

# TILGJENGELIGHET I NORSKE FENGLER TIL STERILE SPRØYTER OG SPISSER FOR INJISERENDE RUSMIDDELAVHENGIGE



## FORSLAG TIL EN NY TILNÆRMING

*Svein-Erik Ekeid*  
Spesialist i samfunnsmedisin

# INNHold

	<b>Innhold</b>	<b>1</b>
<b>1</b>	<b>Sammendrag</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrunn</b>	<b>7</b>
	2.1 Innledning	7
	2.2 Dagens situasjon	8
	2.3 Oppgave- og ansvarsfordeling	11
	2.4 Skadereduksjonsargumenter	12
	2.5 Internasjonale erfaringer	13
	2.6 Rusarbeid i kriminalomsorgen	15
<b>3</b>	<b>Lovgivning</b>	<b>18</b>
	3.1 Ansvarsfordeling	18
	3.2 Pasientrettigheter	18
	3.3 Generelle plikter for helsetjenesten og helsepersonellet	19
	3.4 Kommunehelsetjenestens ansvar	20
	3.5 Forbud mot narkotika	21
<b>4</b>	<b>Avveining av hensyn</b>	<b>22</b>
	4.1 Fordeler	23
	4.2 Ulemper	23
<b>5</b>	<b>Alternative nye ordninger</b>	<b>25</b>
	5.1 Videreføring av nåværende ordning	25
	5.2 Innbytte	26
	5.3 Utdeling	26
	5.4 Automater	27
<b>6</b>	<b>Anbefalinger</b>	<b>28</b>
	6.1 Premisser for anbefalingene	28
	6.2 Anbefalinger	29
<b>7</b>	<b>Konsekvenser</b>	<b>30</b>
	7.1 Konsensus og samarbeide	30
	7.2 Kompetanseheving	30
	7.3 Forskning og evaluering	31
	7.4 Økonomi	31
	7.5 Lovendringer	32
<b>Vedlegg</b>	<b>Rundskriv Fst 2/97 – Tilgjengelighet av desinfeksjonsvæske for innsatte</b>	<b>33</b>

# 1. Sammendrag

Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Justisdepartementet å utarbeide en utredning om innbytte av sprøyter i fengsels-helsetjenesten **for å hindre smitte, redusere skade**, og samtidig **gi anledning til dialog med pasienten om rusavhengighet og behandlingsmuligheter**. I utredningen bes blant annet vurdert:

- Juridiske betraktninger
- Aktuelle modeller for organisering og konsekvensene av disse
- Evaluering av tiltak

Antall innsatte i norske fengsler utgjør til enhver tid ca 3.400 personer. Det er allment antatt at omkring 60 % av de innsatte i norske fengsler har rusproblemer, av disse hadde halvparten injisert. Det er ikke sikre tall for hvor mange av de innsatte med rusmiddelavhengighet som helt eller delvis benytter injeksjon i forbindelse med inntak av rusmidler (særlig amfetamin og opiater). Risiko for smitte av blodsmittesykdommene reduseres når injiserende fengselsinnsatte rusmiddel-avhengige har tilgang til sterile sprøyter og spisser.

Bakgrunnen for utredningsarbeidet er behovet for å sikre innsatte og den øvrige befolkning beskyttelse mot overføring av allmennfarlige smittsomme sykdommer. Smittevernloven omfatter sterke tiltak for å beskytte samfunnet og den enkelte mot smitte.

Fengselshelsetjenestens leger og sykepleiere er i egenskap av helsepersonell pålagt profesjonelle/faglige plikter når det gjelder smittevern. De er ikke tillagt tilsvarende plikter som kriminalomsorgspersonell når det gjelder å forhindre narkotika i fengslene.

Fra helsemyndighetenes side er det overordnede hensynet å hindre smitte, i tråd med bestemmelsene i smittevernloven, deretter å redusere skade og å bidra til rehabilitering. I møtet mellom rusmiddelavhengige og helsepersonell hvor sprøyter og spisser er et tema, oppstår det en mulighet for forebyggende og terapeutisk rådgivning og veiledning. Selv om helsepersonellet i den aktuelle situasjonen ikke kan hjelpe den innsatte med rusavhengigheten, kan risikoen for smitte med hepatitt, hiv, og andre infeksjoner reduseres.

