dersom en person mistenkes for besittelse av rusmidler og erkjenner dette, er lovbruddet oppklart, og man må ha skjellig grunn til mistanke om øvrige forhold for å benytte videre tvangsmidler. Ønsker man søke etter bevis mot andre enn siktede, eksempelvis den som har solgt rusmidlene, må vilkårene for såkalt tredjemannsransaking være oppfylt.¹²⁴ I tillegg er det krav om at tvangsmiddelet er forholdsmessig opp mot lovbruddet det er mistanke om, at gjennomføringen skjer på riktig måte, og at det finnes en måte å få effektiv legalitetskontroll med inngrepet på.

Riksadvokaten presiserte i lys av dette at ved bruk av rusmidler, skal mobiltelefon ikke ransakes kun for å avdekke det nærmere omfanget av rusmiddelbruken. Dersom slik ransaking mangler et relevant etterforskningsformål, vil dette kunne være i strid med lovskravet i EMK artikkel 8. Videre kan det stilles spørsmål ved både formålstjenligheten og forholdsmessigheten dersom lovbruddet (bruk av rusmidler) allerede er oppklart. EMD stiller også strenge krav ved ransaking av databærere uten rettslig kjennelse i forkant.¹²⁵

Riksadvokaten presiserte videre at kroppslig undersøkelse, for eksempel urinprøve, utelukkende for å avdekke inntak av rusmidler ikke vil være forholdsmessig etter norsk rett.¹²⁶ Når det gjelder forholdsmessighetskravet etter EMK, må kroppslig undersøkelse etter EMDs

¹¹⁸ Se *Camenzind v. Sveits*, avsn. 45 og *Gutsanovi v. Bulgaria* (34529/10), avsn. 220.

¹¹⁹ Se *Buck v. Tyskland*, avsn. 44.

¹²⁰ Se f.eks. *Jalloh v. Tyskland* (54810/00) som gjaldt tvungen bruk av brekningsmiddel, særlig avsn. 70–72.

¹²¹ Riksadvokaten, *Påtalemyndighetens legalitetskontroll med tvangsmiddelbruk*, s. 1–2.

¹²² Se LH-2022-39514. Saken er fremmet til behandling i Høyesterett, se HR-2022-1751-U.

¹²³ Se nærmere om det rettslige i Riksadvokaten, *Påtalemyndighetens legalitetskontroll med tvangsmiddelbruk*, s. 2.

¹²⁴ Se straffeprosessloven § 192 tredje ledd og fotnote nr. 130.

¹²⁵ Se *Trabajo Rueda v. Spania* (32600/12), hvor det ikke forelå tilstrekkelig grunn til å gjennomgå en datamaskin før rettens kjennelse.

¹²⁶ Se Riksadvokaten, *Påtalemyndighetens legalitetskontroll med tvangsmiddelbruk*, pkt. 6.2. Dette er også fulgt opp i underrettspraksis, se LH-2021-162213.

praksis være «convincingly justified on the facts of a particular case», og at «the particularly intrusive nature» av slike inngrep krever «strict scrutiny of all the surrounding circumstances». I denne vurderingen må den eventuelle straffbare handlingens alvorlighetsgrad særlig vektlegges.¹²⁷ Bruk av ulovlige rusmidler er et mindre bøteforhold og således ikke en alvorlig straffbar handling. Slik NIM ser det, vil Riksadvokatens presisering av at kroppslig undersøkelse ikke skal tas kun for å avdekke slike tilfeller, medføre redusert risiko for brudd på EMK artikkel 8.

Ifølge Riksadvokaten skal det ikke benyttes etterforskningsressurser til å kartlegge ervervet av rusmidler som er brukt, og at etterforskning av narkotikasalg må innrettes mot den som er mistenkt for salg. Ransaking skal heller ikke foretas for å avdekke en ukjent selger av stoffet, med mindre vilkår for tredjemannsransaking er oppfylt.¹²⁸ Der påtalejurist kan nås på telefon vil tjenestepersoner bare unntaksvis kunne beslutte tvangsmidler selv, ifølge Riksadvokaten.¹²⁹

Disse utgangspunktene er i godt samsvar med krav som følger av EMK. Lovens vilkår må være oppfylt for bruken av tvangsmiddelet, og også etter EMK gjelder det et krav om forholdsmessighet. Hva som er forholdsmessig, må vurderes konkret i hvert

tilfelle. Som nevnt stiller EMD ved flere former for tvangsmidler strenge krav der inngrepet besluttes av politiet selv. Også etter norsk rett er utgangspunktet at det er retten som skal beslutte bruk av tvangsmidler.¹³⁰ Det er derfor positivt at Riksadvokaten understreker at tvangsmidler kun unntaksvis kan besluttes av tjenesteperson selv.

I Riksadvokatens undersøkelse for å vurdere om de straffeprosessuelle rammene var overholdt ble det funnet flere tilfeller av tvangsmiddelbruk som var besluttet uten tilstrekkelig personell kompetanse, uten at lovens vilkår var oppfylt, eller som var uforholdsmessige. Dette betyr at det kan ha funnet sted flere tilfeller av tvangsmiddelbruk i strid med EMK artikkel 8.¹³¹ Det var i tillegg utfordringer med notoriteten, altså at det i mange tilfeller var vanskelig å ettergå om vilkårene for å benytte tvangsmidler var oppfylt.

NIM skrev våren 2022 brev til Riksadvokaten om de menneskerettslige rammene for tvangsmiddelbruk, og har hatt møte med Riksadvokaten og Politidirektoratet. Etter NIMs syn er det avgjørende at rusbrukere får samme vern mot vilkårlig eller uforholdsmessig maktbruk som andre, ved at straffeprosessuelle skranker overholdes. Det pågår som ledd i Riksadvokatens oppfølging en ny undersøkelse av tvangsmiddelbruk i mindre narkotikasaker.¹³² Etter NIMs oppfatning er det

¹²⁷ *Jalloh v. Tyskland* [GC], avsn. 70–71. EMD har så vidt NIM kjenner til, ikke hittil tatt stilling til forholdsmessigheten av kroppslig undersøkelse alene for å avdekke rus. Se likevel *Valla v. Frankrike* (42920/20) om blodprøve for å avdekke mulig rus hos en person siktet for vold. Saken ble henvist til behandling i EMD, men ble strøket fra videre behandling da Frankrike erkjente at inngrepet stred mot EMK art. 8.

¹²⁸ Straffeprosessloven § 192 tredje ledd oppstiller vilkår for når det ransakes hos andre enn den som er mistenkt for lovbruddet. Etter § 192 nr. 3 kan det ransakes der det er «særlig grunn» til å anta at det kan finnes bevis hos tredjeperson. Dette skal forstås som et krav om sannsynlighetsovervekt, jf. Rt. 1999 s. 805. EMD har funnet krenkelse av art. 8 i slike saker der det ikke forelå tungtveiende nok grunner til å ransake hos andre enn mistenkte selv, se *Buck v. Tyskland*, særlig avsn. 52.

¹²⁹ Riksadvokaten, *Påtalemyndighetens legalitetskontroll med tvangsmiddelbruk*, kap. 5.

¹³⁰ Se straffeprosessloven §§ 197 og 198.

¹³¹ Se nærmere redegjørelse i NIMs brev av 4. mars 2022, NIM-B-2022-006.

¹³² Riksadvokaten, *Politiets tvangsmiddelbruk i mindre alvorlige narkotikasaker – oppfølgende undersøkelse*, RA-2022-760-1 (7. april 2022). Undersøkelsen er ventet klar høsten 2022.

sentralt at Riksadvokatens funn følges opp i praksis for å forhindre ulovlige, og dermed også menneskerettsstridige, inngrep.

3.2.4 Riksadvokatens retningslinjer av 13. mai 2022

3.2.4.1 Påtaleunntatelse og tvangsmidler

Etter Høyesteretts dommer om straffutmåling for rusavhengige,¹³³ ga Riksadvokaten 13. mai 2022 nye retningslinjer for saker om rusavhengiges befatning med narkotika til eget bruk.¹³⁴ Det ble understreket at det skal vurderes nøye om det er grunn til å forfølge slike saker.¹³⁵ Er en person rusavhengig, skal det reageres med ubetinget påtaleunntatelse. Etter retningslinjene skal rusavhengiges befatning med narkotika til eget bruk som skal avgjøres med påtaleunntatelse, ikke danne grunnlag for tvangsmidler utover beslag av synlig narkotika. Dette er en innskrenking sammenlignet med tidligere praksis. Dette begrunnes i forholdsmessighetskravet – dersom forholdet ikke skal straffes, er det ifølge Riksadvokaten ikke grunn til å benytte inngripende tvangsmidler.¹³⁶

3.2.4.2 Hvem er «rusavhengig»?

En rettslig uavklart og viktig problemstilling er hvem som skal anses som rusavhengig, og hvordan dette skal avgjøres.¹³⁷ Høyesterett har uttalt at:

Rusavhengighet forutsetter [...] generelt en omfattende bruk av narkotika, både med hensyn til omfang og varighet, og som vedkommende selv har problemer med å kontrollere. [Dette] må bero på en objektiv vurdering, der tidligere rushistorikk og eventuell behandlingshistorikk vil stå sentralt. Også tidligere straffereaksjoner for narkotikarelaterte forhold og vedkommendes generelle livssituasjon er av betydning.¹³⁸

Riksadvokaten har presisert at dersom det ikke er noe som tilsier at den mistenkte er rusavhengig, kan det legges til grunn at personen ikke er det. Foreligger det derimot holdepunkter som tilsier rusavhengighet, skal tvil komme mistenkte til gode slik at vedkommende anses som rusavhengig. Det understrekes også at hvilke ressurser som skal benyttes på å avklare dette må vurderes nøye. Dette fordi det gjerne vil være gode grunner til å ikke bruke ressurser på spørsmålet dersom forholdet høyst kan medføre forelegg, og at forholdet i slike tilfeller bør vurderes henlagt.¹³⁹

I praksis blir klassifiseringen som rusavhengig avgjørende både for adgangen til å benytte tvangsmidler og for straffutmålingen. Dermed er det sentralt at skillet blir mulig å praktisere, og at de som rent faktisk oppfyller vilkåret, fanges opp. Som nevnt innledningsvis i denne rapporten kan det være glidende overganger mellom rekreasjonsbruk, problematisk bruk og

¹³³ Se kap. 3.1.1.

¹³⁴ Riksadvokatens retningslinjer av 13. mai 2022 om etterforskning, reaksjonsfastsettelse mv. etter ny høyesterettspraksis om rusavhengiges befatning med narkotika til egen bruk, RA-2022-826.

¹³⁵ Politiet har etter straffeprosessloven §§ 62 a annet ledd og 224 en viss skjønnsmessig adgang til ikke å forfølge mindre alvorlige lovbrudd, og slike lovbrudd skal nå ikke medføre straff.

¹³⁶ Riksadvokaten, *Ny høyesterettspraksis om strafferettslige reaksjoner for rusavhengiges befatning med narkotika til eget bruk, Vedlegg til riksadvokatens brev fredag 13. mai 2022* (13. mai 2022), s. 10.

¹³⁷ Se HR-2022-733-A, avsn. 24 hvor det uttales at «Langt vanskeligere er det å trekke yttergrensene for hvem som skal omfattes av endringene i straffutmålingspraksis.»

¹³⁸ HR-2022-733-A, avsn. 26.

¹³⁹ Riksadvokaten, *Ny høyesterettspraksis om strafferettslige reaksjoner for rusavhengiges befatning med narkotika til eget bruk, Vedlegg til riksadvokatens brev fredag 13. mai 2022*, s. 15.

avhengighetslidelser. Det er ikke avklart i rettspraksis hvordan grensen skal trekkes mellom disse. Om det benyttes tvangsmidler, kan politiet på stedet måtte vurdere hvem som er rusavhengig og ikke. Rusavhengighet kan imidlertid ikke nødvendigvis observeres ved en person. Dette kan lede til vanskelige problemstillinger i praksis. I ytterste konsekvens kan dette føre til uforholdsmessig tvangsmiddelbruk mot personer som er rusavhengige. Disse spørsmålene bør derfor etter NIMs oppfatning klargjøres.

3.2.4.3 Vernet mot selvinkriminering

Selvinkrimineringsvernet er et vern mot å måtte bidra til sin egen domfellelse. Dette følger av retten til en rettferdig rettergang etter EMK artikkel 6, og gjelder alle typer straffbare forhold.¹⁴⁰ Kjernen er et vern mot innhenting av bevis eller forklaringer gjennom press eller tvang. Arten og graden av press er derfor sentralt i vurderingen.¹⁴¹ Et typetilfelle som er problematisk er der en siktet blir truet med sanksjoner dersom vedkommende ikke forklarer seg.¹⁴² I norsk rett følger selvinkrimineringsvernet blant annet av Grunnloven § 95,¹⁴³ straffeprosessloven § 90 og § 232.

I praksis kan situasjonen for en som mener seg rusavhengig fortone seg slik at vedkommende må fortelle om historisk bruk for å unngå straff. Dette kan i prinsippet straffes dersom vedkommende blir funnet å ikke være rusavhengig. Riksadvokaten understreker i retningslinjene at innhenting av informasjon for å belyse rusavhengighet må respektere selvinkrimineringsvernet. Riksadvokaten presiserer videre at det ikke skal opprettes egne

saker på grunnlag av slike opplysninger om bruk eller befatning med narkotika.

Eventuelle innrømmelser av andre lovbrudd enn bruk og besittelse av narkotika til eget bruk vil ikke rammes av retningslinjene, og kan i prinsippet straffeforfølges. Det vil etter NIMs syn være helt sentralt at siktede gis god og utfyllende informasjon om hva slags opplysninger som er nødvendige for å avklare rusavhengighet, og hva slags opplysninger som ikke er det. Politiet har likevel ikke adgang til å fremsette løfter i avhør, se straffeprosessloven § 92 annet ledd.

Innrømmelser av historisk bruk, for eksempel opplysninger om at man er avhengig av en type rusmidler som man også er mistenkt for besittelse av, kan være med på å underbygge skyldspørsmålet for primærlovbruddet man er mistenkt for. Dette kan skape vanskelige situasjoner for en rusavhengig som prinsipielt mener seg ikke skyldig (eksempelvis at vedkommende ikke var kjent med at hen var i besittelse av stoffet), men subsidiært påberoper seg straffutmålingsfracfall grunnet rusavhengighet. Det er også nærliggende at politiet kan få tilgang til ytterligere opplysninger dersom den mistenktes opplysninger forsøkes bekreftet eller avkreftet. Dette kan skape vanskelige grensdragninger mellom hva som skal anes som opplysninger gitt av mistenkte, og hva som eventuelt kan benyttes som bevis. Dersom opplysninger om tidligere forhold gitt for å unnsnippe straff senere brukes for å underbygge skyldspørsmålet i en senere straffesak, vil dette kunne stride mot selvinkrimineringsvernet.

¹⁴⁰ *Saunders v. Storbritannia* (19187/91), avsn. 74.

¹⁴¹ *Ibrahim m.fl. v. Storbritannia* (50541/08, 50571/08, 50573/08 og 40351/09), avsn. 267.

¹⁴² *Saunders v. Storbritannia, Brusco v. Frankrike* (1466/07), *Heaney og McGuinness v. Irland* (34720/97).

¹⁴³ Se Rt. 2014 s. 1292, avsn. 14 og 15.

Det ovennevnte illustrerer noen av utfordringene Høyesteretts avgjørelser og de oppfølgende retningslinjene fra Riksadvokaten reiser. Disse må løses i rettspraksis eller av lovgiver.

3.2.5 Retten til et effektivt rettsmiddel

Et sentralt spørsmål i videre oppfølging, er hva de som har vært utsatt for tvangsmiddelbruk i strid med EMK artikkel 8 kan foreta seg. EMK artikkel 13 sikrer retten til et effektivt rettsmiddel. Bestemmelsen innebærer at det må finnes en nasjonal myndighet som kan prøve påstander om krenkelser av EMK, og at eventuelle krenkelser kan bli reparert på en passende måte.¹⁴⁴ Klager skal kunne «contest the lawfulness of the searches and seizures and obtain appropriate redress if they were unlawfully ordered or executed.»¹⁴⁵ Det er særlig sentralt at personer som har vært utsatt for husransaking uten rettslig kjennelse, har en praktisk måte å overprøve inngrepet på.¹⁴⁶

Spørsmål om lovligheten av et inngrep kan tas opp i forbindelse med pådømmelse av et straffbart forhold. Domstolene har i to nylige narkotikasaker funnet at bevis var innhentet ved ulovlig tvangsmiddelbruk. I en sak fra Hålogaland lagmannsrett medførte ransaking i strid med EMK artikkel 8 at tiltalte ble gitt cirka 20 prosent straffereduksjon, og lagmannsretten viste i denne forbindelse til EMK artikkel 13 om retten til et effektivt rettsmiddel.¹⁴⁷

I en sak fra Borgarting lagmannsrett medførte husransaking i strid med EMK artikkel 8 til at beviset ikke skulle tillates ført¹⁴⁸, og tiltalte ble senere frifunnet.¹⁴⁹ Begge avgjørelsene er fremmet til behandling i Høyesterett.¹⁵⁰

Saker om ulovlige rusmidler til eget bruk avgjøres gjerne med forelegg eller påtaleunntatelse, slik at sakene ikke når domstolene. Det samme kan gjelde saker der det ikke gjøres funn. Statens sivilrettsforvaltning (SRF) kan tilkjenne erstatning der dette fremstår som rimelig, jf. straffeprosessloven § 447 annet ledd. SRF har tilkjent erstatning etter ulovlig tvangsmiddelbruk.¹⁵¹ Klager var mistenkt for ruspåvirket kjøring, og det ble besluttet ransaking av hans person, telefon, bil og bopel. Blodprøve viste senere at han ikke var ruspåvirket. SRF fant at ransaking av telefon og bopel verken var relevante eller forholdsmessige etterforskingsskritt. Etter NIMs syn er det viktig at SRF har ressurser og kompetanse til å behandle slike saker, og at muligheten og fremgangsmåten for å klage gjøres godt kjent for de som kan ha vært utsatt for urettmessig tvangsmiddelbruk.

NIM anbefaler:

Myndighetene må sikre at all tvangsmiddelbruk utøves innenfor rammene av EMK artikkel 8, og at eventuelle brudd kan repareres etter EMK artikkel 13.

¹⁴⁴ Se mer om denne forpliktelsen i NIMs brev til Justis- og beredskapsdepartementet av 29. aug. 2019, *Gjennomføringen av retten til et effektivt rettsmiddel*, NIM-B-2019-001 og NIMs brev til Justis- og beredskapsdepartementet av 14. jan. 2022, *Oppfølging – gjennomføringen av retten til et effektivt rettsmiddel*, NIM-B-2022-002.

¹⁴⁵ *Posevini v. Bulgaria* (63638/14), avsn. 84.

¹⁴⁶ Se eksempelvis *Gutsanovi v. Bulgaria*, avsn. 222-226. Ved straffbare overtredelser av tjenesteplikter kan tjenestepersoner også anmeldes til Spesialenheten for politisaker. Dette er imidlertid ikke nødvendigvis å anse som et effektivt rettsmiddel etter EMK art. 13, se *Posevini v. Bulgaria*, avsn. 84.

¹⁴⁷ LH-2022-39514.

¹⁴⁸ LB-2022-22335-1.

¹⁴⁹ LB-2022-22335-2.

¹⁵⁰ Se HR-2022-1750-U og HR-2022-1751-U.

¹⁵¹ Se avgjørelser fra Statens sivilrettsforvaltning ESTR-2021-1990-1 og ESTR-2021-1990-2. Klager ble tilkjent kr. 15 000 i erstatning.

4. Hjelp

Tilgang til hjelpeapparatet er sentralt for realisering av en rekke menneskerettigheter. I denne delen vurderes flere problemstillinger knyttet til hjelpetilbudet på rusfeltet opp mot menneskerettighetene: beskyttelsestiltak overfor voldsutsatte i aktiv rus, kontrolltiltak i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og behandlingstilbudet til voksne med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser. I tillegg omtales tre ulike problemstillinger knyttet til hjelpetilbudet til barn i en egen del.¹⁵²

4.1 Beskyttelsestiltak overfor voldsutsatte i aktiv rus

Staten har en menneskerettslig plikt til å forebygge, avverge, beskytte mot og etterforske vold og overgrep mellom privatpersoner. Spørsmålet her er om staten sikrer menneskerettighetene til voldsutsatte personer i aktiv rus godt nok?

4.1.1 Det menneskerettslige rammeverket

Forpliktelsene til å forebygge, avverge, beskytte mot og etterforske vold og overgrep mellom privatpersoner, omtales gjerne som statens sikringsplikt – den forplikter ikke statene til bare å selv avstå fra menneskerettsstridig maktutøvelse, men til å handle aktivt. Slike plikter følger blant annet av EMK artikkel 2 (retten til liv), artikkel 3 (forbudet mot tortur, umenneskelig og nedverdiggende behandling), artikkel 8

(retten til privatliv) og artikkel 14 (diskrimineringsforbudet).¹⁵³

EMD har lagt til grunn at slike forpliktelser oppstår der staten har visst eller burde ha visst at det forelå en reell og umiddelbar risiko for vold og overgrep. Dersom disse vilkårene er oppfylt, må myndighetene utføre alle rimelige tiltak som kan forhindre at risikoen materialiserer seg. Staten kan selv vurdere hvilke tiltak som settes inn, men tiltakene må være egnet til å forhindre risikoen i å materialisere seg, og gi praktisk og effektiv beskyttelse.

Konkret innebærer sikringsplikten blant annet at politiet må beskytte voldsutsatte ved kjent risiko for vold og overgrep, og sikre effektiv etterforskning av slike saker. Myndighetene må også sikre at annet hjelpeapparat enn politiet har gode og effektive tiltak for å beskytte personer mot vold og overgrep. Mangelfull koordinering og

¹⁵² Hvert tema er strukturert på samme måte: Først gis en kort omtale av problemstillingen. Deretter følger to delkapitler som omtaler det juridiske regelverket, henholdsvis det menneskerettslige rammeverket og nasjonalt rammeverk. I sistnevnte omtales også relevante nasjonale handlingsplaner, strategier, retningslinjer og annet rammeverk. Formålet med denne inndelingen er å kunne gi en presis vurdering av menneskerettighetene isolert sett. Deretter gjennomgås relevant kunnskapsgrunnlag, før det i siste kap. under hvert tema gis en analyse av menneskerettslige utfordringer – hvor kunnskapsgrunnlaget vurderes opp mot det menneskerettslige (og nasjonale) rammeverket.