Straffegjennomføringslovens regler, legemiddelovens forbud mot narkotikabruk og omsetning av narkotika og straffeloven § 162 er aktuelle rettskilder som må vurderes sammen med nødvendige smitteverntiltak basert på smittevernlovens og

pasientrettighetslovens bestemmelser. Enkelte vil hevde at tilgjengelighet til sterile sprøyter og spisser i fengsel kan bidra til legalisering av rusavhengighet, samtidig som det kan være et bidrag til opprettholdelse av injiseringskulturen hos rusmiddelavhengige. Tiltaket oppfattes således som undergravende i forhold til fengselssystemets narkotikapolitikk og rehabiliteringshensikt.

Internasjonale erfaringer fra en rekke europeiske land som har gitt innsatte tilgang til sterile sprøyter og spisser tilsier at tiltaket forhindrer blodsmitteoverføring i fengslet uten at det har ført til økt bruk av rusmidler hos rusavhengige, økte disiplinærproblemer eller til at sprøyter og spisser har vært benyttet som våpen.

Det anbefales innført nye faglige retningslinjer, som sikrer mot smitteoverføring mellom innsatte i fengsler som er i tråd med norsk smittevern- og pasientrettighetslovgivning og som tilsvarende oppfyller Kriminalomsorgens ledende prinsipp om likeverd og verdighet. En ordning som sikrer mot smitteoverføring ved å gi innsatte tilgang til sterile sprøyter og spisser må anses som et **helseverntiltak** som må gjennomføres i helsetjenesteregi og iverksettes av **helsepersonell** (ikke av kriminalomsorgspersonell).

Tilgang til sterile sprøyter i fengslene oppfattes som juridisk og etisk komplisert av begge personellgruppene som arbeider med innsattes rusavhengighetsproblemer.

Kriminalomsorgens personell har som oppgave å bekjempe ulovlig bruk av rusmidler.

Helsepersonell i fengslene skal bistå i forebyggende tiltak for å hindre skadevirkninger.

Begge personellgruppene er **forpliktet** av Kriminalomsorgen i Norges **ledende prinsipp om likeverd og verdighet**.

Fra et smittevernsynspunkt er svaret imidlertid enkelt: **fengselsinnsatte pasienter har samme rett som** andre rusmiddelavhengige og **den øvrige befolkningen til best mulig smittevern**, inklusive tilgang til sterile sprøyter og spisser.

Videreføring av nåværende ordning avvises fordi tilbudet om tilgjengelig klor/kloramin i praksis ikke oppfyller kravene til å være et akseptabelt og tilstrekkelig smitteverntiltak.

Nåværende ordning er egnet til å skape en falsk trygghet hos innsatte til at deling av sprøyter og spisser kan foregå på en smittesikker måte. Uriktig bruk av rensedmidler med påfølgende injeksjon av klorin/kloramin kan i seg selv være helseskadelig.

En innbytteordning kan betraktes som en naturlig videreføring av dagens gjeldende ordning. Dagens ordning bygger på en erkjennelse av at det foregår injiserende rusmiddelbruk i

fengslene. En ordning som pålegger fengselshelsepersonell å bytte brukte sprøyter og spisser med sterile sprøyter og spisser, øker smittevernet for injiserende rusmiddelavhengige innsatte. Dersom sterile sprøyter og spisser bare er tilgjengelige i forbindelse med innbytte og dermed forbeholdt innsatte som har brukt sprøyte/spiss utgjør dette en urimelig og ulogisk forskjellsbehandling av innsatte og oppfyller ikke at alle innsatte har rett til likeverdig helsehjelp og fullverdig smitteforebygging.

Utenfor fengsel er sprøyter og spisser og annet brukerstyr fri salgsvare fra apotek og det er ikke forbundet med straff å være i besittelse av slikt utstyr. En rekke kommuner organiserer utdeling/innbytteordninger på lavterskelnivå for sprøyter, spisser og annet brukerstyr.