¹⁵³ Statens plikt til å beskytte mot vold og overgrep mellom privatpersoner følger også av flere andre konvensjoner, som barnekonvensjonen, FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff, og FNs kvinnekonvensjon. Også Grunnloven inneholder tilsvarende forpliktelser. Disse omtales ikke her.

manglende tiltak eller handling hos hjelpeapparatet kan føre til at statens menneskerettighetsforpliktelser brytes. Staten er dermed forpliktet til å føre en helhetlig og kunnskapsbasert politikk på feltet. Hvilke tiltak som skal iverksettes når, avhenger av den konkrete situasjonen. Dersom den voldsutsatte er en sårbar person, har myndighetene en særlig sterk forpliktelse til både å treffe tiltak og til å sørge for at personen gis reell beskyttelse.¹⁵⁴

Relevant i denne sammenhengen er Istanbulkonvensjonen, en konvensjon utviklet i lys av praksis fra EMD, FNs kvinnekonvensjon og andre menneskerettslige instrumenter. Konvensjonen gjelder for alle former for vold mot kvinner, også vold i nære relasjoner. Norge har avgitt en erklæring om at konvensjonen skal gjelde alle som er utsatt for vold i nære relasjoner.¹⁵⁵ Konvensjonen er tydelig på hvilke krav som stilles til hvordan statene skal utforme tiltak på feltet, og er tydeligere og mer spesifikk enn ordlyden i flere tidligere menneskerettighetsinstrumenter. Samtidig

er det ofte samsvar mellom de forpliktelsene som fremgår av Istanbulkonvensjonen, og de som fremgår av EMDs praksis.¹⁵⁶

Ifølge Istanbulkonvensjonen skal det finnes et reelt krisesentertilbud i landet («shelters»). Krisesentrene skal blant annet gi den voldsutsatte husly, sikkerhet og være lett tilgjengelige. I tillegg skal de ikke bare gi et trygt sted å være, men også bidra til at de voldsutsatte får støtten de trenger for å komme seg ut av voldelige relasjoner og bearbeide voldsopplevelser.¹⁵⁷ Den voldsutsatte skal også få ulike former for støtte som kan fasilitere «their recovery from violence». Slike tjenester er for eksempel helsetjenester, husly, utdanning, juridisk bistand og så videre. Profesjonelle tjenesteytere skal også være trent til å støtte voldsutsatte samt være gjort i stand til å sende den voldsutsatte videre til rette instans slik at de kan få den hjelpen de har behov for.¹⁵⁸ Det kreves også at staten må sørge for at profesjonelle tjenesteytere er trent til å forebygge og oppdage vold.¹⁵⁹

I utformingen og gjennomføringen av disse tiltakene plikter staten å ta særlig hensyn til

¹⁵⁴ Fra EMDs praksis, se f.eks. *Opuz v. Tyrkia* (33401/02) – kvinne utsatt for vold av tidligere ektemann, som også drepte sin tidligere svigermor; *Z m.fl. v. Storbritannia* (29392/95) – omsorgssvikt overfor barn, *Irina Smirnova v. Ukraina* (1870/05) – en eldre kvinne som delte leilighet med yngre menn ble utsatt for vold fra disse; *V.C. v. Italia* (54227/14) – en 15-årig jente ble del av en prostitusjonsring; *Kurt v. Østerrike* (62903/15) – barn utsatt for vold i nære relasjoner. Se også NIMs to rapporter *Vold og overgrep i samiske samfunn* (NIM-R-2018-001) fra 2018 og *Barns rett til beskyttelse mot vold, overgrep og omsorgssvikt* (NIM-R-2022-004) fra 2022. Se også Rt. 2013 s. 588, avsn. 45–50 med videre henvisinger.

¹⁵⁵ Jf. Istanbulkonvensjonen art. 2 nr. 2.

¹⁵⁶ Istanbulkonvensjonen ble ratifisert av Norge i nov. 2017.

¹⁵⁷ Istanbulkonvensjonen art. 23 og Europarådet, *Explanatory Report to the Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence*, CETS 210 (11.05.2011), avsn. 133–135. Dokumentet Explanatory Report er utarbeidet av Europarådet, og forklarer nærmere hva konvensjonens forpliktelser innebærer. *Wienkonvensjonen om traktatrett*, 1155 UNTS 331 (23.05.1969, trådte i kraft 27.01.1980) er ikke ratifisert av Norge, men kodifiserer folkerettslig sedvane som Norge er bundet av. Art. 31.2 bestemmer at «agreements relating to the treaty» utgjør en kontekst traktaten må tolkes i lys av, såfremt den var «between all parties in connexion with the conclusion of the treaty». Dörr legger til grunn at det er vanlig traktatpraksis at forklarende rapporter er en slik avtale som utgjør en kontekst avtalen skal tolkes i, se Dörr, Oliver og Kirsten Schmalenbach, *Vienna Convention on the Law of Treaties: A Commentary* (Berlin, Heidelberg: Springer Berlin / Heidelberg, 2018), s. 591.

¹⁵⁸ Istanbulkonvensjonen art. 20 og Explanatory Report, avsn. 125–127.

¹⁵⁹ Istanbulkonvensjonen art. 14.

sårbare personers individuelle behov. Rusavhengighet er en slik sårbarhet som staten er forpliktet til å hensynta. Det skal også tas særlig hensyn til at kvinner er sårbare.¹⁶⁰

Videre kreves det at staten har en kunnskapsbasert tilnærming til voldsarbeidet. Dette innebærer at staten sørger for å utarbeide statistikk og forskning som kartlegger årsaker til og konsekvenser av alle former for vold og overgrep. I tillegg er det viktig å undersøke om iverksatte tiltak fungerer.¹⁶¹

Vold og overgrep skjer i alle typer relasjoner, og statens sikringsplikt til å hindre dette gjelder uavhengig av relasjonen mellom personene. Samtidig har vold i nære relasjoner et spesielt fokus i menneskerettslige instrumenter, og anses i hovedsak som et kjønnsbasert voldsproblem. Kvinner rammes uproporsjonalt oftere enn menn. Konvensjonene som omtales her, har i ulik grad hensyntatt dette, og forpliktelsene er ofte særlig rettet inn mot beskyttelse av kvinner og vold i nære relasjoner. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at både kvinner og menn har et menneskerettslig vern mot å bli utsatt for vold og overgrep. Ulike former for sårbarhet hos den voldsutsatte skjerper statens sikringsplikt.

4.1.2 Nasjonalt rammeverk

Ulik lovgivning i Norge skal beskytte personer mot vold og overgrep. For eksempel er volds- og overgrepshandlinger straffbart, og både politiet og andre offentlige tjenestepersoner har lovpålagte avvergeforpliktelser. Et annet eksempel er at helse- og omsorgstjenesten har et selvstendig ansvar for å bidra til at vold og seksuelle overgrep blir forebygget, avdekket og avverget.¹⁶²

Krisesenterlova gir nærmere regler for drift av krisesentre. Krisesenterlova § 2 første ledd gir kommunen en plikt til å sørge for et krisesentertilbud som skal kunne benyttes av personer som er utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner, og som har behov for rådgivning eller et trygt eller midlertidig botilbud.¹⁶³ Bestemmelsen oppstiller også krav til krisesentertilbudet, herunder at kommunen skal sørge for god kvalitet på tilbudet, blant annet ved at de ansatte har kompetanse til å ivareta de særskilte behovene til brukerne.¹⁶⁴ I § 3 pålegges kommunen å sørge for at tilbudet «så langt råd er» blir lagt til rette slik at det kommer brukernes individuelle behov i møte.¹⁶⁵ Kommunen skal også sørge for at voldsutsatte får en helhetlig oppfølging gjennom samordning av tiltak mellom krisesentertilbudet og andre deler av tjenesteapparatet.¹⁶⁶ For å bistå kommunene med å sikre et godt krisesentertilbud, har Bufdir utarbeidet en veileder til kommunene om kvalitet og

¹⁶⁰ Istanbulkonvensjonen art. 12 nr. 3 og art. 18 nr. 3 siste strekpunkt, jf. Explanatory Report, avsn. 120, jf. avsn. 87.

¹⁶¹ Istanbulkonvensjonen art. 11, jf. Explanatory Report, avsn. 74–82. Explanatory Report gir en utførlig beskrivelse av hvilken informasjon som bør fremkomme i datainnsamlingen og i forskningen, og hvilke formål informasjonen skal tjene.

¹⁶² Tannhelsetjenesteloven § 1-3 c, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 f, og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 a.

¹⁶³ Krisesenterlova § 2, første ledd.

¹⁶⁴ Krisesenterlova § 2, fjerde ledd.

¹⁶⁵ Krisesenterlova § 3, første ledd.

¹⁶⁶ Krisesenterlova § 4.

innhold i krisesentertilbudet¹⁶⁷, samt en egen veileder til krisesenterloven.¹⁶⁸ I tillegg har det blitt satt i gang utviklingsprosjekter for å styrke kommunenes krisesentertilbud til utsatte grupper.¹⁶⁹

Handlingsplanen mot voldtekt for perioden 2019–2022 inneholder en rekke tiltak som skal hindre voldtekt, og omtaler hjelpetilbudet til risikoutsatte spesifikt.¹⁷⁰ Et tiltak som nevnes er modellen «TryggEst», som skal hjelpe kommunene med å styrke sitt helhetlige arbeid med å forebygge, avdekke og håndtere vold og overgrep mot risikoutsatte voksne.¹⁷¹ Personer med rusavhengighet inngår i prosjektets målgruppe, og prosjektet består blant annet av ulike verktøy for å organisere dette arbeidet, samt opplæring innen tematikken. Videre inneholder handlingsplanen «Frihet fra vold» en rekke tiltak for bekjempelse av vold i nære relasjoner i perioden 2021–2024.¹⁷² Et av tiltakene er å utrede lovendringer og vurdere tiltak for å øke kvaliteten i krisesentertilbudet. Tilbudet til særlig utsatte grupper er omtalt som mangelfullt.¹⁷³

4.1.3 Kunnskapsgrunlaget

Personer med rusproblemer er betydelig mer utsatt for vold og overgrep enn resten av befolkningen. 31 prosent av mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester med rusproblemer, utsetter andre eller er selv utsatt for vold eller trusler. Nesten fire av ti mottakere med alvorlige ROP-lidelser utsettes for vold.¹⁷⁴ En gjennomgang av partnerdrap i Norge viste at 47 prosent av gjerningspersonene og 32 prosent av ofrene hadde rusproblemer før drapet. Blant ofrene med rusproblemer, var en kombinasjon av alkohol og ulike narkotiske stoffer mest utbredt, etterfulgt av kun alkohol.¹⁷⁵

Det eksisterer lite kunnskap om det generelle hjelpetilbudet til voldsutsatte i aktiv rus. Funn fra en gjennomgang i regi av Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) antyder likevel at tilbudet er svakt.¹⁷⁶ Dette bekreftes av en rapport fra 2014 om vold mot kvinner med sammensatte problemer i Bergen, hvorav flesteparten hadde rusproblemer.¹⁷⁷ Rapportens hovedkonklusjon er at det mangler kjennskap, kompetanse og erkjennelse i hjelpeapparatet om volden denne gruppen lever med.¹⁷⁸ Ifølge en rapport fra Pro Sentret i 2021 er det høy

¹⁶⁷ Bufdir, *Krisesenterveileder – Faglig veileder for innholdet i krisesentertilbudet*, 11.06.2018 (senere oppdatert).

¹⁶⁸ Bufdir, *Veileder til krisesenterloven* (2015).

¹⁶⁹ Bufdir, *Krisesentre*, 17.12.2021.

¹⁷⁰ Justis- og beredskapsdepartementet, *Handlingsplan mot voldtekt 2019–2022* (2019), s. 26 flg.

¹⁷¹ Se også Bufdir, *TryggEst – vern av risikoutsatte voksne*, hentet 15.06.2022.

¹⁷² Justis- og beredskapsdepartementet, *Frihet fra vold: Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner 2021–2024* (2021).

¹⁷³ *Ibid.*, s. 46.

¹⁷⁴ Hustvedt, Inger Bjørge m.fl., *Brukerplan – årsrapport 2020: Tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunale helse- og omsorgstjenester* (Stavanger: Helse Stavanger, 2021). Kartleggingen er begrenset til 194 av landets kommuner, og tallet er derfor ikke nødvendigvis gjeldende for hele landet.

¹⁷⁵ Vatnar, Solveig Karin Bø, Friestad Christine og Stål Bjørkly, «The influence of substance use on intimate partner homicide: Evidence from a Norwegian National 22-year cohort», *International Journal of Forensic Mental Health* 18, nr. 2 (2019), s. 99–110.

¹⁷⁶ Sandmoe, Astrid, Nora Starheim Ruud og Solveig Bergman, *Kommunenes helhetlige arbeid med vold mot kvinner og vold i nære relasjoner* (Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress, 2021), s. 25–27.

¹⁷⁷ Austegård, Åshild og Anja Therese Holst, *Kvinner på randen* (Bergen: ALF as, Senter for arbeidslivsforberedelse, 2014).

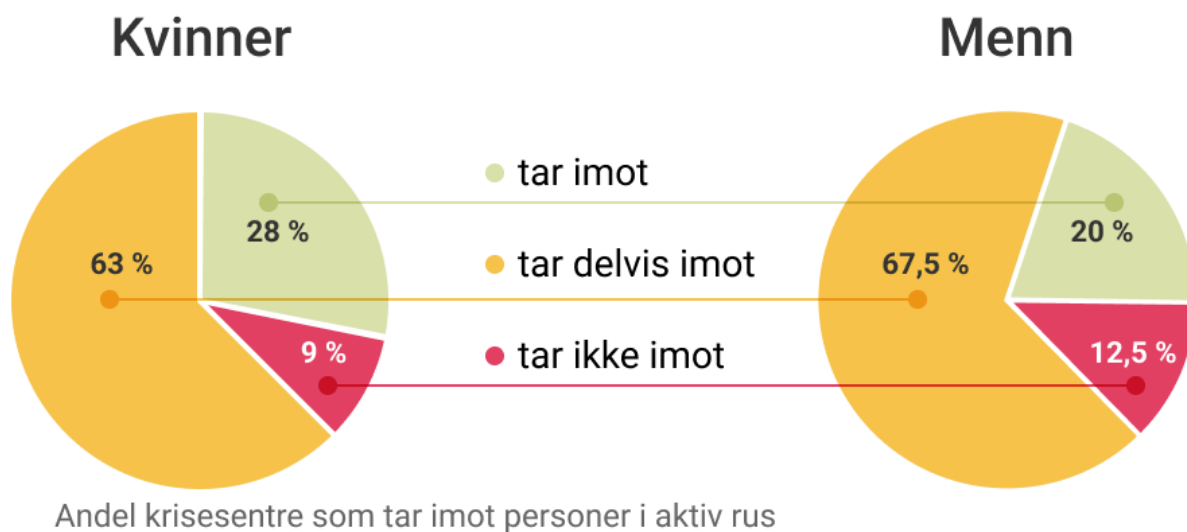
¹⁷⁸ Austegård og Holst, *Kvinner på randen*, s. 5.

toleranse for vold både i rusmiljøet og i rusfeltets tjenestetiltak. Rapporten finner at rusrelatert prostitusjon ofte blir ignorert og usynliggjort, noe som fører til at sexselgere i rusmiljøene i praksis ofte overlates til seg selv når det gjelder å håndtere voldelige episoder.¹⁷⁹

Mye tyder på at krisesentertilbudet til voldsutsatte i aktiv rus er mangelfullt. En undersøkelse fra Varde Hartmark fra 2017 pekte på at denne gruppen ofte har behov for et mer tilrettelagt tilbud, blant annet grunnet utagerende atferd og dårligere utgangspunkt for å mestre et botilbud. Rapporten konkluderte med at dagens krisesentertilbud til voldsutsatte med rusproblemer er svært variert, og at krisesenterlova gir kommunene rom for å nedprioritere et differensiert tilbud til denne

gruppen.¹⁸⁰ Flere kommuner og krisesentre mangler nødvendige skjermingsmuligheter og kompetanse for å kunne ivareta og gi et likeverdig tilbud til personer med rusproblemer.¹⁸¹ Rapporten peker også på at samordningen mellom krisesentrene og andre viktige instanser i hjelpeapparatet – som legevakt, rusomsorg, psykisk helseverntjeneste og spesialisthelsetjenesten – ofte er mangelfull.¹⁸² Dette bildet bekreftes av flere kunnskapsgjennomganger.¹⁸³

Krisesenterstatistikken for 2021 viser at krisesentrene sjeldnere gir et botilbud til personer med kjent rusproblematikk. Kun 28 prosent (12 av 43) av krisesentrene med tilbud til kvinner og 20 prosent (8 av 40) av sentrene med tilbud til menn, oppgir at de har et tilbud til denne gruppen.¹⁸⁴ Blant de



¹⁷⁹ Pro Sentret, *Ute av sinn, ute av syne? Om rusfeltets håndtering av salg og bytte av sex i rusmiljøene* (Oslo: Pro Sentret, 2021), s. 29 og 36.

¹⁸⁰ Varde Hartmark, *Prosjektrapport: Sentrale funn og anbefalinger. Utviklingsprosjekt for å styrke krisesentertilbudet i kommunene til voldsutsatte med alvorlig problematikk knyttet til rus, psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse* (Oslo: Varde Hartmark, 2017), s. 3.

¹⁸¹ *Ibid.*, s. 17.

¹⁸² *Ibid.*, s. 15–16.

¹⁸³ Se Bliksvær, Trond m.fl., *Kommunenes krisesentertilbud – en kunnskapsoversikt* (Bodø: Nordlandsforskning, rapport nr. 13, 2019) og Sandmoe, Ruud og Bergman, *Kommunenes helhetlige arbeid med vold mot kvinner og vold i nære relasjoner*.

¹⁸⁴ Bufdir, *Krisesentertilbudet i norske kommuner: Tilgjengelighet på krisesentrene*, 21.06.2022.

resterende krisesentrene svarer fire sentre med tilbud til kvinner og fem sentre med tilbud til menn at denne gruppen ikke fikk tilbud om opphold. 27 krisesentre sier de vurderer dette i hvert enkelt tilfelle for kvinner, og tilsvarende for menn. Siden 2019, har antallet krisesentre som ikke har et tilbud til personer med rusproblemer i det hele tatt gått noe ned, og andelen med et tilbud har gått noe opp.

Det mangelfulle krisesentertilbudet til personer med rusproblemer og andre marginaliserte grupper ble påpekt av Partnerdrapsutvalget, som leverte sin NOU i 2020.¹⁸⁵ Utvalget foreslo flere tiltak for å sikre et mer likeverdig krisesentertilbud.

I medhold av forskrift om tilskudd til tiltak mot vold og overgrep er det etablert en tilskuddsordning for å bidra til å forebygge og bekjempe vold og overgrep i nære relasjoner, og ivareta voldsutsatte voksne og barn.¹⁸⁶ Det kan søkes tilskudd til krisesentre gjennom ordningen gjennom Bufdir. Flere kommuner har mottatt tilskuddsmidler gjennom ordningen de senere årene for å styrke krisesentertilbudet til personer i aktiv rus, blant annet i Oslo, Bergen og Molde.¹⁸⁷

4.1.4 Menneskerettslige utfordringer

Kunnskapsgrunnlaget viser at en høy andel personer i aktiv rus utsettes for vold. Personer i aktiv rus er en sårbar gruppe, og dette gjelder særlig kvinner. Dette utløser en handlingsplikt for staten som innebærer at det må iverksettes målrettede tiltak med utgangspunkt i denne gruppens behov og sårbarhet. Rapportene og statistikken som ble omtalt i forrige kapittel viser at det er

svakheter i hvordan disse forpliktelsene ivaretas.

Det mangler et reelt krisesentertilbud til personer i aktiv rus mange steder i landet. Personer i aktiv rus har ofte behov for et tilrettelagt tilbud: De kan ha behov for tilleggsstøtte for å mestre et botilbud og behov for skjerming fra andre beboere. Andre beboere, for eksempel barnefamilier, har også behov for skjerming fra personer i aktiv rus. Et klart mindretall av krisesentrene oppgir at de har et tilbud til personer i aktiv rus. I flere av krisesentrene vurderes dette i hvert enkelt tilfelle, og det er grunn til å anta at tilbudet vil variere blant disse. Flere kommuner har de senere årene mottatt tilskuddsmidler for å styrke sitt tilbud, noe som er positivt. Mye tyder likevel på at det i all hovedsak ikke finnes et tilstrekkelig alternativ til det tradisjonelle krisesenteret for denne gruppen. Etter krisesentertjenesteloven § 3 avgrenses kravet om tilrettelegging av tilbudet av formuleringen «så langt råd er». Dette gir kommunene adgang til å nedprioritere et differensiert tilbud til voldsutsatte med alvorlig tilleggsproblematikk som rusavhengighet til fordel for andre grupper. Et så fleksibelt skjønn til kommunene kan bidra til å vanskeliggjøre oppfyllelsen av Istanbulkonvensjonens forpliktelser til å forebygge, avverge og beskytte mot vold og overgrep mellom privatpersoner.

Staten må ha oppdatert kunnskap om rusbrukere og vold, og hvordan denne gruppen møtes av hjelpeapparatet. Så vidt NIM kan se finnes det lite oppdatert og systematisk kunnskap om problemstillingen.

¹⁸⁵ NOU 2020: 17, s. 213–214.

¹⁸⁶ Forskrift om tilskudd til tiltak mot vold og overgrep av 24. november 2021 nr. 3297, se § 1.

¹⁸⁷ For oversikt over tildelinger etter ordningen, se Bufdir, *Oversiktsside over tilskudd til tiltak mot vold og overgrep*, hentet 05.09.2022.

Enkelte funn tyder på at det er manglende kjennskap, kompetanse og erkjennelse i hjelpeapparatet om volden denne gruppen lever med. En særlig problemstilling som det etter NIMs syn er lite kunnskap om, er rusbrukere som selger eller bytter sex for rusmidler. Dette er en marginalisert gruppe, som har vært regnet som spesielt utsatt for vold og overgrep.

Å beskytte personer i aktiv rus mot vold og overgrep er i mange tilfeller svært krevende, og det finnes få enkle løsninger. Hjelpetilbudet til voldsutsatte er sammensatt, og hjelpeapparatet skal både ivareta behovene til voldsutsatte i aktiv rus og øvrige voldsutsatte. Ofte er behovene ikke overlappende. Krisesentrene og andre sentrale tjenester har også begrensede ressurser, noe som begrenser hvor mye det er mulig å tilrettelegge tilbudet til den enkelte. Likevel tyder kunnskapsgrunnlaget på at dagens tilbud til voldsutsatte i aktiv rus ikke fullt ut ivaretar ulike menneskerettslige forpliktelser, blant annet etter Istanbulkonvensjonen.

NIM anbefaler:

Myndighetene bør utrede hvordan hjelpetilbudet til voldsutsatte i aktiv rus kan styrkes, og sikre gruppen reell tilgang til et godt krisesentertilbud over hele landet.

4.2 Kontrolltiltak i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

LAR er en tverrfaglig, spesialisert behandling av opioidavhengighet, som blant annet består av utdeling av vanedannende legemidler (substitusjonsbehandling). Fordi substitusjonslegemidler er sterkt avhengighetsskapende, underlegges disse streng kontroll, i form av blant annet kontrollert utlevering, overvåket inntak av legemiddelet og urinprøver. Spørsmålet er om disse kontrolltiltakene er i tråd med menneskerettighetene?

4.2.1 Det menneskerettslige rammeverket

Etter EMK artikkel 8 har alle krav på vern om sitt privatliv, hjem og korrespondanse. I utgangspunktet garanterer ikke artikkel 8 retten til helse som sådan, men EMD har i flere saker behandlet spørsmål om medisinsk behandling under EMK artikkel 8.¹⁸⁸ Staten har etter EMDs praksis ikke plikt til å tilby substitusjonsbehandling mot opioidavhengighet, og EMD har ikke tatt stilling til om kontrolltiltak for slik behandling, slik som urinprøver eller henteordninger, utgjør inngrep i EMK artikkel 8.¹⁸⁹ Spørsmålet om kontrolltiltakene under LAR-behandling er forenlig med EMK artikkel 8 utdypes i kapittel 4.2.4.

4.2.2 Nasjonalt rammeverk

Hvordan LAR-behandling skal gis, følger av helselovgivningen.

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-16 gir hjemmel til forskrift med nærmere regler om

¹⁸⁸ Visse kontrolltiltak kan også aktualisere retten til bevegelsesfrihet etter EMK tilleggsprotokoll 4 art. 2. Flere sider av bevegelsesfriheten konsumeres imidlertid av vernet i art. 8. Videre er det tilsvarende vilkår som må være oppfylt for inngrep i bevegelsesfriheten som for privatlivet. Dette kapitlet begrenser seg derfor til art. 8. Også retten til helse i ØSK art. 12 og diskrimineringsvernet i både ØSK og EMK er relevant, men det vil føre for langt å gå inn i disse rettighetene under dette temaet.

¹⁸⁹ *Abdyusheva m.fl. v. Russland*.

LAR. Bestemmelsen åpner blant annet for at det gis regler om formålet med LAR, kriterier for inntak og utskrivning, krav om utarbeidelse av individuell plan for pasienter og adgang til å kreve urinprøver og blodprøver til kontrollformål. I tillegg finnes egne bestemmelser om medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1, og klagerett i § 7-2. I helsepersonelloven kapittel 8 fremgår dokumentasjonsplikt for den som yter helsehjelp.

Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften) gir nærmere regler om LAR-behandling, herunder om beslutningsmyndighet, individuell plan og brukermedvirkning samt om utlevering og inntak av legemidler og urinprøver.¹⁹⁰ I § 7 finnes regler for utlevering og inntak av legemidler. Bestemmelsen gir lege i spesialisthelsetjenesten adgang til å beslutte valg av utleveringsordning og at legemidlet skal tas under påsyn av helsepersonell. Dette for å sikre en forsvarlig behandling av pasienten, hindre at legemidlene tas i strid med legens rekvirering eller at legemidlene blir gjort tilgjengelig for andre enn pasienten selv. Slike beslutninger kan også overlates til allmennlege i primærhelsetjenesten. I § 8 gis det adgang til å beslutte at pasienten skal avlegge prøver av biologisk materiale, slik som urinprøve. Formålet er å få oversikt over pasientens legemiddelinntak og

rusmiddelbruk, og kan besluttes der dette er nødvendig for en faglig forsvarlig oppfølging av pasienten. Det kan besluttes at prøvene skal avlegges under påsyn.¹⁹¹

Ny nasjonal faglig retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet ble publisert 23. mai 2022,¹⁹² og erstatter retningslinjen fra 2010.¹⁹³ Retningslinjene utdyper utgangspunktene i forskriften. Retningslinjene anbefaler at kartlegging av pasientens rusmiddelbruk primært bør gjøres gjennom observasjon og dialog med pasienten. Om urinprøver er nødvendig i tillegg, skal vurderes individuelt. Hvilken individuell utleveringsordning som velges bør ifølge retningslinjene besluttes etter en vurdering av pasientens bruk av rusmidler, pasientens behov i behandling og rehabilitering, og risikoen for lekkasje til tredjepart. Ifølge Helsedirektoratet innebærer de nye retningslinjene blant annet økt brukermedvirkning, økt grad av individuelle vurderinger og flere legemidler i LAR.¹⁹⁴

4.2.3 Kunnskapsgrunnet

Ved utgangen av 2021 var det nesten 8200 mennesker som mottok LAR-behandling i Norge.¹⁹⁵ Antallet pasienter var i sterk vekst frem til 2012. Økningen har senere flatet ut, men fortsatt å stige jevnt.¹⁹⁶ Det er godt dokumentert at LAR har en tydelig positiv effekt på opioidavhengiges helsetilstand. Mer enn halvparten av pasientgruppen viser

¹⁹⁰ LAR-forskriften.

¹⁹¹ LAR-forskriften § 8.

¹⁹² Helsedirektoratet, *Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet*, nasjonal faglig retningslinje (2022).

¹⁹³ Helsedirektoratet har også utarbeidet en egen retningslinje for gravide i LAR: *Nasjonal faglig retningslinje for gravide i LAR og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder* (2011). I tillegg finnes *Anbefalinger om prevensjon og familieplanlegging, legemiddelvalg og legemiddeldose* (2019). Gravide og LAR omtales ikke videre i denne rapporten.

¹⁹⁴ Helsedirektoratet, *Ny nasjonal retningslinje for behandling ved opioidavhengighet*, nettsak, 23.05.2022.

¹⁹⁵ Tallene og funnene som presenteres her, er fra perioden før nye retningslinjer kom på plass.

¹⁹⁶ Bech, Anne Berit m.fl., *Statusrapport 2021: Siste år med gamle LAR-retningslinjer*, (Oslo: SERAF, rapport nr. 2, 2022), s. 1.

god rusmestring med lite bruk av rusmidler, og overdosedødeligheten er sterkt redusert under LAR-behandling sammenlignet med tilsvarende populasjoner utenfor behandling.¹⁹⁷ En norsk studie fra 2021 konkluderer med at LAR har spart rundt 100 menneskeliv årlig i perioden 1998–2016.¹⁹⁸

Det er knyttet usikkerhet til det eksakte omfanget av lekkasje av LAR-medikamenter på det illegale markedet. I en brukerundersøkelse rettet mot LAR-pasienter fra 2016, svarte 28 prosent at de «noen gang har solgt eller gitt bort LAR-medisinen».¹⁹⁹ 17 prosent av overdosedødsfall i 2021 var knyttet til metadon, og tilsvarende for syntetiske opioider som buprenorfin. Det er uvisst hvor mange av dødsfallene som ble forårsaket av medisiner foreskrevet av lege, og hvor mange som skjer blant personer utenfor LAR.²⁰⁰ Det er likevel grunn til å anta at en del metadonutløste dødsfall skyldes bruk av metadon utenfor LAR, blant annet som en konsekvens av lekkasje av LAR-medikamenter.²⁰¹

Selv om de fleste LAR-pasientene viser god rusmestring, bruker en undergruppe på rundt 20–30 prosent rusmidler regelmessig og ukontrollert.²⁰² Samtidig bruk av substitusjonslegemiddel og rusmidler gir økt

risiko for overdose og andre alvorlige rusrelaterte hendelser.²⁰³

Urinprøver og kontrollert utlevering av legemiddel under påsyn, har som formål å redusere både helsefaren for pasienten selv og for samfunnet ved å forhindre lekkasje av medisiner til tredjepart. Samtidig er det heftet usikkerhet ved effekten av kontrolltiltakene. I forbindelse med utarbeidelsen av nye retningslinjer for LAR, bestilte Helsedirektoratet to systematiske oversikter fra Folkehelseinstituttet (FHI) for å vurdere effekten av overvåket inntak og biologiske tester. FHI konkluderte med at dokumentasjonen er for usikker til at man kan si noe om effekten av ikke-overvåket inntak sammenlignet med overvåket inntak av substitusjonslegemiddel med hensyn til å bli værende i behandlingen (retensjon), bruk av ikke-foreskrevne opioider, forekomst av kriminalitet, pasienttilfredshet og alvorlige uønskede hendelser.²⁰⁴ En systematisk oversikt fra Cochrane Library viste et tilsvarende resultat om lekkasje til tredjepart på det illegale markedet.²⁰⁵

Når det gjelder bruken av biologiske tester, konkluderte FHI også her med at dokumentasjonen er for usikker til å si om regelmessige urinprøver påvirker bruk av ulovlige stoffer eller tilfredshet med behandlingen. Det mangler dokumentasjon

¹⁹⁷ Ibid., s. 38 og 46.

¹⁹⁸ Røgeberg, Ole, Daniel Bergsvik og Thomas Clausen, «Opioid overdose deaths and the expansion of opioid agonist treatment: a population-based prospective cohort study», *Addiction* 117, nr. 5 (2021) s. 1363-1371.

¹⁹⁹ Brun, Lena Marie m.fl., *1032 brukere – om LAR i Norge: En «bruker til bruker» undersøkelse utført av ProLAR* (Oslo: proLAR, 2016).

²⁰⁰ FHI, *Narkotika i Norge*, «Narkotikautløste dødsfall 2021».

²⁰¹ Lobmaier, Philipp m.fl., *Statusrapport 2019: Nye medisiner – nye muligheter?* (Oslo: SERAF, rapport nr. 1, 2020), s. 55.

²⁰² Bech m.fl., *Statusrapport 2021: Siste år med gamle LAR-retningslinjer*, s. 38.

²⁰³ Helsedirektoratet, *Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet*, nasjonal faglig retningslinje (2022).

²⁰⁴ Hov m.fl., *Ikke-overvåket inntak av legemidler for personer i legemiddelassistert rehabilitering: En systematisk oversikt* (Oslo: FHI, 2016).

²⁰⁵ Saullé, Rosella, Simona Vecchi og Linda Gowing, «Supervised dosing with a long-acting opioid medication in the management of opioid dependence», *Cochrane Database Systematic Reviews* 4, nr. CD011983 (2017).

om effekten av slike prøver på retensjon, rehabiliteringsmål, selvrapportert bruk av ikke-foreskrevne legemidler/rusmidler og kriminalitet.²⁰⁶

I 2019²⁰⁷ møtte LAR-pasienter i gjennomsnitt 3,6 ganger i uken for utlevering av medisiner, hvorav hovedvekten av inntak skjedde overvåket. Omtrent halvparten av pasientene fikk utdelt medikamentet sitt gjennom apotek. Andre utleveringssteder inkluderer kommunalt tjenesteapparat og LAR-tiltak.²⁰⁸ Det er store regionale forskjeller i utleveringsordningene, både når det gjelder utleveringssted og hyppighet i antall utleveringer.²⁰⁹

I gjennomsnitt avla pasientene prøver i underkant av hver fjortende dag, i hovedsak urinprøver. Spyttprøver brukes i liten grad av økonomiske årsaker. Noe over 43 prosent av pasientene avla regelmessige prøver, og ytterligere 30,6 prosent hadde en stikkprøveordning. Det samlede antallet

prøver har gått vesentlig ned siden 2005. Når det gjelder omfanget av urinprøver er det også store regionale forskjeller.²¹⁰

Mye tyder på at også mange pasienter som har vært lenge i LAR gjennomgår til dels strenge urinprøvekontroller. Dette kommer frem i en undersøkelse av LAR-brukere fra 2021 initiert av brukerorganisasjonen proLAR Nett, hvor det store flertallet av deltakerne har vært i LAR i over åtte år, ser ut til å være godt rehabilitert og bruke lite rusmidler.²¹¹ Likevel svarer to tredjedeler at de tar urinprøver, tilsvarende andelen for LAR-pasienter generelt. Det er store forskjeller mellom de ulike fylkene i andelen som avlegger urinprøver og hyppigheten i utlevering. En drøy tredjedel tar urinprøver en gang i uken, og like mange tar prøver en eller to ganger i måneden. På spørsmål om hva pasienten tror er hensikten med urinprøver, svarer 22 prosent at prøvene ikke har noen hensikt, og 24 prosent at prøver er et krav fra LAR/fastlege/andre. En tredjedel svarer at de føler seg tvunget eller presset til å ta urinprøver.²¹²

Det er uvisst hvor mange som klager på kontrolltiltak i LAR, og hvor godt pasientgruppen blir informert om muligheten til å klage. Den overnevnte undersøkelsen kan likevel gi en viss indikasjon på hvordan LAR-systemets veiledning knyttet til klager oppleves blant flere av brukerne: På



Andel LAR-pasienter som avlegger urinprøver

²⁰⁶ Hov m.fl., *Bruk av biologiske tester i oppfølgingen av personer som mottar legemiddelassistert rehabilitering for opioidavhengighet: En systematisk oversikt* (Oslo: FHI, 2016).

²⁰⁷ I forbindelse med Covid-19 pandemien ble kontrolltiltakene i LAR redusert for de fleste pasienter. Her tas det derfor her utgangspunkt i tallene for 2019, som utgjør det siste «normalåret».

²⁰⁸ Lobmaier m.fl., *Statusrapport 2019: Nye medisiner – nye muligheter?*, s. 28.

²⁰⁹ *Ibid.*, s. 28–29.

²¹⁰ *Ibid.*, s. 29.

²¹¹ Welle-Strand, Gabrielle m.fl., *861 brukere – om LAR i Norge: Hvordan opplever brukerne LAR-behandlingen de mottar, og i hvilken grad medvirker de i egen behandling?* (Oslo: ProLAR Nett, 2021). Totalt har 69 % av deltakerne vært i LAR i over åtte år, og 90 % har vært i LAR i over tre år.

²¹² *Ibid.*, s. 40–43.

spørsmål om LAR hjelper deg med å klage om du ikke er fornøyd med behandlingen, svarer 42 prosent nei.²¹³ Undersøkelsen finner også at mange av deltakerne har svært lav tillit til LAR-systemet, opplever lite medvirkning og føler seg maktesløse i møte med systemet. Fire av ti svarte at de ønsker å slutte i LAR og oppgir at LAR er et rigid system som hovedgrunn, etterfulgt av bivirkninger av medisinen, henteordningene og at medisinen ikke fungerer lenger.²¹⁴ I 2021 valgte i underkant av 500 LAR-pasienter selv å avslutte behandlingen.²¹⁵ En systematisk oversikt fra FHI finner også at mange LAR-pasienter opplever seg stigmatisert i møte med LAR.²¹⁶ I flere studier kommer det frem at kontrollordningene ble opplevd som umyndiggjørende av pasientene, og at frykt for sanksjoner bidro til manglende åpenhet med helsepersonell om problemer og tilbakefall.²¹⁷

4.2.4 Menneskerettslige utfordringer

4.2.4.1 Innledning – retten til privatliv

EMK artikkel 8 omfatter ikke retten til helse som sådan.²¹⁸ Det følger likevel av EMDs praksis at det å bli nektet en medisinsk behandling etter omstendighetene kan

anses som et inngrep i retten til privatliv, alternativt at det kan anses som et spørsmål om staten har oppfylt sine positive forpliktelser etter EMK artikkel 8.²¹⁹ Det sentrale vurderingstemaet er om «the fair balance [has been] struck between the competing interests of the individual and of the community as a whole».²²⁰ Spørsmål knyttet til medisinsk behandling og folkehelse er etter EMD-praksis underlagt en vid skjønnsmargin, ettersom staten anses best egnet til å prioritere tilgjengelige ressurser og samfunnets behov for øvrig. EMD vil gjerne legge stor vekt på statens vurdering med mindre denne åpenbart mangler et rimelig grunnlag.²²¹

4.2.4.2 Kan kontrolltiltak i LAR utgjøre et inngrep i retten til privatliv?

Staten har etter *Abdyusheva m.fl. v. Russland* ikke en menneskerettslig plikt til å sikre adgang til legeordinert metadon eller buprenorfin som behandling mot opioidavhengighet. EMD vektla i denne vurderingen særlig at klager mottok konvensjonell medisinsk behandling.²²² At staten ikke har plikt til å tilby LAR-behandling kan i et «fra det mer til det mindre»-perspektiv tilsa at den står relativt fritt i å utforme behandlingstilbudet, og at

²¹³ Ibid., s. 53.

²¹⁴ Ibid., s. 50.

²¹⁵ Bech m.fl., *Statusrapport 2021: Siste år med gamle LAR-retningslinjer*, s. 3.

²¹⁶ Steiro, Asbjørn m.fl., *Erfaringer blant pasienter og helsepersonell med legemiddelassistert rehabilitering (LAR): En systematisk oversikt over kvalitative studier* (Oslo: FHI, 2020).

²¹⁷ Ibid., s. 37.

²¹⁸ *Abdyusheva m.fl. v. Russland*, avsn. 111. For mer om EMDs praksis på helsefeltet, se EMDs *Guide on Article 8 of the European Convention on Human Rights* (2022), s. 38.

²¹⁹ *Hristozov m.fl. v. Bulgaria* (47039/11 og 358/12), avsn. 117. Merk at EMD ikke konkluderer med om spørsmålet skal vurderes som et inngreps spørsmål (statens negative forpliktelse etter EMK art. 8) eller etter sikringsplikten (statens positive forpliktelse etter EMK art. 8).

²²⁰ *Abdyusheva m.fl. v. Russland*, avsn. 114, *Hristozov m.fl. v. Bulgaria*, avsn. 117.

²²¹ *Shelley v. Storbritannia* (23800/06); *Abdyusheva m.fl. v. Russland*, avsn. 114 flg; *Hristozov m.fl. v. Bulgaria*, avsn. 117 og 119; *Dubská and Krejzová v. Tsjekkia* (28859/11 og 28473/12), avsn. 179.

²²² Se *Abdyusheva m.fl. v. Russland* hvor det også ble vektlagt at det ikke fantes europeisk konsensus om LAR-behandling. For innsatte kan staten imidlertid ha en plikt til å tilby substitusjonsbehandling etter EMK art. 3, dersom nektelse kan medføre sterke lidelser, se *Wenner v. Tyskland* (62303/13).

eventuelle vilkår for behandlingen ikke er å anse som et inngrep.

Samtidig stiller vilkårene for LAR-behandling visse krav til hvordan pasienten innretter sitt privatliv. Eksempelvis kan oppmøteplikt på gitte tidspunkter, for en behandling som gjerne er livslang, begrense den enkeltes mulighet til livsutfoldelse.²²³ Jevnlige urinprøver for å kontrollere rusinntak kan videre oppleves inngripende for den det gjelder. Dette kan tilsi at slike vilkår utgjør et inngrep.

Det kan også stilles spørsmål ved om samtykke gjør at det er gitt avkall på rettighetene etter EMK artikkel 8. Det kan gis avkall på visse rettigheter etter EMK, men samtykket må være informert og basert på fullstendig kunnskap om faktum.²²⁴ Personer i LAR kan være i en svært sårbar situasjon under dårlige levekår. Spørsmålet er hvor *fritt* et samtykke er der det er tale om livreddende behandling, og hvor *informert* samtykket er der behandlingen kan være livslang. Det kreves dessuten visse sikkerhetsmekanismer avhengig av hvilken rett det skal gis avkall på.²²⁵ Disse elementene taler for at EMK artikkel 8 kommer til anvendelse. EMD har imidlertid ikke tatt stilling til om vilkår for LAR-behandling utgjør inngrep etter EMK artikkel 8, og konklusjonen er derfor ikke gitt.

4.2.4.3 Er dagens kontrolltiltak i LAR i tråd med kravene i EMK artikkel 8 nr. 2?

Dersom det legges til grunn at kontrollvilkår kan utgjøre inngrep i EMK artikkel 8, oppstår spørsmålet om disse er rettmessige etter EMK artikkel 8 nr. 2. Inngrep må for det første ha hjemmel i lov og forfølge et legitimt formål. Som et utgangspunkt fremstår verken lov- eller formålkravet problematisk i denne sammenheng.²²⁶ Spørsmålet er dermed om vilkårene i LAR er forholdsmessige hensett til formålet de skal ivareta. I den forbindelse er det relevant å se hen til om tiltakene er egnede, og om det finnes alternative, mindre inngripende tiltak. Også prosessuelle garantier er relevante.²²⁷

Et grunnleggende utgangspunkt er at staten har en vid skjønnsmargin i spørsmål om folkehelse.²²⁸ Ved inngrep i artikkel 8 overfor enkeltpersoner er imidlertid skjønnsmarginen smalere.²²⁹ Ulike undersøkelser viser at det i stor grad vil variere hvor tyngende kontrolltiltakene oppleves. Det kan likevel på generelt grunnlag hevdes at jo lengre en pasient er i LAR-behandling, jo mer tyngende vil kontrolltiltakene oppleves, noe som kan tale for en mer intensiv prøving.

Et spørsmål som sannsynligvis vil inngå i en inngrepsvurdering er hvorvidt det finnes god nok dokumentasjon som tilsier at kontrolltiltakene er *egnete* til å ivareta formålene som skal oppnås, og om de er

²²³ Se til illustrasjon *National federation of sportspersons' associations and unions (FNASS) m.fl. v. Frankrike* (48151/11 77769/13). I denne saken fant EMD at en plikt for toppidrettsutøvere til å stille seg til disposisjon for dopingtesting var et inngrep i EMK art. 8, bl.a. fordi det påvirket kvaliteten av utøvernes privatliv og autonomi.

²²⁴ Se *Boze v. Latvia* (40927/05) 18. mai 2017, avsn. 69 med videre henvisninger, som oppsummerer rettstilstanden.

²²⁵ Se *Boze v. Latvia*.

²²⁶ NIM har ikke vurdert lovs- eller formålkrav inngående i denne sammenheng.

²²⁷ Se f.eks. *National federation of sportspersons' associations and unions (FNASS) m.fl. v. Frankrike*, avsn. 167 og 187.

²²⁸ Se *Wenner v. Tyskland*, avsn. 61 og *Abdyusheva m.fl. mot Russland*, avsn. 1130.

²²⁹ I *Buck v. Tyskland*, avsn. 44 uttaler EMD at vilkårene i art. 8 nr. 2 skal tolkes snevert, og at nødvendigheten av inngrepet må være «convincingly established».

nødvendige for å oppnå disse formålene. Som vist i kapittel 4.2.3. er det fortsatt knyttet stor usikkerhet til effektene av ulike kontrolltiltak. Det kan innvendes at rene antakelser om effekt ikke bør ligge til grunn for tyngende vilkår overfor enkeltpersoner. Samtidig er det tale om medisinskfaglige vurderinger av legemidler som i ytterste konsekvens kan ta liv, noe som taler for forsiktighet. Nedenfor gjennomgås de enkelte kontrolltiltakene i LAR som kan oppleves mest byrdefulle for den som omfattes.

Pålagt **urinprøve** under påsyn er et inngripende tiltak. Etter nasjonal retningslinje bør kartlegging av rusbruk primært skje ved observasjon og dialog, men urinprøver kan besluttes hvis det er nødvendig etter en individuell vurdering. Hyppigheten skal begrenses til det som er nødvendig for forsvarlig behandling.²³⁰ Retningslinjene inneholder typetilfeller der dette kan besluttes. Den individuelle vurderingen skal inkludere en begrunnelse av nødvendighet, om andre og mindre inngripende midler er vurdert, samt om urinprøver er et forholdsmessig inngrep. Besluttes slike prøver, bør pasientene gis informasjon om retten til å klage.

Det kan neppe på generelt grunnlag fastslås at urinprøver vil være i strid med EMK artikkel 8. Inngrepets art tilsier likevel at dette kun bør besluttes etter en individuell og konkret vurdering, hvor ulempene veies opp mot antatt nytte. Vurderingene som skal foretas etter nasjonal retningslinje, sammenfaller i stor grad med inngrepvilkårene etter EMK artikkel 8 nr. 2. Dette gir et godt utgangspunkt for å kunne foreta individuelle vurderinger og

avveininger som ivaretar privatlivet til pasienten. Det er likevel sentralt at retningslinjene implementeres og etterleves i praksis, og at behandler har kunnskap om typen vurderinger som skal gjøres. I tillegg bør vurderingene nedtegnes.²³¹ Som tidligere nevnt har det over tid vært til dels store regionale forskjeller i bruken av urinprøver, noe som tyder på ulik praksis og ulik oppfatning av de tidligere retningslinjene. Videre viser den overnevnte brukerundersøkelsen at en like stor andel av pasienter som har vært lenge i LAR og er godt rehabilitert, gjennomgår urinprøver. Hvilke tiltak pasienten underlegges bør ikke være avhengig av hvor i landet vedkommende bor, eller hvilken behandler vedkommende har fått tildelt, men av konsekvente, konkrete og individuelle vurderinger.

Flere av kriteriene for om det skal pålegges urinprøver fremgår kun av nasjonal retningslinje, og ikke av lov eller forskrift. Dette betyr at de ikke har samme rettskildemessige vekt. LAR-forskriften § 8 reflekterer eksempelvis ikke at utgangspunktet skal være samtale og observasjon, at mindre inngripende tiltak skal vurderes, i hvilke typetilfeller urinprøver kan vurderes, og heller ikke eksplisitt at det gjelder et krav om forholdsmessighet. For å synliggjøre og forankre disse vurderingstemaene ytterligere, bør det vurderes om de overordnede kriteriene bør inntas og tydeliggjøres i selve LAR-forskriften.

Utleveringsordninger for LAR-medisiner begrunnes i hensynet til pasienten og samfunnet ved å hindre lekkasje av medisiner til tredjepart. Ordningen fastsettes

²³⁰ Se LAR-forskriften § 8.

²³¹ Se helsepersonelloven kap. 8 om dokumentasjonsplikt.

individuell og kan inkludere blant annet oppmøte eller inntak av legemidlet under påsyn.²³² Slike ordninger kan begrense privatlivet, særlig om dette må skje over flere år. Hvilken utleveringsordning som velges skal besluttes etter en vurdering av pasientens bruk av rusmidler, behov i behandling og rehabilitering, og risikoen for lekkasje. Etter retningslinjen skal det tas hensyn til pasientens behov og ønsker, og tidspunkt skal søkes tilpasset den enkeltes hverdag. Det åpnes også for å fastsette særordninger, eksempelvis grunnet reisevirksomhet. Det fremgår imidlertid ikke av retningslinjen at pasienten skal informeres om sin rett til å klage.

Som for urinprøver er det sentralt at retningslinjene implementeres og etterleves i praksis, og at pasientene gis reelle, individuelle vurderinger. Regionale forskjeller eller ulik praksis fra lege til lege bør ikke forekomme. Som nevnt ovenfor, er det mye som tyder på at det har vært store regionale forskjeller i praktiseringen av utleveringsordningene i LAR. Det er viktig at de individuelle vurderingene reelt sett foretas i praksis, og at vurderingene noteres i helsejournal. Som tilfellet også er for urinprøver, reflekterer heller ikke LAR-forskriften fullt ut de sentrale vurderingene som skal gjøres etter retningslinjene. Av § 7 fremgår blant annet at utleveringsordninger besluttes individuelt etter vektlegging av behovet for forsvarlig behandling av pasienten, samt hvilke formål som skal ivaretas ved utleveringsordninger. Det fremgår også et krav om nødvendighet for at det kan settes vilkår om inntak under påsyn. Det fremgår imidlertid ikke tydelig at også

pasientens ønsker og behov bør vektles i vurderingen. Som for urinprøver bør det vurderes om også LAR-forskriften bør reflektere alle de sentrale vurderingene som skal foretas ved valg av utleveringsordninger, herunder et krav om forholdsmessighet.