De fleste fengsler har ikke en tjenesteordning for helsepersonell som tilsier tilstedeværelse av fagutdannet helsepersonell 24 timer i døgnet og alle ukens dager. Det vil kunne oppstå et tidsvindu mellom brukerens erverv av rent utstyr og bruken av det. Manglende tilgang til sterile sprøyter og spisser på brukstidspunktet vil kunne svekke smittevernaspektet. Det kan tenkes en ordning hvor pasienten ved henvendelse til helsepersonell får utlevert f eks en pollett som kan utløse en brukerpakning med nødvendig utstyr fra en diskret plassert, men lett tilgjengelig, automat. En slik pollett-ordning vil kunne forhindre oppbevaring av sprøyter og spisser (brukte og ubrukte) på cellene. Ordning med utdeling av polletter, vil også kunne gi en forebyggende/terapeutisk anledning.

### **Anbefalinger**

1. Nåværende ordning med klordesinfeksjon for å sikre sterile sprøyter og spisser til innsatte i norske fengsler erstattes av en ordning som minst omfatter innbytte av brukte sprøyter og spisser. Pasienter som ikke er i besittelse av brukte sprøyter og spisser får på anmodning også tidelt slikt utstyr.
2. Ordningen gjennomføres av helsepersonell og etableres gjennom nye faglige retningslinjer.
3. Når distribusjonen foregår i et møte mellom helsepersonell og rusavhengig, brukes situasjonen til smitteforebyggende og terapeutisk veiledning og rådgivning tilpasset den enkelte rusavhengiges behov og kunnskaper.
4. I ordningen distribueres bare sprøyter som ikke kan gjenbrukes (selvdestruerende sprøyter). Distribusjonen kombineres med en effektiv avfallsordning.

5. For å sikre tilgang til sterile sprøyter og spisser når helsepersonell ikke er til stede, kan distribusjonen organiseres som en pollettordning for bruk i diskret, men lett tilgjengelige sprøyteautomater.
6. Ordningen utformes i et lokalt samarbeid med kriminalomsorgen, for å sikre at deres kontrollrutiner utformes slik at hensikten med ordningen med sterile sprøyter kan oppnås.

Innføringen av en ny praksis for å sikre tilgang til sterile sprøyter og spisser for innsatte i fengsel, forutsetter ytterligere arbeid med å

- Sikre kompetanse hos fengselshelsepersonell til å påta seg en større og mer aktiv rolle i rådgivning, behandling og omsorg for rusmiddelavhengige pasienter.
- Lage tydelige regler og retningslinjer for hvordan dette skal foregå og om arbeidsfordelingen og samarbeidet mellom kriminalomsorgspersonell og helsepersonell om denne smittevernoppgaven.
- Påse at det enkelte fengsel har informasjonsmateriell om ordningen.

## 2. Bakgrunn

### 2.1 Innledning

Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Justisdepartementet å utarbeide en utredning om innbytte av sprøyter i fengselshelsetjenesten **for å hindre smitte, redusere skade, og samtidig gi anledning til dialog med pasienten om rusavhengighet og behandlingsmuligheter.**

I utredningen bes blant annet vurdert:

- Juridiske betraktninger
- Aktuelle modeller for organisering og konsekvensene av disse
- Evaluering av tiltak

Det er oppnevnt en referansegruppe for utredningen med representanter fra Kriminalomsorgen, Helsedirektoratet, helsetjenesten og med juridisk ekspertise.<sup>1</sup> Utredningsoppdraget ble gitt til tidl. ass. fylkeslege Svein-Erik Ekeid, som i sin tid i Helsetilsynet har vært sentral både i omorganiseringen av norsk fengselshelsetjeneste med overføring av ansvaret fra justissektoren til helsetjenesten og i oppbyggingen av hiv/aids-arbeidet i Norge, og som har bred internasjonal fengselshelsetjenesteerfaring gjennom Verdens helseorganisasjon og Europarådet.

Bakgrunnen for utredningsarbeidet er behovet for å sikre innsatte og den øvrige befolkning beskyttelse mot overføring av allmennfarlige smittsomme sykdommer. Dagens ordning hvor innsatte må rense brukte sprøyter og spisser med klor/kloramin er ikke en fullgod beskyttelse mot blodoverført smitte. Det viktige prinsippet at innsatte skal ha likeverdig helsetjeneste som befolkningen for øvrig er heller ikke oppfylt.

Smittevernloven fastslår den overordnede smittevernmålsetningen, begrunnet i så vel samfunns- som individualhensyn. De individuelle rettighetene (og pliktene) som følger av loven er utledet av hovedtanken bak loven: "Å effektivt hindre smitteoverføring".<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Avdelingsdirektør Andreas Skulberg og rådgiver Anne Dahl, Kriminalomsorgens sentrals forvaltning (KSF); Seniorrådgiver Inger B Rytter, seniorrådgiver Morten Frantze og seniorrådgiver Jan Eilert Fuglesang, Helsedirektoratet; fagsjef Guri Spilhaug, Den norske legeförening (nå medisinsk faglig rådgiver, Klinikk rus og avhengighet, Aker universitetssykehus HF); fengselsleder Tom Eberhardt, Indre Østfold fengsel; helseavdelingsleder Mette Berg, Skien fengsel og forsker Lasse Warberg, Juridisk fakultet, Universitetet i Oslo

<sup>2</sup> forts n side

## 2.2 Dagens situasjon

Antall innsatte i norske fengsler utgjør til enhver tid ca 3.400 personer. Det er påvist at omkring **60 % av de innsatte i norske fengsler har rusproblemer**<sup>3</sup>, av disse hadde halvparten injisert. Det forekommer utvilsomt et visst injiserende bruk av rusmidler i fengslene.<sup>4</sup> Det er ikke bare opioider (heroin, morfin, subutex, osv) som injiseres, men også f eks amfetamin. Det er usikkert hvor mange av de rusavhengige innsatte som helt eller delvis benytter injeksjon som "bruksmåte".

Få beslag av sprøyter og spisser i fengslene kan øke mistanken om stor grad av gjenbruk/fellesbruk av sprøyter og spisser, ut fra tanken om at jo mindre tilgang på sprøyter jo større gjenbruk

Det finnes ikke forskning som bekrefter at det har skjedd smitteoverføring i norske fengsler i forbindelse med deling av sprøyter mellom innsatte. Det er imidlertid kjent at "blodsmittesykdommer" (hepatitter, særlig hepatitt-C, og hiv-infeksjon) har rask spredning i misbruksmiljøer hvor ca 80 % er smittet med hepatitt-C.<sup>5</sup> Det er heller ingen foreliggende statistikk som viser forbruket av desinfeksjonsvæske blant innsatte i norske fengsler, og

---

### § 1-1. Lovens formål

Denne loven har til formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land.

Loven skal sikre at helsemyndighetene og andre myndigheter setter i verk nødvendige smitteverntiltak og samordner sin virksomhet i smittevernarbeidet.

Loven skal ivareta rettssikkerheten til den enkelte som blir omfattet av smitteverntiltak etter loven.  
*Forts. n side*

### § 1-2. Lovens virkeområde

Lovens bestemmelser om tjenester og tiltak gjelder for enhver som oppholder seg i Norge.

Departementet kan gi forskrifter som begrenser anvendelsen av loven overfor personer som ikke er norske statsborgere, eller som ikke har bosted i Norge. Departementet kan også gi forskrifter om at loven skal gjelde for personer som oppholder seg i utlandet, men som har tilknytning til Norge.

Departementet kan gi forskrifter om anvendelse av loven på Svalbard, Jan Mayen og kontinentalsokkelen, og på norske fartøy og luftfartøy hvor de enn befinner seg.

Lovens bestemmelser gjelder med de begrensninger som er anerkjent i folkeretten eller følger av overenskomst med fremmed stat.

Kongen kan gi regler til gjennomføring av avtale med fremmed stat om forhold som omfattes av denne loven.

<sup>3</sup> FAFO-undersøkelse 2004

<sup>4</sup> Einar Ødegård: Narkotika- og alkoholproblemer blant innsatte i norske fengsler i Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift 2008

<sup>5</sup> Tidsskrift for den norske lægeforening nr 5, 2008, 128



således ingen opplysninger om den reelle tilgjengeligheten i fengslene av de rensedmidlene som er anbefalt brukt.