En rettighetsbasert tilnærming innebærer at det bør være mulighet til å klage og overprøve avgjørelser som kan gripe inn i privatlivet.²³³ NIM kjenner ikke til hvor ofte klagemuligheten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 benyttes av LAR-pasienter. Det kan likevel antas at deler av pasientgruppen ikke har gode forutsetninger for å benytte seg av klagemulighetene, noe som tilsier at det bør gis god informasjon både om klagemuligheter og veiledning til å utforme slik klage.²³⁴

Kontrolltiltak i LAR kan oppleves som tyngende for den enkelte, særlig for de som har vært lenge i ordningen. Bruk av slike tiltak bør derfor vurderes individuelt og konkret, og begrenses til det som er nødvendig. Dersom det finnes alternative og mindre inngripende tiltak som er egnet for å oppnå samme formål, bør disse velges. Samlet sett reflekterer de nye retningslinjene i LAR i større grad at det skal foretas individuelle vurderinger når kontrollvilkår fastsettes, noe som bedre kan ivareta krav til forholdsmessighet. Hvordan de nye retningslinjene gjennomføres i praksis, er enda ikke kjent. Dersom praksisen med store regionale forskjeller og varierende grad av individuelle vurderinger fortsetter, vil dette kunne utfordre retten til privatliv. Det er derfor viktig at alle behandlere i LAR

²³² Helsedirektoratet, *Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet*, nasjonal faglig retningslinje (2022).

²³³ Se f.eks. *FNASS v. Frankrike*, avsn. 187 hvor klagemulighetene ble vektlagt.

²³⁴ Som nevnt ovenfor, svarer 42 % av respondentene i en undersøkelse initiert av organisasjonen proLAR Nett at LAR ikke hjelper dem til å klage dersom de ikke er fornøyd med behandlingen.

etterlever de nye retningslinjene, og at det gjøres konkrete individuelle vurderinger.

NIM anbefaler:

Myndighetene bør iverksette tiltak som sikrer at regelverket for LAR gjennomføres og praktiseres likt over hele landet, og vurdere om enkelte vurderingstemaer bør løftes fra retningslinjen til LAR-forskriften.

4.3 Behandlingstilbudet til voksne med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser

Personer med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser (ROP) er en særlig utsatt gruppe, med betydelige levekårsutfordringer.²³⁵ Er det frivillige helsetilbudet til voksne med ROP-lidelser i tråd med menneskerettighetene, herunder særlig ØSK artikkel 12 om retten til helse?

4.3.1 Det menneskerettslige rammeverket

Retten til helse følger av ØSK artikkel 12, som slår fast at alle har rett til den høyest oppnåelige helsestandard.²³⁶ Rettighetens innhold er ikke nærmere angitt i konvensjonsteksten,²³⁷ men ØSK artikkel 2

nr. 2 sier at alle konvensjonens rettigheter skal sikres uten diskriminering.²³⁸

De øvrige rettighetene i konvensjonen kan bidra til å utpense det nærmere innholdet i retten til helse. For eksempel kan retten til en adekvat levestandard (artikkel 11), som inneholder henvisninger til blant annet mat og husvære, være relevant for utøvelsen av retten til helse. Retten til bolig må ikke tolkes for snevert. Den dreier seg ikke bare om å ha tak over hodet, men også det å bo et sted i sikkerhet og med verdighet.²³⁹ Også andre rettigheter som retten til arbeid (artikkel 6) og retten til sosial sikkerhet (artikkel 9) kan ha betydning for retten til helse.

Videre har ØSK-komiteen avgitt en generell kommentar om retten til helse.²⁴⁰ Komiteen har uttalt at ØSK artikkel 12 pålegger staten tre typer forpliktelser: For det første må staten *respektere* retten til helse, det vil for eksempel si å avstå fra å begrense lik tilgang til forebyggende, kurerende og palliative helsetjenester. For det andre må staten *beskytte* retten til helse, det vil for eksempel si å vedta lovgivning som sikrer lik tilgang til helsetjenester. For det tredje må staten *oppfylle* retten, ved å for eksempel sørge for at alle får lik tilgang til avgjørende faktorer for god helse som blant annet

²³⁵ ROP er en betegnelse på samtidige rusproblemer og psykiske lidelser (ROP – rus og psykiatri).

²³⁶ ØSK art. 4 gir staten adgang til å gjøre inngrep i retten til helse dersom inngrepet har hjemmel i lov og kun i den utstrekning dette er forenlig med rettighetenes natur og med formål å fremme den allmenne velferd i et demokratisk samfunn, jf. bestemmelsens ordlyd.

²³⁷ I bestemmelsens andre ledd nevnes fire målsetninger statene må jobbe for å oppnå eksplisitt, herunder forebygge, behandle og kontrollere epidemiske, endemiske, yrkesmessige og andre sykdommer, jf. bokstav c. Disse fire formålene kan peke på at det er opprettelsen av et helhetlig system for å ivareta en persons helse som er det avgjørende.

²³⁸ ØSK-komiteen, *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)*, E/C.12/2000/4 (2000), avsn. 30. Diskrimineringsgrunnlaget «other status» antas å dekke helsetilstand, se kap. 5.

²³⁹ ØSK-komiteen, *General Comment No. 4: The Right to Adequate Housing (Art. 11 (1) of the Covenant)*, E/1992/23 (1991), avsn. 7 flg. Dette synet har god støtte i den øvrige ordlyden i art. 11 og også sett i sammenheng med de øvrige bestemmelsene i ØSK.

²⁴⁰ ØSK-komiteen, *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)*, E/C.12/2000/4 (2000). Se også Eide, Asbjørn, «Retten til helse som menneskerettighet», *Nordic Journal of Human Rights* 24, nr. 4 (2006), s. 274–290.

adekvat husvære og levestandard.²⁴¹ Komiteen understreker at ØSK artikkel 12 ikke betyr at den enkelte har krav på å være frisk. Den inneholder både friheter og rettigheter, som for eksempel frihet til å kontrollere sin egen kropp og rett til et helsesystem som sørger for at alle får like muligheter til å oppnå den høyest oppnåelige helsestandard.²⁴²

Retten til helse

ØSK-komiteen har fastslått at retten til den høyest oppnåelige helsestandard består av fire elementer:

1. Tilbud om bl.a. helsetjenester i tilstrekkelig utstrekning.
2. Tilgjengelighet til helsetilbud for alle, uten diskriminering.
3. Respekt for medisinsk etikk og tilpasning til kultur, bakgrunn, kjønn og livssyklus.
4. God kvalitet, basert på vitenskapelige og medisinske krav.

ØSK artikkel 12 er en innsatsforpliktelse for staten, som innebærer at staten kan oppfylle forpliktelsen gradvis, avhengig av hvilke ressurser den har tilgjengelig jf. ØSK artikkel 2 nr. 1. Dette er også understreket av ØSK-komiteen.²⁴³ Norge har relativt sett store økonomiske ressurser, noe som vil si at det stilles høye krav når det gjelder oppfyllelse av rettigheter etter konvensjonen.²⁴⁴

Det ovennevnte betyr at staten må gi personer med ROP-lidelser et helsetilbud av

god kvalitet, herunder medisinsk forsvarlige tjenester som er tilgjengelige for alle. Det må også være tilstrekkelig tilgang både til helsetjenestene og til de underliggende bestemmende faktorene, slik som adekvate boliger.

4.3.2 Nasjonalt rammeverk

Helsetilbudet til personer med ROP-lidelser er regulert i helselovgivningen. De har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester i kommunen og nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dette følger av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 skal helsetjenestene som tilbys eller ytes være forsvarlige.

Det er kommunene og de regionale helseforetakene som har ansvaret for å sørge for et tilstrekkelig helsetilbud. Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd skal kommunen sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester, og etter andre ledd fremgår det at kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med rusmiddelproblem og personer med psykisk sykdom. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a skal det regionale helseforetaket blant annet sørge for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB), se første ledd nr. 5.

²⁴¹ Ibid., avsn. 34–37. Rus nevnes én gang: I avsn. 36 under utdypelsen av «fulfil» uttales at staten er forpliktet til å ha informasjonskampanjer om «the abuse of alcohol and the use of cigarettes, drugs and other harmful substances».

²⁴² Ibid., avsn. 8.

²⁴³ Ibid., avsn. 30.

²⁴⁴ Som redegjort for i kap. 4.2 om LAR-behandling, garanterer ikke EMK retten til helse som sådan. Samtidig har EMD utpenslet visse helserettigheter under EMK art. 2 om retten til liv og art. 8 om retten til privatliv, herunder rett til livreddende akuttbehandling og krav til hvordan helsefasiliteter på et overordnet nivå skal være innrettet for å ivareta et forsvarlig helsetilbud. Se f.eks. storkammersaken *Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal* (56080/13) fra 2017. For mer om EMDs praksis på helsefeltet, se EMDs *Guide on Article 8 of the European Convention on Human Rights* (2022), s. 38.

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse utdypes kommunenes og helseforetakenes ulike ansvarsområder og roller.²⁴⁵

Hva gjelder botilbud, er kommunene forpliktet til å finne midlertidige botilbud for dem som ikke klarer det selv, jf. sosialtjenesteloven § 27. Etter § 15 skal kommunene medvirke til å skaffe varige boliger til slike personer, se også helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7. Forslag til lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet er oversendt Stortinget.²⁴⁶ I Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken (2021–2024) er boligtilbudet for personer med ROP-lidelser et eget satsningsområde.²⁴⁷

For å forsterke innsatsen mot overdosedødsfall i Norge, har Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet Nasjonal overdosestrategi for perioden 2019–2022.²⁴⁸ Strategien tar utgangspunkt i Stortingets vedtatte nullvisjon for overdosedødsfall. Strategien gir oversikt over utfordringsbildet og skisserer nye innsatsområder: økt fokus på somatisk helse- og ernæringstilstand, sørge for ny og oppdatert kunnskap på overdoseområdet,

pakkeforløp for oppfølging etter ikke-dødelig overdose, varslingsystem for særlig sterke/farlige rusmidler, og vurdering av om testing av rusmidler kan være nyttig.

Opptappingsplanen for rusfeltet løp fra 2016 til 2020.²⁴⁹ Personer med sammensatte hjelpebehov var en av de prioriterte målgruppene i opptappingsplanen. Det overordnede målet med planen var å styrke bevilgningene til rusfeltet med 2,4 milliarder kroner i løpet av perioden. Blant planens målsetninger var å sikre et bedre botilbud, satsing på aktivt oppsøkende behandlingsteam og utprøving av lavterskel substitusjonsbehandling og lavterskel helsetilbud.

FAFOs evaluering av planen konkluderte med at det overordnede målet om å styrke feltet med 2,4 milliarder kroner var oppfylt, og at innsatsen hadde medført økning i både kapasitet og kompetanse i kommunene.²⁵⁰ Evalueringen fant imidlertid at ingen av delmålene kunne sies å være fullt ut oppfylt, og det ble derfor anbefalt å videreføre innsatsen. Det ble trukket frem at det er særlig behov for økt oppmerksomhet om tjeneste- og botilbudet til personer til ROP-lidelser.²⁵¹ Enkelte av opptappingsplanens tiltak har blitt videreført i etterkant av regjeringen, blant annet øremerkede tilskudd

²⁴⁵ Helsedirektoratet, *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*, IS-1948 (2011, oppdatert 2022).

²⁴⁶ Prop. 132 L (2021-2022). Pr. 08.09.2022 er proposisjonen ikke behandlet av Stortinget.

²⁴⁷ Kommunal- og moderniseringsdepartementet, *Alle trenger et trygt hjem: Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken 2021–2024* (2021), s. 19.

²⁴⁸ Helsedirektoratet, *Nasjonal overdosestrategi 2019–2022* (2019). Helsedirektoratet har i skrivende stund fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomgå kunnskapsgrunnlaget på overdosefeltet i Norge, samt gi forslag til hvordan arbeidet for å redusere narkotikautløste dødsfall bør innrettes etter den gjeldende overdosestrategiens utløp. En ny innretning av arbeidet vil vurderes i forbindelse med regjeringens varslede forebyggings- og behandlingsreform på rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, E-post til NIM 31.08.2022).

²⁴⁹ Prop. 15 S (2015–2016).

²⁵⁰ Hansen, Inger Lise Skog, Maja Tofteng og Linn Sørensen Holst, *Et tjenesteområde i utvikling: Evaluering av opptappingsplanen for rusfeltet. Resultatrapport* (Oslo: Fafo, rapport nr. 17, 2021).

²⁵¹ *Ibid.*, s. 119–120.

både rettet mot kommunale tjenester og ideelle og frivillige aktører.²⁵²

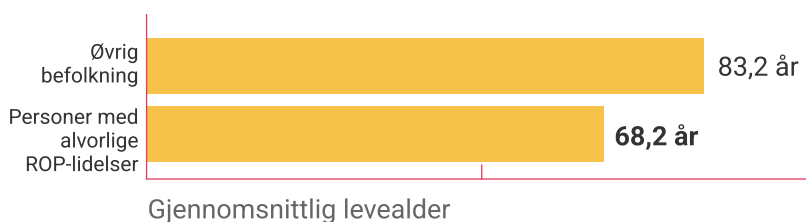
4.3.3 Kunnskapsgrunnlaget

Det er vanskelig å anslå nøyaktig hvor mange i befolkningen som har både et rusproblem og psykiske lidelser.²⁵³ Det er likevel godt dokumentert at rusmiddellidelser ofte opptrer sammen med psykiske lidelser. Rusmiddelproblemer kan utvikle seg som en følge av psykiske problemer, eller motsatt.²⁵⁴

En rekke studier viser at personer med ROP-lidelser mottar et dårligere somatisk helsetilbud enn resten av befolkningen. Pasienter med alvorlige psykiske og rusrelaterte lidelser lever rundt 15 år kortere sammenliknet med den øvrige befolkningen.²⁵⁵ Selv om selvmord og overdose er viktige faktorer på individnivå, er somatisk sykdom den absolutt viktigste årsaken til tapte leveår, særlig luftveissykdommer og hjerte- og karlidelser. Dette kan blant annet knyttes til at personer med ROP-lidelser undersøkes og utredes i mindre grad i helsevesenet, og i mindre grad får behandling for somatiske plager enn andre. Mye tyder også på at denne pasientgruppen i tillegg får mindre tilgang på reseptbelagte legemidler enn andre med tilsvarende sykdommer.²⁵⁶ I tillegg er det

ofte manglende bevissthet om den somatiske helsen til personer med ROP-lidelser innenfor psykisk helsevern/TSB og kommunale helse- og omsorgstjenester.²⁵⁷ Forskning tyder på at negative holdninger til rusbrukere blant helsepersonell kan være en medvirkende faktor for underbehandling.²⁵⁸

I to landsomfattende tilsyn i 2017–2018 avdekket Helsetilsynet betydelige lovbrudd ved tjenester til personer med ROP-lidelser.²⁵⁹ I tilsynet med de kommunale tjenestene, ble det konkludert med brudd på krav i regelverket i så mye som syv av ti kommuner. Tilsynet fant at tjenesteytingen var tilfeldig og lite planlagt, at det var få planlagte tiltak for akutte forverringer og kriser, at det ble viet lite oppmerksomhet til brukernes somatiske helsesituasjon, gitt lite veiledning med sikte på å mestre å bo, samt at det var lite samordnede tjenester og mangelfull styring.



I tilsynet med spesialisthelsetjenesten ble det avdekket lovbrudd i hele 18 av 20 tilsyn. Et hovedfunn var utilstrekkelig kartlegging

²⁵² Helse- og omsorgsdepartementet, E-post til NIM 30. august 2022.

²⁵³ I kommuneundersøkelsen «Brukerplan», ble det i 2020 anslått at totalt 5 262 av kommunenes tjenestemottakere hadde alvorlig ROP-lidelse, og at 13 089 hadde mindre alvorlig ROP-lidelse. Kartleggingen er begrenset til 194 av landets kommuner, og det er derfor grunn til å anta at tallet er for lavt. Se Hustvedt m.fl., *Brukerplan – årsrapport 2020: Tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunale helse- og omsorgstjenester*, s. 7.

²⁵⁴ FHI, *Folkehelse rapporten*, «Rusmiddellidelser i Norge».

²⁵⁵ Høye og Lien, *Somatisk sykdom og levevaner*, s. 135.

²⁵⁶ *Ibid.*, s. 138.

²⁵⁷ *Ibid.*

²⁵⁸ Skarstein, Siv og Lars Håkon Tanum, «Personer med rusavhengighet blir oftere syke og får dårligere behandling», *Sykepleien* 109, nr. 86370 (2021) og Vervarda, Janet, Oline Hansen og Camilla Larsen, «Rusmiddelavhengighet: Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandling», *Sykepleien* 106, nr. 70402 (2018).

²⁵⁹ Helsetilsynet, *Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem – eller mulig samtidig ruslidelse* (Oslo: Helsetilsynet, rapport nr. 7, 2019).

og utredning av pasientene, noe som i verste fall kan føre til uforsvarlig pasientbehandling. Tilsynet avdekket mangelfulle utredninger av pasientenes livssituasjon, mangelfull avdekking og utredning av rusmiddelproblemer, utilstrekkelig oppmerksomhet til somatisk helsetilstand, at pasienters mindreårige barn ikke alltid ble fulgt opp, at voldsrisiko ikke fikk tilstrekkelig oppmerksomhet i alle helseforetak, svakt grunnlag for diagnostisering og samordnet behandling, og at mangelfull styring utgjorde en risiko for pasientsikkerheten.

Totalt 241 personer døde av overdoser i 2021. I 2020 var antallet overdoser 324, det høyeste tallet på 20 år.²⁶⁰ Det er ikke kjent hvor stor andel av disse som hadde ROP-lidelser. Studier har vist at de som dør av narkotikabruk er en sammensatt gruppe, og at det er en samling av flere årsaker til narkotikautløste dødsfall.²⁶¹ Det eksisterer lite oppdatert og systematisk kunnskap om hjelpeapparatets rolle i forebygging og håndtering av narkotikautløste dødsfall. Det er likevel sterke indikasjoner på at flere av personene som dør av opioidoverdoser ikke

nås gjennom eksisterende tiltak.²⁶² En gjennomgang av overdosedødsfall i Oslo mellom 2006 og 2008 fant også at mange av de som døde av overdoser hadde vært i kontakt med flere ulike instanser i hjelpeapparatet, ofte kort tid før dødsfallet. Ifølge rapporten er tiltaksapparatet i stor grad fragmentert, med lite samhandling og informasjonsflyt mellom tjenester.²⁶³

Personer med ROP-lidelser har også oftere en mer ustabil boligsituasjon enn andre i befolkningen. I 2020 utgjorde gruppen 24 prosent av alle bostedsløse i Norge. To av tre bostedsløse med ROP-lidelser har vært bostedsløse over lengre tid.²⁶⁴ Personer med slike lidelser blir oftere kastet ut av boligen sin sammenlignet med andre bostedsløse, har i større grad somatiske sykdommer, og er dobbelt så ofte i behandling.²⁶⁵ Om lag 59 prosent av personer med alvorlige ROP-lidelser vurderes å ha en permanent og tilfredsstillende bosituasjon.²⁶⁶

4.3.4 Menneskerettslige utfordringer

Kunnskapsgrunnlaget tyder på at det ofte er mangelfull styring, lite samordnede tjenester og for dårlig kvalitet i behandlingstilbudet til

²⁶⁰ FHI, *Narkotika i Norge*, «Narkotikautløste dødsfall 2021». Ifølge FHI er det en rekke mulige forklaringer på den høye overdosestatistikken i 2020. Høy styrkegrad av heroin trekkes blant annet frem som en mulig forklaringsfaktor. FHI peker også på restriksjoner og nedstenginger under Covid-19-pandemien som en sannsynlig medvirkende årsak til de høye tallene.

²⁶¹ Ibid. Overdosedødsfall er i stor grad forgiftningsulykker. Faktorer som kan øke sannsynligheten for en overdose er blant annet inntaking av stoffer på en risikofylt måte, større grad av tilgang på stoffer og høy renhetsgrad av stoffet. I tillegg har redusert somatisk helse en betydning. Risikoen for overdose er også forhøyet etter løslatelse fra fengsel og utskrivelse fra rusbehandling.

²⁶² Helsedirektoratet, *Nasjonal overdosestrategi 2019-2022* (2019), s. 8. De senere tiårene har smertestillende legemidler tatt over som vanligste årsak til overdosedødsfall i Norge, mens andelen heroinforklarte overdosedødsfall har gått betydelig ned. Denne gruppen består i større grad av eldre kvinner, som det mangler kunnskap om og tiltak mot. Se Edvardsen, Hilde Marie Erøy og Thomas Clausen, «Opioid related deaths in Norway in 2000-2019», *Drug and Alcohol Dependence* 232, nr. 109281 (2022).

²⁶³ Gjersing, Linn m.fl., *Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008: En helhetlig gjennomgang* (Oslo: SERAF, rapport nr. 2, 2011).

²⁶⁴ Dyb, Evelyn og Hilde Zeiner, *Bostedsløse i Norge 2020 – en kartlegging* (Oslo: NIBR, OsloMet, rapport nr. 10, 2021).

²⁶⁵ Samtidig viser kartleggingen at antallet bostedsløse – inkludert bostedsløse med ROP-lidelser – har sunket betraktelig siden 2016. Andelen med ROP-lidelser blant bostedsløse holder seg derimot stabilt på samme høye nivå.

²⁶⁶ Hustvedt m.fl., *Brukerplan – årsrapport 2020: Tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunale helse- og omsorgstjenester*, s. 14. Kartleggingen er begrenset til 194 av landets kommuner, og tallet er derfor ikke nødvendigvis gjeldende for hele landet.

personer med ROP-lidelser, både i tjenestene hos kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Dette er forhold som kan utgjøre en risiko for pasientsikkerheten og dermed også utfordre kravet til kvalitativt gode helsetjenester slik retten til høyest oppnåelige helsestandard krever. I tillegg viser kildene at det eksisterer lite oppdatert og systematisk kunnskap om hjelpeapparatets rolle i forebygging og håndtering av narkotikautløste dødsfall. Kildene indikerer likevel at flere av personene som dør av overdoser ikke nås gjennom eksisterende tiltak, og at hjelpeapparatet ofte er fragmentert og dårlig koordinert. Dette er et alvorlig funn i et menneskerettslig perspektiv.

Det er også alvorlig at det ser ut til å være lite oppmerksomhet om personer med ROP-lidelsers somatiske helsetilstand, både i de kommunale tjenestene og i spesialisthelsetjenesten. Kunnskapsgrunnlaget viser at personer med ROP-lidelser undersøkes og utredes i mindre grad, de får mindre behandling enn andre, og de har dårligere kvalitet på helsetjenestene. Manglende helsetilbud er en av årsakene til at denne gruppen har en vesentlig lavere levealder enn andre.

Retten til høyest oppnåelige helsestandard i ØSK artikkel 12 krever også at øvrige levekårsbetingelser som adekvat bolig er tilgjengelige, og retten til bolig har et eget vern i ØSK artikkel 11. Kunnskapsgrunnlaget viser blant annet at rundt 40 prosent av personer med alvorlige ROP-lidelser vurderes å ikke ha en tilfredsstillende bosituasjon, og at mange er bostedsløse over lengre tid. Helsetilsynet har også avdekket at det ble gitt lite veiledning med sikte på å mestre å bo i de kommunale tjenestene. Bosituasjonen til mange

personer med ROP-lidelser bidrar til å sette retten til helse under press.

NIM anbefaler:

Myndighetene bør styrke helsetilbudet til personer med ROP-lidelser, herunder sikre tilstrekkelig tilgang til somatisk og psykisk helsehjelp, samt styrke gruppens boligtilbud.