**Risiko for smitte** av blodsmittesykdommene reduseres når injiserende fengselsinnsatte rusmiddelavhengige har tilgang til sterile sprøyter og spisser, og kan eventuelt fjernes helt ved bruk av selvdestruerende utstyr (sprøyter som reelt bare kan brukes én gang).

Kriminalomsorgens sentrale forvaltning opplyser at

- Det rapporteres om få tilfeller av overdose i fengsel nå, sammenlignet med tiden før 2002.
- Innsatte som ønsker å bruke rusmidler seg gjør dette nå mer ved bruk av andre metoder enn sprøytesetting. Betjentene finner lite sprøyter og spisser.
- Kriminalomsorgens kontrollstatistikk kan tyde på en viss nedgang i bruk av heroin og sprøyter og spisser i fengslene de siste årene. Det har vært en klar nedgang i beslag av heroin fra 2002 til 2006. Det beslaglegges også mindre sprøyter og spisser nå enn før og det rapporteres om færre overdoser i fengsel i 2006 enn i årene før. I hvilken grad denne statistikken gjenspeiler det faktiske forbruket av heroin og sprøytesetting i fengsel, er uvisst. Det ble avslørt inntak av **heroin** kun **32** ganger i 2006.

Sammenligner vi med tall fra 2002 ser vi at det den gang ble avdekket inntak av heroin hele **117** ganger. Det antas at dette all hovedsak skyldes at innsatte har endret sitt rusmønster i den tiden de gjennomfører straff.

- Stor økning i forskrivning av vanedannende og rusgivende legemidler i fengslene. Tallmaterieell fra FHI viser at det er stor økning i bruk av legal medisiner og avsløring av illegalt inntak av slike medisiner. I samme tidsperiode har dette mer en doblet seg. Avsløring av misbruk på **Subutex** i 2002 var **208** tilfeller mens det i 2007 var hele **1430** tilfeller.
- Kriminalomsorgens regioner rapporterer at det er svært få beslag av sprøyter i fengslene. Eksempelvis rapporterer visitasjonspatruljen region nordøst/øst at det er funnet mindre enn 10 sprøyter i 2008. Region sør rapporterer at de i 2008 ikke har hatt beslag av sprøyter og de har ikke hatt hendelser med overdoser. Enkeltbeslagene er som oftest brukerdoser og ikke større mengder narkotika.

I den norske innsatsen mot hiv-epidemien ble "sterile sprøyter og spisser" et hovedelement da Statens helsetilsyn i 1996 la frem *Helsedirektørens tiltaksplan for bekjempelse av hivinfeksjonen (15. oktober 1986)* som senere ble forsterket med

*Handlingsplan mot hiv/AIDS-epidemien 1996-2000*<sup>6</sup>. I forhold til rusavhengighetsmiljøet ble det formulert et hierarki av målsetninger:

- Bruken av illegale rusmidler må opphøre
- Dersom bruk av illegale rusmidler, ikke bruk sprøyter
- Dersom bruk av sprøyter, benytt sterilt utstyr
- Dersom sterilt utstyr ikke er tilgjengelig, bruk klorin/kloramin til rensing

Denne tilnærmingen førte bl a til forskjellige former for distribusjon av sterile sprøyter og spisser gjennom automater og ved utdeling f eks fra "Sprøytebussen" (som ble opprettet i 1988). Sprøyter og spisser er fri handelsvare tilgjengelig fra apotek og besittelse av sprøyter og spisser er ikke ulovlig i samfunnet utenfor fengsel.

Besittelse og bruk av sprøyter og annet brukerutstyr er ikke tillatt i fengslene og blir beslaglagt, jf straffegjennomføringsloven § 26, tredje ledd og § 27 første ledd, og retningslinjene til disse paragrafene<sup>7</sup>. Det står ikke uttrykkelig i loven at sprøyter er forbudt, men formuleringene er laget såpass vide at beslag av sprøyter inngår i tolkningen av paragrafene.

Det var lenge stor uenighet mellom helse- og fengselsmyndighetene om hvilke tiltak som kunne egne seg for å gi innsatte et likeverdig tilbud mot blodsmitte som injiserende rusmiddelavhengige har utenfor fengselsanstaltene. Den kjente økte smittefaren var bakgrunn for at Helsetilsynet og Kriminalomsorgen i 1997 ble enige om felles retningslinjer<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> Rogalandsforsknings evaluering av gjennomføring av handlingsplan mot HIV-AIDS epidemien 1996–2000.

<sup>7</sup> § 26. *Private eiendeler*

Kriminalomsorgen kan ut fra hensynet til ro, orden og sikkerhet gi bestemmelser om hvilke gjenstander som det er tillatt å ta med inn eller ut av fengsel.

Gjenstander som tas inn eller ut av fengsel, kan undersøkes etter §§ 27 og 28.

Kriminalomsorgen kan midlertidig holde tilbake penger eller gjenstander som er forsøkt innført eller utført i strid med første ledd. Hvis pengene eller gjenstandene ikke blir beslaglagt etter straffeprosessloven kapittel 16, inndratt etter straffeloven § 34, eller holdt tilbake på annet grunnlag, skal de senest leveres tilbake ved løslatelse eller når en besøkende forlater fengslet. Kriminalomsorgen kan destruere alkohol, andre rusmidler og medikamenter mv.

§ 27. *Undersøkelse av personer og gjenstander*

Kriminalomsorgen kan på fengselsområdet undersøke personer og gjenstander ved bruk av teknisk utstyr eller hund for å forhindre at det tas med gjenstander som ikke er tillatt. Ved positivt utslag, eller når personen ikke medvirker til undersøkelsen, kan fengslet avvise personen. Ved funn av gjenstander som ikke er tillatt, gjelder reglene i § 26 tredje ledd.

[...]

<sup>8</sup> Rundskriv Fst 2/97 "Tilgjengelighet av desinfeksjonsvæske for innsatte" (Se vedlegg til utredningen)

som pålegger fengslene å gjøre *klorin*, eventuelt *kloramin*, tilgjengelig for de innsatte<sup>9</sup>. Tiltaket møtte i sin tid relativt stor motstand blant ansatte i fengselsanstaltene.

## 2.3 Oppgave- og ansvarsfordeling

Kriminalomsorgen og helsetjenesten er tillagt ulike oppgaver, ansvar og myndighet i forhold til de innsatte i landets fengsler.

**Kriminalomsorgens oppgaver** (jf også 2.6) er å

- Gjennomføre de reaksjoner som fastsettes av påtalemyndigheten eller besluttes av domstol straks de er rettskraftige.
- Legge forholdene til rette for at lovbrøteren skal kunne gjøre en egen innsats for selv å motvirke et kriminelt handlingsmønster.

Kriminalomsorgen legger gjennom samarbeid med andre offentlige etater til rette for at domfelte og innsatte i varetekt får de tjenester som lovgivningen gir dem krav på. Samarbeidet bidrar til en samordnet innsats for å dekke domfelte og innsattes behov og fremme deres tilpasning til samfunnet. Dette gjelder for eksempel innen helse- og undervisningsområdet, bibliotekjenesten i fengslene og ved at arbeidsmarkedsetaten til byr arbeidstreningsopplegg og bistår med å få tidligere domfelte over i lønnet arbeid. Kriminalomsorgen skal gjennomføre straffereaksjonene slik at domfelte påføres minst mulig skadevirkninger, og søke å tilbakeføre den domfelte til en kriminalitetsfri tilværelse ved løslatelse. Straffegjennomføringen er progresjonsrettet, dvs den domfelte skal gå mot gradvis mer frihet. Kriminalomsorgens rolle er å legge forholdene til rette for at de andre etatene kan gi et likeverdig tilbud til innsatte som er likeverdig med det som tilbys den øvrige befolkningen.

**Helsetjenesten** (jf også Kap 3)

Fengselshelsetjenesten er ikke organisert som en del av Kriminalomsorgen og er ikke under Kriminalomsorgens styring.

Kommunehelsetjenesteloven bestemmer at fengselshelsetjenesten er en del av kommunens ansvar.<sup>10</sup> Helselovene i Norge gjelder for fengselsinnsatte på samme måte som for

---

<sup>9</sup> Klorin, eller kloramin, skal være tilgjengelig i enkeltpakninger som skal tillates oppbevart på cellene. Subsidiært kan de to væskene være fritt tilgjengelig på fellesareal. (Rundskriv Fst 2/97 *Tilgjengelighet av desinfeksjonsvæske for innsatte*)

befolkningen for øvrig (smittevernloven, spesialisthelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven, m fl). Helsepersonell har de samme plikter overfor en pasient innsatt i fengsel som overfor annen befolkning.