4.4 Hjelpetilbudet til barn som bruker rusmidler

Arbeidet med denne rapporten har anskueliggjort flere menneskerettslige utfordringer som gjelder barn og unge. Disse er samlet i et eget kapittel, dels fordi de menneskerettslige standardene hovedsakelig er å finne i barnekonvensjonen, og dels fordi utfordringene på ulikt vis dreier seg om forebygging og behandling av ruslidelser hos barn. Her omtales ruskontrakter for ungdom, helsetilbudet til barn med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser og helse- og omsorgstilbudet til barn med rusproblemer som har opphold på barnevernsinstitusjon.

4.4.1 Overordnede menneskerettslige forpliktelser

Barnekonvensjonen artikkel 33 inneholder en plikt til å iverksette tiltak for å beskytte barn mot illegale rusmidler. Denne bestemmelsen danner derfor et viktig utgangspunkt for statens forpliktelser i møte med barn som bruker illegale rusmidler.

Å beskytte («protect») innebærer både en plikt til å forebygge bruk av illegale rusmidler, samt til å gi adekvat behandling og skadereduserende tjenester til barn som

skades av bruk av illegale rusmidler.²⁶⁷ Dette betyr at staten både har forebyggende og rehabiliterende forpliktelser etter artikkel 33. Etter ordlyden kan tiltakene være både «legislative, administrative, social and educational», som betyr at staten kan iverksette en rekke ulike tiltak for å ivareta disse rettighetene. Staten har også en relativt vid skjønnsmargin i valget av tiltak som iverksettes. Likevel stilles det krav om at tiltakene må være effektive, med andre ord at tiltakene må være egnet til å oppnå formålet.²⁶⁸

Barnekonvensjonens generelle prinsipper

Barnekonvensjonens bestemmelser skal tolkes i lys av fire generelle prinsipper, som er utledet av barnekomiteen:

- Prinsippet om barnets beste (art. 3)
- Prinsippet om ikke-diskriminering (art. 2)
- Prinsippet om barnets rett til liv og utvikling (art. 6)
- Prinsippet om barnets rett til å bli hørt (art. 12)

I tillegg må tiltakene være i samsvar med øvrige menneskerettslige standarder.²⁶⁹ For eksempel må retten til å medvirke i artikkel 12 være ivaretatt.²⁷⁰ Barnekomiteen har uttalt at denne retten stiller krav til saksbehandlingen i saker som gjelder barn. Retten til å uttale seg fritt skal blant annet innebære en rett til å formidle sine

synspunkter uten press. For at dette skal kunne skje må barnet ha tilstrekkelig og tilpasset informasjon i forkant.²⁷¹ I tillegg skal hensynet til barnets beste være et grunnleggende hensyn i alle offentlige handlinger som gjelder barn, jf. artikkel 3 nr. 1.²⁷²

Som omtalt i kapittel 3.1.2., synes det på grunnlag av både bestemmelsens ordlyd, øvrige bestemmelser i konvensjonen som artikkel 40 nr. 3 bokstav b, samt barnekomiteens uttalelser, klart at det ikke er grunnlag for å innfortolke i barnekonvensjonen artikkel 33 en forpliktelse til å ta i bruk strafferettslige virkemidler overfor barns bruk av narkotika. Barnekomiteen har i sine konkluderende merknader til statene blant annet vektlagt at staten bør føre en kunnskapsbasert politikk, ha handlingsplaner rettet mot unges helse som adresserer rusbruk og investere i forebyggende og skadereduserende tiltak både på individ- og systemnivå.²⁷³ Det er anbefalt at programmer rettet mot barn som bruker rus bør være basert på kunnskap om hva som virker og ikke virker, og de bør rette seg inn mot ulike målgrupper. De bør også inneholde en sterk overvåknings- og

²⁶⁷ Se Tobin, *The UN Convention on the Rights of the Child*, s. 1277 og 1282–1283, som bl.a. viser til konvensjonens forarbeider og konvensjonspartenes etterfølgende atferd, i tillegg til øvrige bestemmelser i konvensjonen og barnekomiteens uttalelser.

²⁶⁸ Tobin, *The UN Convention on the Rights of the Child*, s. 1288.

²⁶⁹ *Ibid.*, s. 1285.

²⁷⁰ FNs barnekomité, *General Comment No. 12: The right of the child to be heard*, CRC/C/CG/12 (2009) og Grunnloven § 104 første ledd.

²⁷¹ FNs barnekomité, *General Comment No. 12: The right of the child to be heard*, CRC/C/CG/12 (2009).

²⁷² For mer informasjon om hensynet til barnets beste, se FNs barnekomité, *General Comment No. 14: The right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration*, CRC/C/GC/14 (2013), herunder både om hva som ligger i en barnets beste-vurdering etter konvensjonen, og om hvilken vekt hensynet får i møte med andre hensyn utover at det skal være grunnleggende. Se også Grunnloven § 104 andre ledd.

²⁷³ Se Tobin, *The UN Convention on the Rights of the Child*, s. 1289–1302 for en oversikt over barnekomiteens uttalelser.

evalueringsmekanisme som kan bidra til økt kunnskap og empiri.²⁷⁴

Barnekonvensjonen artikkel 33 må forstås i sammenheng med konvensjonens artikkel 24 nr. 1 som gir barn rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til et behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Rettigheten sammenfaller i stor grad med retten til helse i ØSK artikkel 12, og barnekomiteen har adoptert de fire elementene som retten til den høyest oppnåelige helsestandard består av:

1. Tjenestene skal finnes i tilstrekkelig utstrekning.
2. Tjenestene skal være tilgjengelige for alle uten forskjellsbehandling.
3. Tjenestene skal ha respekt for medisinsk etikk og tilpasning til kultur og lignende.
4. Tjenestene skal være av god kvalitet og basert på vitenskapelige og medisinske krav.²⁷⁵

Komiteen har uttalt at behandling, intervensjoner og medisiner må være basert på den best tilgjengelige kunnskapen og at medisinsk personell må være dyktige og utstyrt med adekvat opplæring i barns helse og barnekonvensjonens prinsipper.²⁷⁶

Artikkel 24 pålegger staten en forpliktelse til å implementere tilstrekkelige kvalitetstjenester for barn der helsen deres er blitt påvirket av rusbruk.²⁷⁷

Barnekonvensjonen artikkel 4 bestemmer at realiseringen av økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter kan oppfylles gradvis, avhengig av hvilke ressurser staten har tilgjengelig. Norge har relativt sett store økonomiske ressurser, noe som vil si at det stilles høye krav til Norge ved krav om realisering av ØSK-rettighetene.²⁷⁸

4.4.2 Ruskontrakter for ungdom: Lovhjemmel og begrunnelse for tiltaket

I dette kapitlet undersøkes to typer tiltak for ungdom, nemlig rusprøver som vilkår for påtaleunntatelse og det som gjerne omtales som frivillig ruskontrakt. Disse vil vurderes opp mot menneskerettighetene, herunder EMK artikkel 8 og barnekonvensjonen artikkel 33.

4.4.2.1 De menneskerettslige standardene

Som nevnt plikter staten etter barnekonvensjonen artikkel 33 å iverksette tiltak for å beskytte barn mot narkotika. Også andre bestemmelser i barnekonvensjonen inneholder rettigheter som kan få betydning, slik som barnets beste (artikkel 3), barns rett til høyest oppnåelige helsestandard (artikkel 24), selvbestemmelse og medvirkning (artikkel 12), privatliv (artikkel 16) og rettigheter i forbindelse med eventuelle straffbare handlinger begått av barn (artikkel 40). EMK artikkel 8 verner privatlivet, og inngrep kan kun gjøres der dette har hjemmel i lov,

²⁷⁴ UNICEF, *Implementation handbook for the Convention on the Rights of the Child*, s. 505. Se også FNs barnekomité, *General Comment No. 20: The rights of the child during adolescence*, CRC/C/GC/20 (2016), avsn. 64.

²⁷⁵ Se FNs barnekomité, *General Comment No. 15: The right of the child to enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24)*, CRC/C/GC/15 (2013), s. 12 flg. og Tobin, *The UN Convention on the Rights of the Child*, s. 904 og s. 919 flg.

²⁷⁶ FNs barnekomité, *General Comment No. 15: The right of the child to enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24)*, CRC/C/GC/15 (2013), avsn. 116.

²⁷⁷ Tobin, *The UN Convention on the Rights of the Child*, s. 1283.

²⁷⁸ Tobin, *The UN Convention on the Rights of the Child*, s. 1284.

forfølger et legitim formål og er nødvendig og forholdsmessig.

4.4.2.2 Nasjonalt rammeverk

Frivillig ruskontrakt har ikke hjemmel i lov, men bygger på avtale. Etter vergemålsloven § 9 kan en mindreårig selv ikke foreta rettslige handlinger med mindre noe annet er særlig bestemt. Hvis den mindreårige ikke kan samtykke, er det vergen som kan handle på vegne av den mindreårige. Den mindreårige har medbestemmelsesrett, se § 17. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 skal helsehjelp være samtykkebasert dersom det ikke er hjemmel for tvang.²⁷⁹

Rusprøver som vilkår for påtaleunntatelse følger av straffeprosessloven § 69. Det kan stilles som vilkår for påtaleunntatelse at vedkommende skal avstå fra å bruke rusmidler og avgj «nødvendige rusprøver», se strl. § 37 d) og e). Ifølge Riksadvokaten er dette en anbefalt reaksjon for ungdom mellom 15 og 18 år fremfor forelegg i mindre alvorlige narkotikasaker.²⁸⁰ Ungdom skal følges opp med urinprøver og samtaler ut prøvetiden for ruskontrakten.²⁸¹ Ved brudd kan det ilegges en alminnelig straffereaksjon.

4.4.2.3 Kunnskapsgrunnlaget

Formålet med **en frivillig ruskontrakt** er å forebygge rusbruk.²⁸² Kontraktene tilbys av ulike instanser, for eksempel kommunene, barnevernet, helsevesenet eller politiet. Disse har ikke straffbare forhold som

utgangspunkt, men kan komme til på bakgrunn av mistanke om rus. Kontraktene som vurderes i dette kapitlet er kontrakter som inneholder en forpliktelse til å avstå fra rusmidler, med jevnlig rustesting for å kontrollere dette. Det er ofte foreldres bekymring som danner grunnlag for kontrakten, og motivasjonen kan derfor ha sammenheng med en opplevelse av press.²⁸³ Kontrakten inneholder ofte også samtaler eller andre oppfølgingstiltak. Kontraktene inneholder normalt fritak fra taushetsplikt for de involverte, eksempelvis kommunen, skolen, politiet, fastlegen og foreldre.

Det finnes ingen oversikt over omfanget av bruk av frivillige ruskontrakter, og det finnes heller ikke lovhjemmel eller nasjonale faglige retningslinjer.²⁸⁴ Rusreformutvalget pekte på at forutsetningen om frivillighet i slike ruskontrakter kan være problematisk, fordi samtykket kan være «preget av et visst påtrykk og en opplevelse av tvang selv om det ikke nødvendigvis foreligger en formell straffetrussel». Videre ble det pekt på at det er for lite kunnskap om hvorvidt slike tiltak bidrar til varige endringer, og at det i mange tilfeller er mangelfulle rutiner for oppfølging etter endt kontrakt.²⁸⁵

Helsedirektoratet har vurdert at frivillige ruskontrakter mangler dokumentasjon av effekt.²⁸⁶ Ifølge Helsedirektoratet vet man for lite om slike kontrakter bidrar til redusert eksperimentering med ulovlige rusmidler. Direktoratet konkluderer med at ruskontrakt

²⁷⁹ Det er imidlertid tvilsomt om ruskontrakter kan kategoriseres som «helsehjelp», uten at dette går nærmere inn på her.

²⁸⁰ Riksadvokaten, *Narkotikasaker*, Rundskriv nr. 2/2014, 26. juni 2014.

²⁸¹ NOU 2019: 26, kap. 10.3.2.

²⁸² NOU 2019: 26, s. 242.

²⁸³ Ibid.

²⁸⁴ Ibid.

²⁸⁵ Ibid.

²⁸⁶ Se Helsedirektoratets høringssvar til NOU 2019: 26, s. 21.

ikke kan sees på som en kunnskapsbasert tilnærming, og at det bør igangsettes mer systematisk dokumentasjon av effekt dersom tiltaket fortsatt skal benyttes.²⁸⁷

I en rapport fra KoRUS Oslo og KoRUS Øst fra 2015 var et av de sentrale funnene at det er stort behov for mer kunnskap om effekten av frivillige ruskontrakter, og at mange som benytter tilbudet burde hatt mer eller tidligere hjelp. I rapporten fremkommer det blant annet at det ser ut som at frivillig ruskontrakt ofte fungerer best for unge som har mye ressurser fra før, og mindre godt for ungdom som sliter, eksempelvis unge minoritetsgutter fra Oslo øst.²⁸⁸ Ifølge rapporten må ruskontrakter regnes som et kontrolltiltak ettersom det innebærer prøvetaking som i ytterste konsekvens kan lede til en straffereaksjon, og at deler av praksisfeltet i liten grad kommuniserte dette.²⁸⁹ Videre reises det spørsmål om frivilligheten ved kontraktene, ved at ungdom kan oppleve ulik grad av press fra foreldre og politiet.²⁹⁰

Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol har uttalt om frivillige ruskontrakter at rusmiddeltesting under tvang, til kontrollformål eller som kan medføre

sanksjoner, krever hjemmel i lov, og at kommunene ikke har slik hjemmel.²⁹¹ Oslo kommune har stanset bruken av frivillige ruskontrakter basert på en tilsvarende vurdering.²⁹²

Hva gjelder **rusprøver som alternativ straffereaksjon** vurderte Rusreformutvalget etter en gjennomgang av tilgjengelig forskning at tvungen rustesting isolert sett ikke kan anses som et tilfredsstillende kunnskapsbasert tiltak, og at det ikke er tilstrekkelig klare holdepunkter for at det er forsvarlig å bruke et slikt tiltak som reaksjon på bruk av narkotika.²⁹³ Det foreligger lite forskning på effekten av tiltaket.²⁹⁴ Politidirektoratet har rapportert om variasjon i kommunenes tilbud om rusoppfølging ved bruk av tiltaket, og at oppfølgingen fungerer godt i visse kommuner og mindre godt andre steder.²⁹⁵

4.4.2.4 *Menneskerettslige utfordringer – frivillige ruskontrakter*

Frivillige ruskontrakter er ikke lovregulert. Etter både EMK og legalitetsprinsippet kreves det hjemmel for inngrep i privatlivet.²⁹⁶ Både Oslo kommune og Helse- og omsorgsministeren har vurdert at kommunene ikke har hjemmel for inngrep i

²⁸⁷ I juni 2022 uttalte helse- og omsorgsministeren i et skriftlig spørsmål til Stortinget at kunnskapsbasert metodikk skal legges til grunn for forebyggende innsats og behandlings- og oppfølgingstjenester. Statsråden viste til Helsedirektoratets vurdering av at ruskontrakter ikke kan sees på som en kunnskapsbasert tilnærming, og at det ikke er grunnlag for å si at slike tiltak faktisk har en forebyggende effekt på fremtidig rusmiddelbruk. Se Dokument nr. 15:2422 (2021–2022).

²⁸⁸ Lien, Marianne Inez, og Yvonne Larsen, *Flinkiser og «Dropouts»: Erfaringer med ungdom på frivillig ruskontrakt* (Oslo/Ottestad: KoRus Oslo og KoRus Øst, 2015), s. 38–39.

²⁸⁹ *Ibid.*, s. 10.

²⁹⁰ *Ibid.*, s. 39. For en gjennomgang av en rekke sider ved ruskontrakter se Sandøy, Thomas Anton, *Alternative sanctions for young youth drug offenders: From punishment to help?*, doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo (2021).

²⁹¹ Dokument nr. 15:1189 (2021–2022).

²⁹² Kommuneadvokaten i Oslos brev av 4. apr. 2022, saksnr. 21/646-3.

²⁹³ NOU 2019: 26 s. 320.

²⁹⁴ *Ibid.*

²⁹⁵ Politidirektoratet, *Utredningsoppdrag – politiets rolle og straffereaksjoner for bruk og besittelse av narkotika*, brev til Rusreformutvalget, 20.02.2019.

²⁹⁶ Se EMK art. 8, samt Grunnloven § 102 og § 113.

form av prøver til kontrollformål, tvang eller negative sanksjoner i forbindelse med frivillig ruskontrakt. Etter EMDs praksis kan det gis avkall på visse rettigheter etter konvensjonen, men det kreves at et samtykke er informert og basert på fullstendig kunnskap om faktum for at det skal være gyldig.²⁹⁷ Det kreves også visse sikkerhetsmekanismer avhengig av retten det gis avkall på.²⁹⁸ Etter barnekonvensjonen artikkel 12 kreves det at barn gis informasjon de har mulighet til å forstå, og at de ikke utsettes for utilbørlig press.

Slik nevnt foran kan graden av frivillighet for ruskontrakter problematiseres. Barnet kan være under press til å inngå kontrakten av foreldre eller andre. Det finnes ikke et standardisert regelverk som gjør det mulig å vurdere hvordan samtykke innhentes, hvordan informasjon gis, eller hvordan det sikres mot eventuelt press. Tilgjengelig kunnskap tyder på at mulige negative konsekvenser ikke alltid kommuniseres til barnet. Manglende lovhjemmel og manglende standardisert regelverk gjør det dermed vanskelig å vurdere om oppfølgingen av kontraktene er betryggende. Dette gjør det vanskelig å vurdere om et samtykke til frivillig ruskontrakt oppfyller kravene i EMK og i barnekonvensjonen. Etter NIMs syn er det tvilsomt om hjemmelsgrunnet for frivillige ruskontrakter er tilstrekkelig i et menneskerettslig perspektiv, og manglende regelverk fremstår på mange måter som problematisk. Dette bør utredes nærmere.

Et annet spørsmål er om kontraktene har ønsket effekt, altså om de er *egnet* til å beskytte barn og unge mot narkotika, jf.

barnekonvensjonen artikkel 33 og 24. Som tidligere nevnt finnes det lite forskning på effekten av ruskontrakter. Noen instanser peker på at kontraktene først og fremst oppfattes som et kontrolltiltak, og ikke et hjelpetiltak. Også Helse- og omsorgsministeren har understreket at det ikke er grunnlag for å si at slike tiltak har en forebyggende effekt, men at de derimot kan oppleves krenkende. Det kan dermed spørres om det foreligger tilstrekkelig forskningsmessig belegg for å konkludere med at ruskontrakter er et egnet tiltak for å beskytte barn mot narkotika, jf. barnekonvensjonen artikkel 33. Etter NIMs syn bør det forskningsmessige belegget for effekt være vesentlig bedre for å anvende tiltak med tyngende vilkår som urinprøver, særlig når dette også kan lede til straffereaksjoner ved brudd.

4.4.2.5 Menneskerettslige utfordringer – rusprøver som vilkår for påtaleunntatelse

Etter straffeprosessloven § 69 tredje ledd skal siktede «så vidt mulig få uttale seg» om vilkår som rusprøver før de fastsettes. Etter barnekonvensjonen artikkel 12 nr. 2 har barn rett til å bli hørt i enhver rettslig saksbehandling som angår dem.²⁹⁹ I lys av dette må straffeprosessloven § 69 tredje ledd forstås som en *plikt* til å la barnet få mulighet til å uttale seg. For at barnet skal kunne ivareta sine interesser, er det sentralt at barnet gis god og tilpasset informasjon om hva rusprøver som vilkår for påtaleunntatelse innebærer, sammenliknet med eventuelle alternativer, før barnet får anledning til å uttale seg.

Også for slike vilkår er det et spørsmål om tiltaket har ønsket effekt, dersom formålet

²⁹⁷ Se *Boze v. Latvia*, avsn. 69 med videre henvisninger, som oppsummerer rettstilstanden.

²⁹⁸ *Ibid.*

²⁹⁹ Også barnekonvensjonen art. 40 inneholder rettigheter for barn anklaget for et straffbart forhold.

skal være å hjelpe barn med mulig rusproblematikk best mulig. Slik forskning foreligger ikke i tilstrekkelig grad i dag. Også gjennomføringen kan være byrdefull, med jevnlig urinprøver i påsyn av voksne, og med fortsatt mulighet for straff dersom prøven er positiv.³⁰⁰ I lys av barnekonvensjonen artikkel 33 bør det utredes om rusprøver i forbindelse med påtaleunntatelse er et egnet virkemiddel, eller om andre tiltak i bedre grad kan være egnet til å realisere formålet om å beskytte barn mot narkotika.

NIM anbefaler:

Myndighetene bør utrede om rusprøver, enten som del av frivillig ruskontrakt eller som vilkår for påtaleunntatelse, har ønsket effekt. Dersom frivillige ruskontrakter skal benyttes, bør det utredes om de må ha hjemmel i lov.

4.4.3 Behandlingstilbudet til unge med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser

Er helsetilbudet til unge med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser i tråd med barnekonvensjonen artikkel 24 om retten til helse og artikkel 33 om plikten til å beskytte barn mot illegale rusmidler? Det er temaet i dette kapitlet. Behandlingstilbudet til voksne med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser omtales i kapittel 4.3.

4.4.3.1 De menneskerettslige standardene

Som nevnt i kapittel 4.4.1. har staten etter barnekonvensjonen artikkel 24 en forpliktelse til å implementere tilstrekkelige kvalitetstjenester for barn som har fått helsen påvirket av rusbruk.³⁰¹ Artikkel 33 innebærer både en plikt til å forebygge bruk av illegale rusmidler, samt en plikt til å gi adekvat behandling og skadereduserende tjenester til barn som skades av bruk av illegale rusmidler.³⁰² Tiltakene må være effektive, med andre ord egnet til å oppnå formålet.³⁰³

4.4.3.2 Nasjonalt rammeverk

Helsetilbudet til unge med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser er regulert i helselovgivningen, og de har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester i kommunen og nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, se pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 og kapittel 6. Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 skal helsetjenestene som tilbys eller ytes være forsvarlige.

Kommunene og de regionale helseforetakene har ansvaret for å sørge for et tilstrekkelig helsetilbud, jf. helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse utdyper

³⁰⁰ Merk for øvrig at Riksadvokaten har presisert at urinprøve alene for å bekrefte mistanke om bruk av narkotika i etterforskningsøyemed ikke vil være et forholdsmessig inngrep, se Riksadvokaten, *Påtalemyndighetens legalitetskontroll med tvangsmiddelbruk*, RA-2021-955-1 (9. april 2021).

³⁰¹ Tobin, *The UN Convention on the Rights of the Child*, s. 1283.

³⁰² Tobin, *The UN Convention on the Rights of the Child*, s. 1277 og 1282–1283, som bl.a. viser til konvensjonens forarbeider og konvensjonspartenes etterfølgende atferd, i tillegg til øvrige bestemmelser i konvensjonen og barnekomiteens uttalelser.

³⁰³ Tobin, *The UN Convention on the Rights of the Child*, s. 1288.

kommunene og helseforetakenes ulike ansvarsområder og roller.³⁰⁴

4.4.3.3 Kunnskapsgrunnlaget

Som omtalt i kapittel 4.3.3, opptrer rusproblemer og psykiske lidelser ofte sammen. En studie fra 2019 finner at narkotikabruk er mer utbredt blant unge som nylig har fått behandling for psykiske lidelser, sammenlignet med jevnaldrende. De har også høyere sannsynlighet for å ha en mer problematisk rusbruk.³⁰⁵ Det er uvisst nøyaktig hvor stor andel av barn og unge som har samtidige rusproblemer og psykiske lidelser.

Riksrevisjonen gjennomførte i 2021 en undersøkelse av psykiske helsetjenester i Norge.³⁰⁶ En av hovedkonklusjonene var at ungdom med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser ikke får god nok behandling. Situasjonen betegnes av Riksrevisjonen som alvorlig.³⁰⁷ Nesten 40 prosent av kommunene opplyser at behandlingstilbudet til denne gruppen ikke er godt i deres kommune, og rundt hver tredje kommune opplyser at tilbudet ikke har tilstrekkelig kapasitet. I underkant av 20 prosent av kommunene mangler et tilbud til ungdom med rusmiddelproblemer.

Ifølge undersøkelsen behandler nesten hver tredje poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) ikke unge under 18 år med

samtidige rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, og mange får behandling som er beregnet på voksne. Mange poliklinikker mangler grunnkompetanse om rusmidler og avhengighet. Kun en av tre poliklinikker for barn og unge som behandler ungdom med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser, benytter behandlingsmetoder særlig rettet mot rusmiddelproblemer.

4.4.3.4 Menneskerettslige utfordringer

Riksrevisjonens undersøkelse fra 2021 viser at retten til høyest oppnåelige helsestandard og rettighetene under artikkel 33 er under press for unge med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser. Både i kommunesektoren og i spesialisthelsetjenesten mangler det både kompetanse og ressurser, og tilbudet fremstår mangelfullt. Det er alvorlig at mange barn med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser står uten et reelt behandlingstilbud, og i flere tilfeller gis behandling beregnet på voksne. Dette er ikke forenlig med de forpliktelser staten har etter barnekonvensjonen artikkel 24 og artikkel 33.

³⁰⁴ Helsedirektoratet, *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse* (2012, oppdatert 2022).

³⁰⁵ Heradstveit, Ove m.fl., «Psychiatric diagnoses differ considerably in their associations with alcohol/drug-related problems among adolescents. A Norwegian population-based survey linked with national patient registry data», *Frontiers in Psychology* 10, nr. 1003 (2019).

³⁰⁶ Riksrevisjonen, *Dokument 3:13 (2020–2021) Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester* (Oslo: Riksrevisjonen, 2021).

³⁰⁷ Riksrevisjonen benytter seg av fire nivåer for kritikk, som er ment å reflektere kritikkens alvorlighetsgrad. Begrepet *alvorlig* er den nest høyeste alvorlighetsgraden, og benyttes ved «forhold som kan ha betydelige konsekvenser for samfunnet eller berørte borgere, eller der summen av feil og mangler er så stor at dette må anses som alvorlig i seg selv». Se Riksrevisjonen, *Slik jobber vi*, hentet 08.09.2022.

NIM anbefaler:

Myndighetene må sikre et reelt behandlingstilbud til barn og unge med samtidige psykiske lidelser og rusproblemer, slik det følger av barnekonvensjonen.

4.4.4 Hjelpetilbudet til barn som bruker rusmidler og som har opphold på institusjoner i barnevernet

Barn med rusproblemer kan oppholde seg på barnevernsinstitusjoner av ulike årsaker. I noen tilfeller er det barnas bruk av rusmidler som direkte medfører et opphold på barnevernsinstitusjon, enten frivillig eller under tvang. I andre tilfeller plasseres barn på institusjon av andre grunner, der rusbruk inngår i problembildet. I dette kapittelet fokuseres det primært på barn med ulike former for rusproblemer og som er plassert på institusjon på grunn av atferdsvansker. Spørsmålet er om hjelpetilbudet til denne gruppen er i tråd med menneskerettighetene?

Når barn bruker rusmidler og bor på barnevernsinstitusjon aktualiseres flere menneskerettslige spørsmål, herunder om barnet får et adekvat hjelpetilbud, og retten til å medvirke. I det følgende pekes det på noen utfordringer knyttet til disse problemstillingene. Tematikken reiser

komplekse spørsmål, og rapportens format gir ikke foranledning til å gå i dybden eller dekke hele bredden i disse spørsmålene.³⁰⁸

4.4.4.1 De menneskerettslige standardene

Etter barnekonvensjonen artikkel 24 har staten en forpliktelse til å implementere tjenester av tilstrekkelig kvalitet for barn som har fått helsen påvirket av rusbruk.³⁰⁹ Artikkel 33 innebærer både en plikt til å forebygge bruk av illegale rusmidler og til å gi adekvat behandling og skadereduserende tjenester til barn som skades av bruk av illegale rusmidler.³¹⁰ Tiltakene må være effektive, med andre ord egnet til å oppnå formålet.³¹¹ Barnekonvensjonen artikkel 24 og 33 er nærmere gjennomgått i kapittel 4.4.1. og 4.4.3.

Når barn frihetsberøves, må vilkårene i EMK artikkel 5 nr. 1 bokstav d være oppfylt. Et barn kan etter denne bestemmelsen berøves friheten av hensyn til «oppdragerformål». Begrepet skal forstås videre enn ordlyden tilsier, og omfatter blant annet «many aspects of the exercise, by the local authority, of parental rights for the benefit and protection of the person concerned».³¹² Statene må ha passende institusjonsfasiliteter som møter behovene for sikkerhet og oppdragelse.³¹³ Også barnekonvensjonen artikkel 37 bokstav c stiller krav til omsorgen og beskyttelsen institusjonen skal gi.³¹⁴ Viktig er også

³⁰⁸ Et viktig menneskerettslig spørsmål, som NIM av kapasitetsgrunner ikke kan gå inn på her, er bruk av tvang og begrensninger overfor barn som er plassert på institusjon. Slike spørsmål reguleres av blant annet barnekonvensjonen art. 37 bokstav a og EMK art. 3 om forbud mot nedverdiggende behandling, samt retten til privatliv i barnekonvensjonen art. 16 og EMK art. 8.

³⁰⁹ Tobin, *The UN Convention on the Rights of the Child*, s. 1283.

³¹⁰ Tobin, *The UN Convention on the Rights of the Child*, s. 1277 og 1282–1283, som bl.a. viser til konvensjonens forarbeider og konvensjonspartenes etterfølgende atferd, i tillegg til øvrige bestemmelser i konvensjonen som retten til helse i art. 24 og barnekomiteens uttalelser.

³¹¹ Tobin, *The UN Convention on the Rights of the Child*, s. 1288.

³¹² *D.G. v. Irland* (39474/98), avsn. 80.

³¹³ *D.G. v. Irland*.

³¹⁴ Se Prop. 133 L (2020-2021), pkt. 12.1.1.1., s. 225

barnekonvensjonen artikkel 3 nr. 2 og artikkel 20 som stiller krav til at barnet får forsvarlig omsorg når det er plassert på institusjon.³¹⁵

Dersom et barn gis utilstrekkelig medisinsk behandling under tvungent opphold på institusjon, kan dette etter en samlet vurdering være i strid med forbudet mot nedverdiggende eller umenneskelig behandling etter EMK artikkel 3.³¹⁶ Barnet må motta adekvat og medisinsk begrunnet behandling, og utforming av fysiske fasiliteter, graden av bemanning og bemanningens kompetanse om tilstanden til barnet, kan inngå i vurderingen av om behandlingen er tilstrekkelig.³¹⁷

Barnekonvensjonen artikkel 12 gir alle barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, rett til å gi uttrykk for disse synspunktene i alle forhold som berører dem selv. Synspunktene skal tillegges behørig vekt i samsvar med alder og modenhet.³¹⁸ Det vil si at barn som er på institusjon har rett til å medvirke i avgjørelsen av spørsmål som hvor barnet skal bo og hvilket innhold oppholdet skal ha. Barnekonvensjonen artikkel 3 sier at hensynet til barnets beste

skal være et grunnleggende hensyn i alle offentlige handlinger som gjelder barn.³¹⁹

4.4.4.2 Nasjonalt rammeverk

Et barn kan holdes tilbake på institusjon mot sin vilje etter barnevernloven § 4-24. Slik plassering kan gjøres om barnet «har vist alvorlige atferdsvansker» ved «alvorlig eller gjentatt kriminalitet», «vedvarende misbruk av rusmidler» eller «på annen måte». Barnet kan plasseres på institusjon for observasjon, undersøkelse og behandling. Etter barnevernloven § 4-26 kan et barn også plasseres frivillig på slike institusjoner, dersom det har atferdsvansker som beskrevet i § 4-24.³²⁰

Dersom den kommunale barnevernstjenesten vurderer at et barn oppfyller vilkårene for plassering, sender barnevernstjenesten en forespørsel til Barne-, ungdoms-, og familieetaten (Bufetat), som har ansvar for å finne en egnet institusjonsplass til barnet.³²¹ Ved atferdsplasseringer krever loven at institusjonen må være faglig og materielt i stand til å tilby barnet tilfredsstillende hjelp sett hen til formålet med plasseringen, jf. barnevernloven § 4-24 siste ledd.³²² Det følger av § 5-11 at barnevernsinstitusjonen til enhver tid skal ha forsvarlig bemanning

³¹⁵ Tobin, *The UN Convention on the Rights of the Child*, s. 746.

³¹⁶ *Blokhin v. Russland* (47152/06), avsn. 136, som gjaldt et barn som ble anholdt i en ungdomsanstalt etter kriminelle handlinger. Se også *L.R v. Nord-Makedonia* (38067/15), avsn. 71, som gjaldt et barn som var på omsorgsinstitusjon.

³¹⁷ *Blokhin v. Russland*, avsn. 137–138 og *L. R. v. Nord-Makedonia*, avsn. 72–83.

³¹⁸ Se FNs barnekomité, *General Comment No. 12: The right of the child to be heard*, CRC/C/CG/12 (2009).

³¹⁹ For mer informasjon om hensynet til barnets beste, se FNs barnekomité, *General Comment No. 14: The right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration*, CRC/C/GC/14 (2013), herunder både om hva som ligger i en barnets beste-vurdering etter konvensjonen, og om hvilken vekt hensynet får i møte med andre hensyn utover at det skal være grunnleggende. Se også Grunnloven § 104 andre ledd.

³²⁰ I slike tilfeller kan institusjonen stille som vilkår at barnet kan holdes tilbake på institusjonen for en tidsbegrenset periode. Barn kan også ha opphold på barnevernsinstitusjon av andre grunner, for eksempel fordi omsorgssituasjonen i hjemmet ikke er forsvarlig, jf. barnevernloven § 4-12.

³²¹ Jf. barnevernloven § 2-3.

³²² Ved omsorgsplasseringer kreves blant annet at stedet for plassering skal velges ut fra hensynet til barnets egenart og behov for omsorg og opplæring i et stabilt miljø, jf. barnevernloven § 4-15.

og kompetanse, og at institusjonen skal ha ansatte med tilstrekkelig nivå og bredde i kompetansen sett hen til institusjonens målgruppe og målsetting. I § 1-4 finnes også det generelle forsvarlighetskravet som stiller krav til kvaliteten på omsorgen og behandlingen barnet får.³²³

I tillegg har barn som bor på institusjon samme rett på forsvarlig helsehjelp fra den kommunale helsetjenesten og fra spesialisthelsetjenesten som andre barn, jf. helselovgivningen. De har også krav på tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB), jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a.³²⁴

Det følger av barnevernloven § 1-6 og av Grunnloven § 104 at alle barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, har rett til å medvirke i alle forhold som vedrører dem. I Grunnloven § 104 er det også fastslått at hensynet til barnets beste skal være et grunnleggende hensyn.

I skrivende stund pågår det et stort endringsarbeid på barnevernsfeltet. Dette innebærer blant annet:

- For det første nedsatte regjeringen i juni 2022 et utvalg som skal foreslå endringer som sikrer at barn på institusjon får den omsorgen og hjelpen de trenger.³²⁵

- I tillegg skal barnevernsutvalget avgi sin NOU i 2023. Utvalget skal blant annet se på hvordan rettssikkerheten til barn på institusjon kan styrkes ut fra barnets behov for omsorg, behandling og trygge rammer.³²⁶
- Den nye barnevernloven skal blant annet styrke pågående reformarbeid knyttet til kvalitets- og kompetanseheving på institusjoner, og løfter kvalitets- og kompetansekrav fra forskrift til lovverk.³²⁷
- Regler om at det skal foretas en tverrfaglig helsekartlegging av alle barn det er besluttet å fremme sak om plassering av er allerede vedtatt men ikke satt i kraft. Hver institusjon skal også ha en helseansvarlig som skal bidra til at barna får nødvendig helsehjelp.³²⁸
- I tillegg trådte barnevernsreformen i kraft 1. januar 2022, som blant annet gir kommunene økonomisk ansvar for institusjonsplasseringer.³²⁹

4.4.4.3 Kunnskapsgrunnlaget

Hvem er det snakk om?

I løpet av 2021 var totalt 1476 barn og unge plassert på barnevernsinstitusjoner i

³²³ For øvrig regulerer barnevernloven § 5-9 og rettighetsforskriften en rekke forhold knyttet til tvang og andre inngrep i barnets personlige integritet mens det er plassert på institusjon.

³²⁴ I forbindelse med lovarbeidet knyttet til ny barnevernlov, som sannsynligvis trer i kraft i 2023, uttalte lovgiver om forskjellen på behandling i barnevernet og helsehjelp at «det følger implisitt av loven og selve formålet med atferdsplasseringer at den barnevernsfaglige behandlingen som utføres i barnevernet skiller seg fra helsefaglig behandling. Dersom det skal ytes helsefaglig behandling overfor barn som bor på barnevernsinstitusjon, skal den hjemles i helselovgivningen.», se Prop. 133 L (2020-2021), s. 232.

³²⁵ Barne- og familiedepartementet, Nytt utval skal utgreie institusjonstilbudet i barnevernet, nettsak, 22.06.2022.

³²⁶ Barnevernsutvalget, *Mandat*, hentet 09.09.2022.

³²⁷ Den nye loven løfter også regler om tvang og andre inngrep i barnets personlige integritet fra forskrift til lovverk.

³²⁸ Prop. 133 L (2020-2021), kap. 5.5.2.

³²⁹ Barne- og familiedepartementet, *Nå trer barnevernsreformen i kraft*, nettsak, 23.12.2021.

Norge.³³⁰ Av disse er i underkant av 400 barn plassert på institusjon på grunn av atferdsproblemer etter barnevernloven §§ 4-24 og 4-26, hvorav noe over 140 på grunn av alvorlig eller vedvarende rusbruk.³³¹

Det er uvisst nøyaktig hvor mange barn som er plassert på barnevernsinstitusjon som har et rusproblem. En studie fra 2015 av 400 barn på institusjon viste imidlertid at 76 prosent av ungdommene kvalifiserte til minst én psykisk lidelse i løpet av de siste tre månedene, og at flere av disse hadde ruslidelser.³³² 36 prosent av de undersøkte ungdommene hadde en atferdsforstyrrelse eller et rusproblem. Det er derfor grunn til å anta at en del barn som plasseres på barnevernsinstitusjoner for andre grunner enn rus, har sammensatte utfordringer der rusbruk inngår som del av problembildet.

Valg av barnevernsinstitusjon

Riktig valg av barnevernsinstitusjon er sentralt for å sikre at tilbudet på institusjonen er godt nok tilpasset barnets behov.

Bufetat har som nevnt ansvar for å finne en egnet institusjonsplass for barnet. Etaten gjør en kartlegging og en såkalt målgruppedifferensiering av alle barn som det søkes om behandlingsinstitusjon til etter barnevernloven § 4-24 og 4-26. Dette gjøres med utgangspunkt i informasjon fra det kommunale barnevernet. Barn plasseres i tre ulike kategorier: de med «alvorlig eller

vedvarende rusmisbruk», de med «alvorlige atferdsvansker og høy risiko for å utvikle varige problemer i form av kriminalitet i voksen alder» og de med «alvorlige atferdsvansker og lav risiko for å utvikle varige problemer i form av kriminalitet i voksen alder».³³³ Plassering i den første kategorien medfører at barnet blir plassert på en institusjon med spesialisert kompetanse på rus (rusinstitusjon). De to andre kategoriene medfører at barnet blir plassert på andre behandlingsinstitusjoner. Formålet med differensiering er blant annet å unngå at ungdom med langvarig og alvorlig rusproblematikk blir plassert sammen med ungdommer uten slik problematikk.³³⁴ Forskning viser at dersom barn med rusproblemer plasseres på institusjon sammen med barn uten rusproblemer, kan dette øke risiko for rusbruk blant de andre barna.³³⁵

En undersøkelse av statlige barnevernsmyndigheter gjennomført av Riksrevisjonen i 2020, konkluderer med at behovene til flere barn ikke blir kartlagt godt nok ved valg av barnevernsinstitusjon. Undersøkelsen peker videre på at det ikke finnes et felles system for hvordan barnets medvirkning skal synliggjøres i valg av institusjon, og det varierer i hvilken grad barnets synspunkter dokumenteres. Dette kan føre til feilplassering, noe som kan ha alvorlige konsekvenser for barna det gjelder. Det fremgår ikke av undersøkelsen i hvilken grad dette særlig gjelder barn med

³³⁰ Tall oppgitt av Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet (Bufdir) (E-post av 4. sept. 2022 fra Bufdir til NIM). Tallet inkluderer ikke institusjonsplasseringer i Oslo kommune og enkelte kommunale institusjoner som plasserer barn direkte uten bistand fra Bufetat.

³³¹ Bufdir, *Årsrapport 2021* (Oslo: Bufdir, 2022), s. 95.

³³² Kayed, Nanna S. m.fl., *Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner* (Trondheim: NTNU, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, 2015).

³³³ Bufdir, Informasjonsside om behandlingsinstitusjon jf. bvl. §§ 4-24 og 4-26, 03.02.2022.

³³⁴ Bufdir, Differensiering av målgrupper ved plassering i adferdsinstitusjon, 01.09.2020.

³³⁵ Bufdir, *Årsrapport 2021* (Oslo: Bufdir, 2022), s. 96.

rusproblemer. Imidlertid finner undersøkelsen at flere av personene som skal gjøre plasseringsvalgene særlig mangler kompetanse innenfor ulike typer barnevernsfaglige vurderinger av barn som skal atferdsplasseres. 44 prosent av inntaksrådgiverne svarte at de trenger mer kompetanse om barnevernsfaglige vurderinger av barn som skal plasseres i målgruppen barn med vedvarende rusproblem. For barn som skal plasseres i målgruppen atferdsproblem og høy risiko, var andelen inntaksrådgivere med behov for mer kompetanse 35 prosent, og for målgruppen atferdsproblem og lav risiko var det 26 prosent som trengte mer kompetanse.³³⁶

I en rapport fra Barneombudet fra 2020 om barn på barnevernsinstitusjoner, var et av hovedfunnene at det varierte hvor grundig barnevernet systematiserte og samlet informasjon om ungdommene og deres behov før de flyttet på institusjon. De beste eksemplene på systematisering, var i saker der barn flyttet til behandlingstilbud. Samtidig var denne informasjonen ofte standardpreget og i noen tilfeller kortfattet.³³⁷ Barneombudet peker også på at barnets beste ofte ikke styrer valget av institusjon, og at flere barn ikke opplever å

ha en reell medvirkning ved valg av institusjon.³³⁸

I samme rapport trekkes det også frem at barnevernet kan ha særlige utfordringer med å finne riktig institusjon til barn med sammensatte og komplekse utfordringer. Ansatte i tjenestene forteller at det er store mangler i tilbudet til ungdommer som har sterke atferdsuttrykk eller sliter med rus og psykiske problemer som skal plasseres på institusjon.³³⁹ Ifølge rapporten er det få institusjoner som kan eller vil ta imot denne gruppen. Dette kan føre til at barnevernstjenesten må ta til takke med det tilbudet de får, eller at ungdommene blir boende lenge på institusjoner der de ikke har det bra.

Hjelpetilbudet til barn på institusjon³⁴⁰

I Barneombudets rapport pekes det på at det miljøterapeutiske arbeidet er mangelfullt ved flere barnevernsinstitusjoner. Ifølge ombudet er det vanskelig å se tydelige forskjeller mellom tilbudet som gis på behandlings- og omsorgsinstitusjonene, og at det med noen få unntak ikke gis mer eller annerledes behandling på behandlingstilbudene.³⁴¹

³³⁶ Riksrevisjonen, Dokument 3:7 (2019-2020) Riksrevisjonens undersøkelse av om statlige barnevernsmyndigheter sikrer det beste for barn i barnevernsinstitusjoner, rapportvedlegg (Oslo: Riksrevisjonen, 2020), s. 45.

³³⁷ Barneombudet, «De tror vi er shitkids»: Rapport om barn som bor på barnevernsinstitusjon (Oslo: Barneombudet, 2020), s. 25 og 27.

³³⁸ Ibid., s. 28-29. Inntrykket bekreftes i en gjennomgang av Helsetilsynet fra 2020 av barnevernets oppfølging av to jenter som var plassert på barnevernsinstitusjon, og senere døde. Tilsynet konkluderte blant annet med at jentenes behov ikke var godt nok vurdert ved valg av plassering. Dette bidro til uegnede plasseringstiltak og mange flyttinger, noe som forverret jentenes problemer, se Helsetilsynet, *Gjennomgang av barnevernets oppfølging av de to jentene som var plassert på Vestlundveien ungdomssenter og som senere døde. Offentlig versjon* (Oslo: Helsetilsynet, 2020).

³³⁹ Barneombudet, «De tror vi er shitkids»: Rapport om barn som bor på barnevernsinstitusjon, s. 27.

³⁴⁰ I det følgende fokuseres det på det generelle hjelpetilbudet til barn som bruker rusmidler etter de har blitt plassert på barnevernsinstitusjoner. Kildene gjelder alle typer institusjoner, og skiller i stor grad ikke mellom type institusjon eller plasseringsgrunnlag. Det er grunn til å anta at kunnskapsgrunnlaget hovedsakelig gir grunn til å si noe om tilbudet til barn som er plassert i andre institusjoner enn rusinstitusjoner.

³⁴¹ Barneombudet, «De tror vi er shitkids»: Rapport om barn som bor på barnevernsinstitusjon, s. 45-46.

I tillegg finner Barneombudet at både institusjonene og andre tjenester, som BUP, har utfordringer med å komme i posisjon til å gi den psykiske helsehjelpen mange unge på barnevernsinstitusjoner trenger.³⁴² Ifølge ombudet mangler det kompetanse på psykisk helse ved flere av institusjonene, og mange ungdommer vil ikke ha hjelp fra BUP eller oppfatter ikke hjelpen som nyttig. Flere av ungdommene forteller at behandlere i BUP er mest opptatt av symptomene, og at de ikke får rom til å snakke om tingene de virkelig trenger hjelp til – som årsaken til at de ruser seg.

I rapporten beskrives det også flere alvorlige saker der verken barnevernet eller institusjonene har virkemidler til å gi hjelp til de mest sårbare ungdommene som bor på barnevernsinstitusjoner.³⁴³ Flere av ungdommene i ombudets rapport hadde omfattende problemer med rus, psykiske vansker og/eller atferdsvansker. Det pekes blant annet på flere tilfeller der ungdommer ruser seg åpent på institusjonen uten at det får konsekvenser eller fører til oppfølging, og at rusproblemer har blitt verre i løpet av oppholdet.

Helsetilsynet stilte i 2020 spørsmål ved om kompetansen på rus er god nok i barnevernet generelt, og påpekte at barn med rusproblemer i praksis får ulikt behandlingstilbud mens de er på barnevernsinstitusjon.³⁴⁴ Tilsynet peker på

at mange barn som blir plassert på institusjon på grunn av atferd som ikke primært er knyttet til et rusproblem, også kan ha behov for oppfølging knyttet til rusbruk. Her synes imidlertid tilnærmingen, ifølge Helsetilsynet, å være mer tilfeldig enn for dem som plasseres på rusinstitusjon, og det kan synes som det ikke sikres at de får systematisk behandling for rusvanskene. Tilsynet pekte også på at mange barn på barnevernsinstitusjon ikke får tilgang på tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet (TSB), selv om de har rett på dette.

Helsetilsynet gjennomførte i 2018 et landsomfattende tilsyn med barnevernsinstitusjoners arbeid med forsvarlig omsorg og bruk av tvang.³⁴⁵ Tilsynet avdekket blant annet at barn med problemer knyttet til rus og psykisk helse bodde på institusjoner uten ansatte med tilstrekkelig kompetanse på tilsynsområdene. Dette innebar ifølge tilsynet at barna ikke fikk rammene og den faglige oppfølgingen de hadde behov for og krav på.

Riksrevisjon gjorde i 2021 en undersøkelse av psykiske helsetjenester i Norge.³⁴⁶ Undersøkelsen fant at ungdom med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser ikke får god nok behandling og at mange

³⁴² Barneombudet, «De tror vi er shitkids»: Rapport om barn som bor på barnevernsinstitusjon, s. 48–50.