## 2.4 Skadereduksjonsargumenter

I folkehelsesammenheng er "skadereduksjon" blitt brukt for å beskrive en tilnærming som har forebygging eller reduksjon av negative følger knyttet til visse former for atferd som formål. Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert "skadereduksjon" i forhold til bruk av rusmidler slik: *Når det gjelder injiserende rusmiddelbruk er målsetningene ved "skadereduksjon" å forebygge overføring av hiv og andre blodsmittesykdommer som forekommer når brukere bruker usterilt sprøyteutstyr og/eller rusmidler*<sup>11</sup>.

Begrunnelsene for skadereduksjonstilnærming i fengsel baserer seg på folkehelse/ smittevernprinsipper og menneskerettigheter. Et **grunnleggende folkehelseprinsipp** er at en befolkning må ha tilgang til kunnskap og fasiliteter som kan hjelpe dem til å opprettholde og forbedre egen helse. Internasjonale konvensjoner som Norge har sluttet seg til (WHO<sup>12</sup> og Europarådet<sup>13</sup>) fastslår derfor prinsippet om at fengselsinnsatte skal ha fri tilgang til helsetjenester av likeverdig kvalitet som helsetjenester som er tilgjengelig til befolkningen for øvrig.

---

<sup>10</sup> § 1-3. (Oppgaver under helsetjenesten) (forts s 10)

Kommunens helsetjeneste skal omfatte følgende oppgaver:

1. Fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte. Tiltak med dette for øye organiseres som
  - a) miljørettet helsevern
  - b) helsestasjonsvirksomhet
  
  - c) helsetjenester i skoler
  - d) opplysningsvirksomhet
  - e) helsetjenester for innsatte i de kommuner der det ligger anstalter under kriminalomsorgen.

<sup>11</sup> Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction, WHO European Region, , EUR/05/5049062 mai 2005

<sup>12</sup> WHO Regional Office for Europe (1999) *WHO guidelines in HIV infection and AIDS in prisons*. Geneva, UNAIDS

<sup>13</sup> Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules<sup>1</sup> (Adopted by the Committee of Ministers on 11 January 2006 at the 952nd meeting of the Ministers' Deputies)

Skadereduksjon i denne forstand er et viktig folkehelsevirkemiddel fordi fellesbruk av sprøyter og spisser representerer en effektiv overføringsmåte for hepatitt-virusene og hiv. Det er vist at prevalensen av hepatitt-C blant injiserende rusmiddelavhengige kan komme opp i 50 % i løpet av de første par årene etter at hepatitt-C er introdusert i miljøet.<sup>14</sup>

Mange rusmiddelavhengige er preget av langvarig og uttalt bruk av rusmidler og mange har også vært gjennom mange behandlingsforsøk. Hvis hjelpeapparatet ikke ser realistiske muligheter innen overskuelig tid til å hjelpe en pasient til å bli rusfri, kan man likevel

- redusere risikoen for hiv, hepatitt og andre infeksjoner
- forebygge dødsfall av overdose
- redusere forekomsten av kriminelle og andre skadelige handlinger
- øke muligheten for utdanning, sysselsetting eller arbeid.

Dersom det finnes muligheter for å redusere skadevirkninger av rusmiddelbruk for den rusmiddelavhengige, er det uetisk og juridisk uakseptabelt å ikke gjøre det. Den innsatte skal ikke påføres uforholdsmessig tilleggsstraff (i tillegg til frihetsberøvelsen).

På den annen side er særlig behandlingsapparatet opptatt av at skadereduserende tiltak ikke må fortrenge ("utkonkurrere") behandlingstiltak. Det synes i dag ikke å være noen overhengende fare for dette, fordi rusfrihet som mål er en sterkt befestet holdning både politisk og i tiltaksapparatet<sup>15</sup>.