³⁴³ Barneombudet, «De tror vi er shitkids»: Rapport om barn som bor på barnevernsinstitusjon, s. 57–65.

³⁴⁴ Helsetilsynet, Gjennomgang av barnevernets oppfølging av de to jentene som var plassert på Vestlundveien ungdomssenter og som senere døde. Offentlig versjon.

³⁴⁵ Helsetilsynet, «Barnas hjem. Voksnes ansvar.» Oppsummering av landsomfattende tilsyn med barnevernsinstitusjoner i 2018 (Oslo: Helsetilsynet, rapport nr. 3, 2019). Tilsynet avdekket svikt på begge tilsynsområdene, og avdekket lovbrudd i 36 av 60 barnevernsinstitusjoner. Når det gjaldt institusjoner hvor det var påvist lovbrudd, fant tilsynet at det var gjennomgående svikt i systematisk arbeid med å gi forsvarlig omsorg og bruke tvang i henhold til regelverket.

³⁴⁶ Riksrevisjonen, Dokument 3:13 (2020–2021) Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester (Oslo: Riksrevisjonen, 2021).

står uten et helsetilbud. Se nærmere om dette i kapittel 4.4.3.

4.4.4.4 *Menneskerettslige utfordringer*

Barn som bruker rusmidler har rett på kvalitativt gode helsetjenester, adekvat behandling og forsvarlig omsorg, også når de bor på institusjon. Dette følger av barnekonvensjonens bestemmelser, herunder artikkel 24 og 33, samt EMK. Barn har også rett til å medvirke i spørsmål som gjelder dem selv.

Gjennomgangen av kunnskapsgrunnlaget viser for det første at det er en risiko for at det ikke alltid fanges opp i hvilken grad barnet har rusvansker ved plassering på barnevernsinstitusjon. Ofte gjøres det ikke gode nok kartlegginger av barnets behov før valg av institusjon treffes, både i det kommunale barnevernet og på statlig nivå. Barnets rett til medvirkning blir heller ikke fullt ut ivaretatt. Det er ukjent i hvilken grad dette særlig gjelder barn med rusvansker. Mange av dem som forbereder valg av institusjon forteller imidlertid at de mangler kompetanse på barnevernfaglige vurderinger knyttet til barn med atferdsproblemer, særlig når det kommer til barn med vedvarende rusproblem. I tillegg ser det ut til at det i visse tilfeller kan være vanskelig å finne riktig institusjon til barn med sammensatte og komplekse utfordringer, der rus- og atferdsproblemer kan inngå. Riktig valg av barnevernsinstitusjon er sentralt for å sikre at tilbudet i og utenfor institusjonen er godt nok tilpasset barnets behov. Feilplassering kan ha alvorlige konsekvenser for barna det gjelder.

For det andre viser kunnskapsgrunnlaget at hjelpetilbudet til barn med rusproblemer, mens de bor på institusjon, har svakheter.

Flere rapporter peker på at det mangler kompetanse på rusproblematikk ved mange barnevernsinstitusjoner, og at barn med rusproblemer ikke får den hjelpen de trenger mens de er på institusjon.

Kunnskapsgrunnlaget viser i tillegg at helsehjelpstilbudet utenfor institusjonen i mange tilfeller er for svakt, og at helsevesenet ikke alltid kommer i posisjon for å tilby helsehjelp. Barneombudet og Helsetilsynet påpeker at flere barn på institusjon med behov for helsehjelp ikke får tilgang til BUP eller tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet (TSB).

Kunnskapsgrunnlaget viser at det er risiko for at flere barn med rusvansker på institusjon hverken får den oppfølgingen de trenger fra selve institusjonen eller i helsetjenesten. Dette betyr at det er risiko for at barnet, ved opphold på barnevernsinstitusjon, ikke får oppfylt sin rett til kvalitativt gode helsetjenester, adekvat behandling og forsvarlig omsorg, slik det følger av barnekonvensjonens bestemmelser.

Det foregår et betydelig arbeid på barnevernsfeltet, også i relasjon til utfordringene som er skissert her. For eksempel er det nå to nye utvalg som på hver sin måte skal se på institusjonsbarnevernet og foreslå forbedringer, og en rekke tiltak er allerede iverksatt. Til tross for dette, er NIM likevel bekymret for om barns menneskerettigheter ivaretas i tilstrekkelig grad i praksis i dag.

NIM anbefaler:

Myndighetene må sikre at barn med rusproblemer som oppholder seg på en barnevernsinstitusjon får et forsvarlig hjelpetilbud, herunder helsetjenester, slik det følger av barnekonvensjonen.

5. Et bedre diskrimineringsvern

Personer som bruker rus er en stigmatisert, og til tider en marginalisert gruppe. I et menneskerettslig perspektiv reiser dette særlig tre spørsmål: På hvilke samfunnsområder møter den som bruker rus forskjellsbehandling på grunn av stigmatisering eller marginalisering? Hvilket diskrimineringsvern etter menneskerettighetene har personer som bruker rus? Hvordan er diskrimineringsvernet gjennomført i norsk rett for denne gruppen?

5.1 Behovet for et diskrimineringsvern

Det eksisterer lite systematisk dokumentasjon om forskjellsbehandling eller diskriminering av rusbrukere i Norge. Dette bekreftes også av en litteraturstudie fra 2008.³⁴⁷ Det er likevel mye som tyder på at personer som bruker ulovlige rusmidler møter forskjellsbehandling innenfor en rekke ulike samfunnsområder.

Det begrensede kunnskapsgrunnlaget om forskjellsbehandling av rusbrukere, dreier seg i stor grad om helsevesenet. Som nevnt i kapittel 4.3. dokumenterer flere studier at rusbrukere møter forskjellsbehandling i tilgang til, og kvalitet på, helsetjenester. Personer med ROP-lidelser undersøkes, utredes og behandles blant annet i mindre grad for somatiske plager enn andre, og de opplever dårligere kvalitet på helsetjenester enn andre pasientgrupper.³⁴⁸ Forskning tyder på at negative holdninger til rusbrukere

blant helsepersonell kan være en medvirkende faktor for underbehandling.³⁴⁹

Diskrimineringslovutvalget, som leverte forslag til ny samlet diskrimineringslov i 2009, fant at rusavhengige er en av flere grupper som er vanskelig stilt, sosialt sårbare og utsatt for forskjellsbehandling. Utvalget viste blant annet til at rusavhengige opplever avvisning og dårligere behandling i helsevesenet, forskjellsbehandling på arbeidsmarkedet og i møte med politiet, avvisning og bortvisning fra kjøpesentre på grunn av utseende og fremtoning, og dårligere tilgang til trygdeytelser. Et flertall i utvalget foreslo med bakgrunn i dette å tydeliggjøre rusavhengiges diskrimineringsvern i lovverket.³⁵⁰ I tillegg konkluderte Rusreformutvalget med at strafflegging av narkotikabruk kan bidra til stigmatisering av personer som bruker rusmidler.³⁵¹ Ifølge utvalget kan stigma blant annet virke negativt inn på den enkeltes velferd og muligheter til å bli hørt av myndighetene og samfunnet for øvrig, samt skape motstand og mistillit som kan hindre

³⁴⁷ Skaug, Gry Kornelia, *Livssituasjon blant tidligere innsatte, nåværende og tidligere rusavhengige med fokus på mulig diskriminering eller usaklig forskjellsbehandling*, litteraturstudie utført for diskrimineringsutvalget (2008).

³⁴⁸ Høye og Lien, *Somatisk sykdom og levevaner*, s. 138.

³⁴⁹ Skarstein og Tanum, «Personer med rusavhengighet blir oftere syke og får dårligere behandling» og Vervarda, Hansen og Larsen, «Rusmiddelavhengighet: Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandling».

³⁵⁰ NOU 2009: 14, s. 142–143 og s. 164–167.

³⁵¹ NOU 2019: 26, s. 250–254. Se også foran under kap. 3.1.

hjelpesøkende atferd blant vanskeligstilte grupper.³⁵²

Også denne rapporten gir indikasjoner på at rusbrukere møter forskjellsbehandling på flere samfunnsområder. For eksempel har voldsutsatte i aktiv rus, i motsetning til de som ikke er i aktiv rus, ikke et reelt krisesentertilbud i store deler av landet. Det er også grunn til å anta at den problematiske tvangsmiddelbruken skissert i kapittel 3.2 primært har rammet rusbrukere.³⁵³ En gjennomgående tilbakemelding NIM har fått i konsultasjonsprosessen under utarbeidelsen av rapporten, var at rusbrukere møter stigmatisering og negative holdninger i ulike deler av samfunnet.

5.2 Det menneskerettslige diskrimineringsvernet

Menneskerettighetene forbyr diskriminering. Dette følger av en rekke menneskerettighetskonvensjoner Norge er bundet av.³⁵⁴ I det følgende redegjøres det for diskrimineringsvernet etter ØSK artikkel 2.³⁵⁵

ØSK artikkel 2 nr. 2 oppstiller ulike forhold det er ulovlig å diskriminere noen på grunnlag av, såkalte diskrimineringsgrunnlag.

Diskrimineringsgrunnlagene nevnt i bestemmelsens ordlyd inkluderer rase, hudfarge, kjønn, religion og nasjonal eller sosial opprinnelse, samt «other status». Listen er ikke uttømmende. Rusbruk eller rusavhengighet er ikke nevnt i bestemmelsens ordlyd, og spørsmålet er hvorvidt dette kan inngå i «other status».³⁵⁶

I ØSK-komiteens generelle kommentar om diskriminering er det understreket at man må ha en fleksibel tilnærming til hva som utgjør diskrimineringsgrunnlaget «other status».³⁵⁷ Komiteen har i ulike sammenhenger definert at flere forhold faller inn under dette diskrimineringsgrunnlaget. Komiteen har vektlagt om et nytt grunnlag kan sammenlignes med dem som allerede er opplistet i konvensjonsteksten.³⁵⁸ Funksjonsnedsettelse, helsestatus (en persons fysiske eller mentale helse), og den enkeltes økonomiske og sosiale situasjon (eksempelvis fattigdom og hjemløshet), er forhold ØSK-komiteen har tolket som

³⁵² NOU 2019: 26, s. 251.

³⁵³ Merk imidlertid at Riksadvokaten ikke har undersøkt om den manglende oppmerksomheten rundt straffeprosessuelle skranker rettet seg mot andre typer lovbrudd enn mindre alvorlige narkotikasaker, slik at det ikke foreligger et fullgodt sammenligningsgrunnlag med andre typer kriminalitet.

³⁵⁴ F.eks. EMK, barnekonvensjonen, SP og *FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne* (CRPD), 2515 UNTS 3 (13.12.2007, trådte i kraft 03.05.2008).

³⁵⁵ Retten til helse i ØSK art. 12 er viktig i helserettslige spørsmål knyttet til forskjellsbehandling, og det redegjøres derfor i dette kap. for diskrimineringsvernet etter ØSK art. 2. Av plasshensyn redegjøres det ikke for diskrimineringsvernet etter de øvrige konvensjonene.

³⁵⁶ For øvrig gjenfinnes begrepet «other status» i diskrimineringsbestemmelsene i både EMK art. 14 og SP art. 2 og 26. Begrepet må tolkes selvstendig for hver konvensjon. Samtidig er hvordan ett rettslig spørsmål tolkes under én menneskerettskonvensjon, en relevant tokningsfaktor å se hen til ved tolkningen av tilsvarende rettslige spørsmål under andre menneskerettskonvensjoner, jf. bl.a. Wienkonvensjonen om traktatrett art. 31 nr. 3 bokstav c.

³⁵⁷ ØSK-komiteen, *General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights*, E/C.12/GC/20 (2009), avsn. 27.

³⁵⁸ Komiteen uttaler at «These additional grounds are commonly recognized when they reflect the experience of social groups that are vulnerable and have suffered and continue to suffer marginalization». Se ØSK-komiteen, *General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights*, E/C.12/GC/20 (2009), avsn. 27.

omfattet av diskrimineringsgrunnlaget «other status». Rusavhengighet eller rusbruk er ikke nevnt, verken i komiteens generelle kommentarer eller i individklagesaker.³⁵⁹

På bakgrunn av det ovennevnte er det likevel gode grunner til å innfortolke i hvert fall kvalifiserte former for rusavhengighet inn i begrepet «other status». Rusavhengighet kan være en livslang tilstand, selv med adekvat behandling, og ligne de øvrige diskrimineringsgrunnlagene som er nevnt i bestemmelsens ordlyd. Tilstanden kan utgjøre en del av en persons helsestatus ved at den berører fysisk eller mental helse. Kvalifiserte former for rusavhengighet kan anses som en funksjonsnedsettelse.³⁶⁰ Rusbruk eller rusavhengighet kan også berøre den enkeltes økonomiske og sosiale situasjon på en slik måte at det fører til marginalisering. Hvor grensene går for når rusbruk eller rusavhengighet kan være et diskrimineringsgrunnlag, er det vanskelig å si noe generelt om.

Forskjellsbehandling på grunnlag av diskrimineringsgrunnlag er ikke nødvendigvis i seg selv diskriminerende. Forskjellsbehandling kan være legitim dersom den er saklig begrunnet og formålet med forskjellsbehandlingen er å oppnå et mål som er legitimt under konvensjonen. Det

må også være proporsjonalitet mellom målet man søker å oppnå og tiltaket.³⁶¹ ØSK-komiteen har uttalt at hvis en person har forhold ved seg som faller innenfor flere diskrimineringsgrunnlag, krever dette særlig oppmerksomhet om spørsmålet og om det har skjedd en eventuell diskriminering av vedkommende.³⁶²

5.3 Diskrimineringsvernet i norsk rett

Diskrimineringsvernet som fremgår av de nevnte konvensjonene gjelder som norsk rett, og har forrang fremfor annen lovgivning ved eventuell motstrid.³⁶³ Det er likevel antatt at norsk lovgivning i stor grad reflekterer kravene som følger av de menneskerettslige forpliktelsene. I intern norsk rett fremgår disse kravene delvis av likestillings- og diskrimineringsloven.³⁶⁴ Etter likestillings- og diskrimineringsloven § 6 er det forbudt å diskriminere på grunn av en rekke ulike diskrimineringsgrunnlag: kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk eller alder.³⁶⁵ Forbudet omfatter diskriminering på grunn av både eksisterende, antatte, tidligere eller fremtidige forhold.

³⁵⁹ Søk er foretatt i komiteens database 2. feb. 2022.

³⁶⁰ Rusavhengighet som er av en slik karakter at den utgjør en funksjonsnedsettelse vil falle innenfor virkeområdet til CRPD. Denne konvensjonen er av plasshensyn ikke nærmere behandlet i denne rapporten, selv om den ville kunne være relevant.

³⁶¹ ØSK-komiteen, *General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights*, E/C.12/GC/20 (2009), avsn. 13.

³⁶² Ibid. Se også MR-komiteens individklagesak 010/2015 *Trujillo Calero v. Ecuador*, E/C.12/63/D/10/2015 (2018), avsn. 19.2.

³⁶³ Menneskerettsloven §§ 2 og 3.

³⁶⁴ Diskrimineringsvernet er også ivaretatt i norsk rett gjennom annen spesifikk lovgivning, som for eksempel arbeidsmiljøloven og husleieloven. Grunnloven § 98 inneholder også et diskrimineringsvern.

³⁶⁵ Forbudet i likestillings- og diskrimineringsloven § 6 gjelder både direkte og indirekte forskjellsbehandling. Med direkte forskjellsbehandling menes at en person behandles dårligere enn andre blir, har blitt eller ville blitt behandlet i en tilsvarende situasjon, jf. likestillings- og diskrimineringsloven § 7. Med indirekte forskjellsbehandling menes enhver tilsynelatende nøytral bestemmelse, betingelse, praksis, handling eller unnlatelse som vil stille personer dårligere enn andre, jf. likestillings- og diskrimineringsloven § 8.

Diskrimineringsgrunnlaget «other status» ble ikke tatt inn i loven. Ettersom dette omfattes av blant annet ØSK, som er inkorporert gjennom menneskerettsloven og dermed har forrang foran andre lover, er dette diskrimineringsgrunnlaget likevel en del av norsk rett.

Rusbrukere er ikke nevnt i ordlyden til diskrimineringsloven som en vernet gruppe. Forarbeidene til likestillings- og diskrimineringsloven konstaterer likevel at *rusavhengighet* kan være omfattet av diskrimineringsgrunnlaget nedsatt funksjonsevne, men bare «hvis tilstanden har medført nedsatt funksjonsevne, hvis tilstanden er forårsaket av underliggende funksjonsnedsettelse eller hvis forskjellsbehandlingen skjer på grunn av tidligere, fremtidig eller antatt nedsatt funksjonsevne».³⁶⁶ Forarbeidene gir ikke ytterligere veiledning til hvordan disse vurderingene skal gjøres.

Diskrimineringsnemnda behandlet i 2021 en sak om en person som var tilkallingsvakt i en barnehage og som fikk avlyst to av sine vakter på grunn av tidligere rusavhengighet. Nemnda fant at dette ikke var i strid med loven, men konkluderte med at fysisk og psykisk avhengighet av rusmidler falt inn under funksjonsnedsettelse.³⁶⁷ Nemnda vurderte ikke eksplisitt forholdet til diskrimineringsgrunnlaget funksjonsnedsettelse i sin avgjørelse og tok dermed heller ikke stilling til betydningen av forarbeidenes uttalelser om kravet til

sammenheng mellom rusavhengighet og funksjonsnedsettelse.³⁶⁸

Det kan tenkes tilfeller der det ikke er naturlig å knytte forskjellsbehandlingen til funksjonsnedsettelse, men til fordommer og oppfatninger om rusavhengiges menneskeverd. Dette kan for eksempel være tilfellet der rusavhengige avvises eller får dårligere behandling av helsepersonell fordi de er påvirket av rusmidler eller blir avvist fra kjøpesentre eller andre offentlige steder ut fra frykt for at de vil stjele, tigge eller sette sprøyter. Det er uklart i hvilken grad disse situasjonene er vernet under dagens diskrimineringslovgivning.³⁶⁹

Rusavhengige har med andre ord et visst vern mot diskriminering etter likestillings- og diskrimineringsloven gjennom diskrimineringsgrunnlaget funksjonsnedsettelse. Rusavhengighet er vernet i den grad det kan knyttes til funksjonsnedsettelse, men grensedragningene er uklare.

5.4 Oppsummering

Som gjennomgangen viser, har rusbrukere et visst vern mot diskriminering. Det er likevel grunn til å stille spørsmål ved hvor effektivt dagens diskrimineringsvern i praksis er for rusbrukere. Dette gjelder særlig vernet for diskrimineringsgrunnlaget «other status» i ØSK artikkel 2, som er en del av norsk rett selv om det ikke omfattes av likestillings- og diskrimineringsloven § 6. Denne

³⁶⁶ Prop. 81 L (2016-2017), s. 180.

³⁶⁷ Likestillings- og diskrimineringsnemnda, *Avgjørelse i klagesak*, Sak 21/40 (28. januar 2021).

³⁶⁸ Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) har i en senere rapport om rettsutviklingen på likestillings- og diskrimineringsfeltet for 2021, vist til nemndas avgjørelse og hvordan nemnda bruker forarbeidene. LDO uttaler at «[h]vorvidt rusavhengighet i seg selv, uavhengig av funksjonsnedsettelse for øvrig, kan anses å være en funksjonsnedsettelse, er også et spørsmål som kan utredes på sikt.» Se LDO, *Diskrimineringsretten 2021: rettsutvikling på likestillings- og diskrimineringsfeltet, med gjennomgang av relevante lovendringer, forvaltnings- og rettspraksis* (Oslo: LDO, 2022), s. 34–35.

³⁶⁹ NOU 2009: 14, s. 142.

bestemmelsen inneholder diskrimineringsgrunnlaget funksjonsnedsettelse, som også gir et vern for rusavhengige når det er en tilstrekkelig sammenheng mellom personens rusavhengighet og en funksjonsnedsettelse. Spørsmålet er om dette favner om alle tilfeller som bør ha et diskrimineringsvern.

NIM anbefaler:

Myndighetene bør utrede hvilket faktisk og rettslig behov det er for et diskrimineringsvern for personer som bruker rus, og om det bør gjøres endringer i lovgivning og praksis for å bedre ivareta denne gruppens menneskerettslige vern mot diskriminering.

Litteraturliste

Lover og forskrifter

Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering av 18. desember 2009 nr. 1641 (LAR-forskriften).

Forskrift om narkotika av 14. februar 2013 nr. 199 (narkotikaforskriften).

Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barnevernsinstitusjon av 15. november 2011 nr. 1103 (rettighetsforskriften).

Forskrift om tilskudd til tiltak mot vold og overgrep av 24. november 2021 nr. 3297.

Kongeriket Norges Grunnlov av 17. mai 1814 (Grunnloven).

Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. av 17. juni 2005 nr. 62 (arbeidsmiljøloven).

Lov om barneverntjenester av 17. juli 1992 nr. 100 (barnevernloven).

Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64 (helsepersonelloven).

Lov om husleieavtaler av 26. mars 1999 nr. 17 (husleieloven).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30 (helse- og omsorgstjenesteloven).

Lov om kommunale krisesentertilbud av 19. juni 2009 nr. 44 (krisesenterlova).

Lov om likestilling og forbud mot diskriminering av 16. juni 2017 nr. 51 (likestillings- og diskrimineringsloven).

Lov om Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter av 22. mai 2015 nr. 33 (NIM-loven).

Lov om rettergangsmåten i straffesaker av 22. mai 1981 nr. 25 (Straffeprosessloven).

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61 (spesialisthelsetjenesteloven).

Lov om straff av 20. mai 2005 nr. 28 (straffeloven).

Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett av 21. mai 1999 nr. 30 (menneskerettsloven).

Lov om tannhelsetjenesten av 3. juni 1983 nr. 54 (tannhelsetjenesteloven).

Proposisjoner, offentlige utredninger og stortingsdokumenter

Dokument nr. 15:1189 (2021-2022) *Skriftlig spørsmål fra Sandra Brufot (H) til helse- og omsorgsministeren*, 08.02.2022.

Dokument nr. 15:2204 (2018-2019) *Skriftlig spørsmål fra Grunde Almeland (V) til kunnskaps- og integreringsminister Jan Tore Sanner*, 29.08.2022

Dokument nr. 15:2422 (2021-2022) *Skriftlig spørsmål fra Kjell Ingolf Ropstad (KrF) til helse- og omsorgsministeren [opprinnelig justis- og beredskapsministeren]*, 29.06.2022.

Innst. 578 S (2020-2021) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag om en forebyggings- og behandlingsreform innen rusfeltet (Vedtak 1124)*, 3. juni 2021.

NOU 2009: 14 *Et helhetlig diskrimineringsvern – diskrimineringslovutvalgets utredning om en samlet diskrimineringslov, grunnlovsværn og ratifikasjon av tilleggsprotokoll nr. 12 til EMK.*

HR-2022-1750-U.

HR-2022-1751-U.

NOU 2002: 4 *Ny straffelov – Straffelovkommisjonens delutredning VII.*

LB-2021-160836.

LB-2022-22335-1.

NOU 2019: 26 *Rusreform – fra straff til hjelp.*

LB-2022-22335-2.

NOU 2020: 17 *Varslede drap? Partnerdrapsutvalgets utredning.*

LH-2021-162213.

Ot.prp. nr. 90 (2003-2004) *Om lov om straff (straffeloven).*

LH-2022-39514.

Rt. 1999 s. 805.

Prop. 15 S (2015-2016) *Opptappingsplan for rusfeltet (2016-2020).*

Rt. 2013 s. 588.

Prop. 81 L (2016-2017) *Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven).*

Rt. 2014 s. 1292.

Prop. 92 L (2020-2021) *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m.).*

Barneombudet, Barneombudets høringsuttalelse til NOU 2019: 26 Rusreform – fra straff til hjelp, hørings svar (01. april 2020).

Prop. 132 L (2021-2022) *Lov om kommunenes ansvar på det boligsosiale feltet.*

Folkehelseinstituttet, *FHIs høringsuttalelse til NOU 2019: 26 Rusreform – fra straff til hjelp, hørings svar (30. april 2020).*

Prop. 133 L (2020-2021) *Lov om barnevern (barnevernsloven).*

Helsedirektoratet, *Helsedirektoratets høringsuttalelse til NOU 2019: 26 Rusreform – fra straff til hjelp, hørings svar (2020).*

Rettsavgjørelser

HR-2021-1453-S.

HR-2021-2050-A.

Kommuneadvokaten i Oslo, *Kommuneadvokaten i Oslos brev, saksnr. 21/646-3 (4. april 2022).*

HR-2022-731-A.

HR-2022-732-A.

Likestillings- og diskrimineringsnemnda, *Avgjørelse i klagesak, Sak 21/40 (28. januar 2021).*

HR-2022-733-A.

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM), *Gjennomføringen av retten til et effektivt rettsmiddel*, NIM-B-2019-001, brev til Justis- og beredskapsdepartementet (29. august 2019).

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM), *Høringssvar NOU 2019: 26 Rusreform – fra straff til hjelp*, NIM-H-2020-012, høringssvar (15. mai 2020).

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM), *Oppfølging – gjennomføringen av retten til et effektivt rettsmiddel*, NIM-B-2022-002, brev til Justis- og beredskapsdepartementet (14. januar 2022).

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM), *Tvangsmiddelbruk i mindre alvorlige narkotikasaker*, NIM-B-2022-006, brev til Riksadvokaten (4. mars 2022).

Politidirektoratet, *Utredningsoppdrag – politiets rolle og straffereaksjoner for bruk og besittelse av narkotika*, brev til Rusreformutvalget (20. februar 2019).

Riksadvokaten, *Narkotikasaker*, Rundskriv nr. 2/2014 (26. juni 2014).

Riksadvokaten, *Ny høyesterettspraksis om strafferettslige reaksjoner for rusavhengiges befatning med narkotika til eget bruk*, Vedlegg til riksadvokatens brev fredag 13. mai 2022 (13. mai 2022).

Riksadvokaten, *Politiets tvangsmiddelbruk i mindre alvorlige narkotikasaker – oppfølgende undersøkelse*, RA-2022-760-1 (7. april 2022).

Riksadvokaten, *Påtalemyndighetens legalitetskontroll med tvangsmiddelbruk*, RA-2021-955-1 (9. april 2021).

Riksadvokaten, *Retningslinjer av 13. mai om etterforskning, reaksjonsfastsettelse mv. etter*

ny høyesterettspraksis om rusavhengiges befatning med narkotika til egen bruk, RA-2022-826-2 (14. mai 2022).

Statens sivilrettsforvaltning, *Omgjøringsvedtak i erstatningssak for strafforfølgning*, ESTR-2021-1990-1 (19. mai 2019).

Statens sivilrettsforvaltning, *Omgjøringsvedtak i erstatningssak for strafforfølgning*, ESTR-2021-1990-2 (19. mai 2019).

Handlingsplaner, strategier og retningslinjer

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, *Krisesenterveileder – Faglig veileder for innholdet i krisesentertilbudet*, 11. juni 2018 (oppdatert flere ganger i etterkant).

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, *Veileder til krisesenterloven*, 2015.

Helsedirektoratet, *Anbefalinger om prevensjon og familieplanlegging, legemiddelvalg og legemiddeldose*, 17. september 2019.

Helsedirektoratet, *Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet*, nasjonal faglig retningslinje, 23. mai 2022.

Helsedirektoratet, *Nasjonal faglig retningslinje for gravide i LAR og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder*, IS-1876, 2011 (Oppdatert 13. juni 2022).

Helsedirektoratet, *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*, IS-1948, 13. mars 2012 (Oppdatert 13. juni 2022).

Helsedirektoratet, *Nasjonal overdosestrategi* 2019-2022, 20. mars 2019.

Helsedirektoratet, *Overdose – lokalt forebyggende arbeid*, Nasjonale faglige råd, 9. november 2017 (Sist oppdatert 2. juli 2021).

Justis- og beredskapsdepartementet, *Frihet fra vold: Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner 2021 – 2024*, 3. august 2021.

Justis- og beredskapsdepartementet, *Handlingsplan mot voldtekt 2019-2022*, 25. mars 2019.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet, *Alle trenger et trygt hjem: Nasjonal strategi for den sosiale boligpolitikken 2021-2024*, 2. desember 2021.

Internasjonale konvensjoner og erklæringer

De forente nasjoners konvensjon om ulovlig håndtering av og handel med narkotika og psykotrope stoffer, 1582 UNTS 95 (20.12.1988, trådte i kraft 11.11.1990).

Den alminnelige narkotikakonvensjon, 520 UNTS 151 (30.03.1961, trådte i kraft 13.12.1964).

Europarådets konvensjon om forebygging og bekjempelse av vold mot kvinner og vold i nære relasjoner (Istanbulkonvensjonen), CETS 210 (11.05.2011, trådte i kraft 01.08.2014).

FNs konvensjon om avskaffelse av alle former for diskriminering av kvinner (kvinnekonvensjonen), 1249 UNTS 13 (18.03.1980, trådte i kraft 03.09.1981).

FNs konvensjon om barnets rettigheter (Barnekonvensjonen), 1577 UNTS 3 (20.11.1989, trådte i kraft 02.09.1990).

FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), 2515 UNTS 3 (13.12.2007, trådte i kraft 03.05.2008).

FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP-konvensjonen), 999 UNTS 171 (16.09.1966, trådte i kraft 23.03.1976).

FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, 993 UNTS 3 (16.12.1966, trådte i kraft 03.01.1976).

Konvensjon om beskyttelse av menneskerettighetene og de grunnleggende friheter (EMK), CETS 005 (04.11.1950, trådte i kraft 03.09.1953).

Konvensjon om psykotrope stoffer, 1019 UNTS 175 (21.02.1971, trådte i kraft 16.08.1976).

FNs verdenserklæring om menneskerettigheter (Menneskerettighetserklæringen). FN-dokument A/810, 10. desember 1948.

Wienkonvensjonen om traktatrett (Vienna Convention on the Law of Treaties), 1155 UNTS 331 (23.05.1969, trådte i kraft 27.01.1980).

Avgjørelser fra Den europeiske menneskerettsdomstol (EMD)

Abdyusheva m.fl. v. Russland (58502/11, 62964/10 og 55683/13).

Blokhin v. Russland (47152/06).

Boze v. Latvia (40927/05).

Brusco v. Frankrike (1466/07).

Buck v. Tyskland (41604/98).

Camenzind v. Sveits (21353/93).

D.G. v. Irland, (39474/98).

Dubska og Krejzoca v. Tsjekkia (28859/11 og 28473/12).

Dudgeon v. Storbritania (7525/76).

Gutsanovi v. Bulgaria (34529/10).

Heaney og McGuinness v. Irland (34720/97).

Hristozov m.fl. v. Bulgaria (47039/11 og 358/12).

Ibrahim m.fl. v. Storbritannia (50541/08, 50571/08, 50573/08 og 40351/09).

Işildak v. Tyrkia (12863/02).

Irina Smirnova v. Ukraina (1870/05).

Jalloh v. Tyskland, (54810/00).

Kholodov v. Ukraina (64953/14).

Kurt v. Østerrike (62903/15).

Lacatus v. Sveits (14065/15).

Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal (56080/13).

L.R v. Nord Makedonia (38067/15).

National federation of sportspersons' associations and unions (FNASS) m.fl. v. Frankrike (48151/11 og 77769/1).

Opuz v. Tyrkia (33401/02).

Posevini v. Bulgaria (63638/14).

Saunders v. Storbritannia (19187/91).

Silver m.fl. v. Storbritannia (5947/72).

Shelley v. Storbritannia (23800/06).

Thörn v. Sverige (24547/18).

Trabajo Rueda v. Spania (32600/12).

Valla v. Frankrike (42920/20).

Varga v. Romania (73957/01).

V.C. v. Italia (54227/14).

Wenner v. Tyskland (62303/13).

Z m.fl. v. Storbritannia (29392/95).

Uttalelser, avgjørelser og rapporter fra FN-organer

FNs barnekomité, *Consideration of reports submitted by states parties under article 44 of the convention. Concluding observations: Norway*, CRC/C/15/Add.263, 21.09.2005.

FNs barnekomité, *General Comment No. 10: Children's right in juvenile justice*, CRC/C/CG/10, 25.04.2007.

FNs barnekomité, *General Comment No. 12: The right of the child to be heard*, CRC/C/CG/12, 01.07.2009.

FNs barnekomité, *General Comment No. 14: The right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration*, CRC/C/GC/14, 29.05.2013.

FNs barnekomité, *General Comment No. 15: The right of the child to enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24)*, CRC/C/GC/15, 17.04.2013.

FNs barnekomité, *General Comment No. 20: The rights of the child during adolescence*, CRC/C/GC/20, 06.12.2016.

FNs barnekomité, *General Comment No. 21: Children in street situations*, CRC/C/GC/21, 21.06.2017.

FNs høykommissær for menneskerettigheter, *Study on the impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights*, A/HRC/30/65, 04.09.2015.

FNs internasjonale kontrollorgan for narkotika, *Report of the International Narcotics Control Board for 2021* (2022).

FNs kontor for narkotika og kriminalitet og Verdens Helseorganisasjon, *International Standards on Drug Use Prevention, second updated version* (2018).

FNs kontor for narkotika og kriminalitet og Verdens Helseorganisasjon, *Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system: Alternatives to conviction or punishment* (2018).

FNs spesialrapportør for retten til helse, *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, A/HRC/32/32, 04.04.2016.

FNs spesialrapportør for retten til helse, *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, A/65/255, 01.08.2010.

Trujillo Calero v. Ecuador, E/C.12/63/D/10/2015, FNs menneskerettighetskomité, 11.11.2018.

ØSK-komiteen, *Concluding observations on the sixth periodic report of Norway*, E/C.12/NOR/CO/6, 02.04.2020.

ØSK-komiteen, *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health* (Art. 12), E/C.12/2000/4, 11.08.2000.

ØSK-komiteen, *General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights* (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), E/C.12/GC/20., 02.07.2009.

ØSK-komiteen, *General Comment No. 4: The Right to Adequate Housing* (Art. 11 (1) of the Covenant), E/1992/23, 13.12.1991.

Rapporter fra andre internasjonale organer

Den Europeiske Menneskerettsdomstolen (EMD), *Guide on Article 8 of the European Convention on Human Rights*, 31. august 2021 (oppdatert 30. April 2022).

Europarådet, *Explanatory Report to the Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence*, CETS 210, 11. mai 2011.

UNICEF, *Implementation handbook for the Convention on the Rights of the Child* (Geneve: United Nations Children's Fund, 2007).

Bøker

Dörr, Oliver og Kirsten Schmalenbach, *Vienna Convention on the Law of Treaties: A Commentary*, 2. utg. (Berlin, Heidelberg: Springer Berlin / Heidelberg, 2018).

Høye, Anne og Lars Lien, «Somatisk sykdom og levevaner» i *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak: Integreert behandling av rus og psykiske lidelser*, Lars Lien & Tore Willy Lie, red., 1. utg. (Bergen: Fagbokforlaget, 2022), s. 134-148.

Tobin, John, *The UN Convention on the Rights of the Child* (Oxford: Oxford university Press, 2019).

Tidsskriftsartikler og forskning

Edvardsen, Hilde Marie Erøy og Thomas Clausen, «Opioid related deaths in Norway in 2000-2019», *Drug and Alcohol Dependence* 232, nr. 109281 (2022).

Eide, Asbjørn, «Retten til helse som menneskerettighet», *Nordic Journal of Human Rights* 24, nr. 4 (2006) s. 274-290.

Heradstveit, Ove, Jens Christoffer Skogen, Jørn Hetland, Robert Stewart og Mari Hysing, «Psychiatric diagnoses differ considerably in their associations with alcohol/drug-related problems among adolescents. A Norwegian population-based survey linked with national patient registry data», *Frontiers in Psychology* 10, nr. 1003 (2019).

Pedersen, Willy, Terrie E. Moffitt, og Tilmann von Soest, «Privileged background protects against drug charges: A long-term population-based longitudinal study», *International Journal of Drug Policy* 100, nr. 103491 (2022).

Rui, Jon Petter, «Straff av tunge rusmisbrukere for bruk av narkotika og besittelse til eget bruk – Grunnloven § 102 som skranke mot straff uten legitimt formål», *Lov og rett* 61, nr. 1 (2022) s. 53-58.

Røgeberg, Ole, Daniel Bergsvik og Thomas Clausen, «Opioid overdose deaths and the expansion of opioid agonist treatment: a population-based prospective cohort study», *Addiction* 117, nr. 5 (2021) s. 1363-1371.

Røgeberg, Ole og Willy Pedersen, «Hjelpesøkende atferd blant brukere av illegale

rusmidler», *Tidsskrift for Den norske legeforening* 141, nr. 9 (2021) s. 1-10.

Sandøy, Thomas Anton, *Alternative sanctions for young youth drug offenders: From punishment to help?*, Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo (2021).

Saulle, Rosella, Simona Vecchi og Linda Gowing, «Supervised dosing with a long-acting opioid medication in the management of opioid dependence», *Cochrane Database Systematic Reviews* 4, nr. CD011983 (2017).

Skarstein, Siv og Lars Håkon Tanum, «Personer med rusavhengighet blir oftere syke og får dårligere behandling», *Sykepleien* 109, nr. 86370 (2021).

Vatnar, Solveig Karin Bø, Christine Friestad og Stål Bjørkly, «The influence of substance use on intimate partner homicide: Evidence from a Norwegian National 22-year cohort», *International Journal of Forensic Mental Health* 18, nr. 2 (2019) s. 99-110.

Vervarda, Janet, Oline Hansen og Camilla Larsen, «Rusmiddelavhengighet: Sykepleieres holdninger påvirker smertebehandling», *Sykepleien* 106, nr. 70402 (2018).

Rapporter

Austegård, Åshild og Anja Therese Holst, *Kvinner på randen* (Bergen: ALF as, Senter for arbeidslivsforberedelse, 2014).

Bech, Anne Berit, Anne Bukten, Philipp Lobmaier, Ivar Skeie, Pål H. Lillevold og Thomas Clausen, *Statusrapport 2021: Siste år med gamle LAR-retningslinjer* (Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), rapport nr. 2, 2022).

Bliksvær, Trond, Bjørg Eva Skogøy, Lindis Sloan, Nezihat Bakar, Ragnhild Johnson, og Minela Kosuta, *Kommunenes krisesentertilbud – en kunnskapsoversikt* (Bodø: Nordlandsforskning, rapport nr. 13, 2019).

Brun, Lena Marie, Tina Merethe Vestergaard, Geir Holum og Ronny Bjørnstad, *1032 brukere – om LAR i Norge: En «bruker til bruker» undersøkelse utført av ProLAR* (Oslo: proLAR, 2016).

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, *Årsrapport 2021*, (Oslo: Bufdir, 2022).

Barneombudet, *De tror vi er shitkids: Rapport om barn som bor på barnevernsinstitusjon* (Oslo: Barneombudet, 2020).

Dyb, Evelyn og Hilde Zeiner, *Bostedsløse i Norge 2020 – en kartlegging* (Oslo: By- og forskningsinstituttet NIBR, OsloMet, rapport nr. 10, 2021).

Folkehelseinstituttet, *Narkotika i Norge* (Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022).

Folkehelseinstituttet, *Alkohol i Norge* (Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022).

Folkehelseinstituttet, *Folkehelse rapporten* (Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022).

Gjersing, Linn, Stian Biong, Edle Ravndal, Helge Waal, Jørgen Bramness og Thomas Clausen, *Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008: En helhetlig gjennomgang* (Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), rapport nr. 2, 2011).

Hansen, Inger Lise Skog, Maja Tofteng og Linn Sørensen Holst, *Et tjenesteområde i utvikling: Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet*.

Resultatrapport (Oslo: Fafo, rapport nr. 17, 2021).

Helsetilsynet, «*Barnas hjem. Voksnes ansvar*». *Oppsummering av landsomfattende tilsyn med barnevernsinstitusjoner i 2018* (Oslo: Helsetilsynet, rapport nr. 3, 2019).

Helsetilsynet, *Gjennomgang av barnevernets oppfølging av de to jentene som var plassert på Vestlundveien ungdomssenter og som senere døde. Offentlig versjon* (Oslo: Helsetilsynet, 2020).

Helsetilsynet, *Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem – eller mulig samtidig ruslidelse* (Oslo: Helsetilsynet, rapport nr. 7, 2019).

Hov, Laila, Annhild Mosdøl, Hilde Strømme og Gunn Elisabeth Vist, *Ikke-overvåket inntak av legemidler for personer i legemiddelassistert rehabilitering: En systematisk oversikt* (Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016).

Hov, Laila, Annhild Mosdøl, Yunpeng Ding, Hilde Strømme og Gunn Elisabeth Vist, *Bruk av biologiske tester i oppfølgingen av personer som mottar legemiddelassistert rehabilitering for opioidavhengighet: En systematisk oversikt* (Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016).

Hustvedt, Inger Bjørgo, Haris Bosnic og Marit Emmerhoff Håland, *Brukerplan – årsrapport 2020: Tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunale helse- og omsorgstjenester* (Stavanger: Helse Stavanger, 2021).

Kayed, Nanna S., Thomas Jozefiak, Tormod Rimehaug, Torill Tjelflaat, Ann-Mari Brubakk og Lars Wichstrøm, *Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner* (Trondheim: NTNU,

Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, 2015).

Lien, Marianne Inez, og Yvonne Larsen, *Flinkiser og «Dropouts»: Erfaringer med ungdom på frivillig ruskontrakt* (Oslo/Ottestad: KoRus Oslo og KoRus Øst, 2015).

Likestillings- og diskrimineringsombudet, *Diskrimineringsretten 2021: rettsutvikling på likestillings- og diskrimineringsfeltet, med gjennomgang av relevante lovendringer, forvaltnings- og rettspraksis* (Oslo: Likestillings- og diskrimineringsombudet, 2022).

Lobmaier, Philipp, Ivar Skeie, Pål Lillevold, Helge Waal, Kari Bussesund og Thomas Clausen, *Statusrapport 2019: Nye medisiner – nye muligheter?* (Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), rapport nr. 1, 2020).

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM), *Barns rett til beskyttelse mot vold, overgrep og omsorgssvikt*, NIM-R-2022-004 (Oslo: NIM, 2022).

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM), *Inkorporering av CRPD i norsk rett*, NIM-R-2022-002 (Oslo: NIM, 2022).

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM), *Klima og menneskerettigheter*, NIM-R-2020-004 (Oslo: NIM, 2020).

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM), *Menneskerettslig vern mot inngrep i samiske bruksområder*, NIM-R-2022-001 (Oslo: NIM, 2022).

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM), *Vold og overgrep i samiske samfunn*, NIM-R-2018-001 (Oslo: NIM, 2018).

Oslo Economics og Tyrilistiftelsen, *Vurdering av det samlede tilbudet under straffegjennomføring for personer med rusmiddelproblematikk*, Utarbeidet for Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet (Oslo: Oslo Economics / Tyrilistiftelsen, 2020).

Pro Sentret, *Ute av sinn, ute av syne? Om rusfeltets håndtering av salg og bytte av sex i rusmiljøene* (Oslo: Pro Sentret, 2021).

Riksadvokaten, *Tvangsmiddelbruk i mindre alvorlige narkotikasaker*, Riksadvokatens skriftserie 1/2022, 14. februar 2022.

Riksrevisjonen, *Dokument 3:7 (2019-2020) Riksrevisjonens undersøkelse av om statlege barnevernsmyndigheter sikrer det beste for barn i barnevernsinstitusjonar*, rapportvedlegg (Oslo: Riksrevisjonen, 2020).

Riksrevisjonen, *Dokument 3:13 (2020-2021) Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester* (Oslo: Riksrevisjonen, 2021).

Sandmoe, Astrid, Nora Starheim Ruud og Solveig Bergman, *Kommunenes helhetlige arbeid med vold mot kvinner og vold i nære relasjoner*, på oppdrag fra Likestillings- og diskrimineringsombudet (Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2021).

Skaug, Gry Kornelia, *Livssituasjon blant tidligere innsatte, nåværende og tidligere rusavhengige med fokus på mulig diskriminering eller usaklig forskjellsbehandling*, litteraturstudie utført for diskrimineringsutvalget (2008).

Steiro, Asbjørn, Christine Hillestad Hestevik, Mary Shrestha, Ashley Elizabeth Muller, *Erfaringer blant pasienter og helsepersonell med legemiddelassistert rehabilitering (LAR): En systematisk oversikt over kvalitative studier* (Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020).

Varde Hartmark, *Prosjektrapport: Sentrale funn og anbefalinger. Utviklingsprosjekt for å styrke krisesentertilbudet i kommunene til voldsutsatte med alvorlig problematikk knyttet til rus, psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse*, Utarbeidet på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Oslo: Varde Hartmark, 2017).

Welle-Strand, Gabrielle, Ronny Bjørnstad, Ida Kristine Olsen og Marianne Pierron, *861 brukere – om LAR i Norge: Hvordan opplever brukerne LAR-behandlingen de mottar, og i hvilken grad medvirker de i egen behandling?* ProLAR Nett sin brukerundersøkelse 2021 (Oslo: ProLAR Nett, 2021).

Nettsider

Barne- og familiedepartementet, *Nå trer barnevernreformene i kraft* (23.12.2021), hentet 09.09.2022 fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/na-trer-barnevernreformene-i-kraft/id2893511/>.

Barne- og familiedepartementet, *Nytt utval skal utgreie institusjonstilbudet i barnevernet* (22.06.2022), hentet 07.09.2022 fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nytt-utval-skal-utgreie-institusjonstilbudet-i-barnevernet/id2920326/>.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, *Differensiering av målgrupper ved plassering i adferdsinstitusjon* (01.09.2020), hentet 07.09.2022 fra: https://www.bufdir.no/Barnevern/Inntak/Instrument_for_risikovurdering_av_varige_adferdsvaner_YLS_CMI/.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, *Krisesentertilbudet i norske kommuner: Tilgjengelighet på krisesentrene* (21. juni 2022), hentet 05.09.2022 fra: https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Vold_og_overgrep_tall_og_statistikk/krisesenterti

[lbudet i norske kommuner/tilgjengelighet pa krisesentrene/](https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Vold_og_overgrep_tall_og_statistikk/krisesenterti).

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, *Krisesentre* (17.12.2021), hentet 15.06.2022 fra: https://www.bufdir.no/vold/krisesentre_incestentre_og_botilbud_for_utsatt_ungdom/krisesentre/.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, *Informasjonsside om behandlingstilbud, jf. bvl. §§ 4-24 og 4-26* (03.02.2022), hentet 07.09.2022 fra: https://www.bufdir.no/Barnevern/Inntak/Inntak_til_institusjon/Inntak_til_institusjon_jf_bvl_4_24_og_4_26/.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, *Oversiktsside over tilskudd til tiltak mot vold og overgrep*, hentet 05.09.2022 fra: <https://ny.bufdir.no/tilskudd/tiltak-mot-vold-og-overgrep/>.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, *TryggEst – vern av risikoutsatte voksne*, hentet 15.06.2022 fra: <https://ny.bufdir.no/vold/tryggest/>.

Barnevernsutvalget, *Mandat*, hentet 09.09.2022 fra: <https://barnevernsutvalget.no/mandat/>.

Helsedirektoratet, *Ny nasjonal retningslinje for behandling ved opioidavhengighet* (23.05.2022), hentet 14.06.2022 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/ny-nasjonal-retningslinje-for-behandling-ved-opioidavhengighet>.

Riksrevisjonen, *Slik jobber vi*, hentet 08.09.2022 fra: <https://www.riksrevisjonen.no/om-riksrevisjonen/slik-jobber-vi/>.

Andre kilder

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, E-post til NIM 4. september 2022.

Helse- og omsorgsdepartementet, E-post til NIM 30. august 2022.

Helse- og omsorgsdepartementet, E-post til NIM 31. august 2022.

Hurdalsplattformen 2021-2025,
Regjeringsplattform for en regjering utgått fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet, 14. oktober 2021.

Publisert 21. september 2022

Publikasjonsnr. NIM-R-2022-007



Norges institusjon for
menneskerettigheter

Postadresse
Postboks 299 Sentrum
0103 Oslo

Besøksadresse
Akersgata 8
0158 Oslo

Tel: 23 31 69 70
E-post: info@nhri.no
www.nhri.no