## 2.5. Internasjonale erfaringer

Den første innbytteordningen for sprøyter og spisser oppsto i Sveits i 1992 som en "sivil-ulydighets"-aksjon fra en fengselslege (i Oberschöngrün) som var opptatt av at smittevernet i en folkehelsesammenheng måtte ha fortrinnsrett over fengselsreglementet.<sup>16</sup>

Program for tilførsel av sterile sprøyter og spisser eksisterer nå i 19 fengsler i Sveits, i syv fengsler i Tyskland og i fem fengsler i Spania. I tillegg er det tilsvarende tiltak i Moldova,

---

<sup>14</sup> Tidsskrift for den norske lægeforening nr5, 2008, 128

<sup>15</sup> *Skadereduksjon – nyttig eller skadelig?* Hans Olav Fekjær – foredrag 1996

<sup>16</sup> *Prison-Based Syringe Exchange Programs – A review of International Research and Programme Development* – National Drug and Alcohol Research Centre, University of South Wales, Sydney, Australia, 2001

Kirgisistan, Belarus og Luxemburg, mens helse- og fengselsmyndighetene i Hellas, Portugal, Skottland, Wales, Canada og australske delstater overveier pilotprosjekt med tilførsel av sterile sprøyter og spisser.<sup>17</sup>

De fleste tiltakene er gjennomført gjennom et samarbeid mellom helse-/smitteverns- og fengselsmyndighetene. Fengselsreglementene er blitt endret for å tillate besittelse av sterile sprøyter og spisser dersom de oppbevares på en trygg måte. I de fleste tilfellene er tiltakene gjennomført i mindre fengsler (færre en 200 innsatte).

Fordeling av sprøyter og spisser skjer i hovedsak etter to hovedmodeller: 1) Formidling fra helsepersonell og 2) automater. I de østeuropeiske tiltakene har man også benyttet seg av formidling av utstyr via særskilte fangeombud ("peer modell") fordi dette har vist økt akseptabilitet fra de innsattes side.

6 av de europeiske tiltakene er blitt evaluert med vitenskaplige metoder etter 10 års virksomhet.<sup>18</sup> Resultatene av evalueringen i Sveits, Tyskland og Spania har alle vært positive.

- Bruk av rusmidler blant innsatte har vært stabilt eller minsket.
- Ingen nyrekruttering til injiserende rusmiddelbruk har vært dokumentert.
- Fellesbruk av utstyr falt dramatisk etter innføring og forekom nærmest ikke etter noe tid.
- Det ble ikke påvist serokonversjon for *hiv*, *hepatitt-B* eller *-C* i noen av fengslene som har økt tilgang til sprøyter og spisser.
- Det har ikke vært forbundet med disiplinærproblemer blant de innsatte.
- Det er ikke forekommet bruk av sprøyter som våpen.
- Det er rapportert ett tilfelle av sprøyteskade hos en innsatt, som stakk seg på eget utstyr.

Akseptabiliteten blant kriminalomsorgspersonellet har i stor utstrekning vært god. Det ble ved alle tiltakene lagt stor vekt på å involvere personellet i utviklingen av hvert tiltak. Den motstanden som det har vært gitt uttrykk for har i sin alminnelighet avspeilet tilsvarende skepsis i befolkningen for øvrig mot "skadereduksjonstiltak" i sin alminnelighet.

---

<sup>17</sup> *Harm reduction Coalition Syringe Exchange in Prisons: The International Experience*, januar 2007

<sup>18</sup> *Prison-Based Syringe Exchange Programs – A review of International Research and Programme Development* – National Drug and Alcohol Research Centre, University of South Wales, Sydney, Australia, 2001

Det er nylig publisert en omfattende, internasjonal metaanalyse i det anerkjente medisinske tidsskriftet *Lancet* av intervensjoner for å redusere *hiv*-overføring i forbindelse med injiserende rusmiddelmisbruk i fengsel hvor forfatterne konkluderer med at *"særlig programmer for tilgang til rene sprøyter og spisser og opioidsubstitusjonsterapi vist seg å være effektive, uten å resultere i negative konsekvenser for innsatte eller ansattes helse"*.<sup>19</sup>

## 2.6 Rusarbeid i kriminalomsorgen

Seksti prosent av alle innsatte har et rusmiddelproblem ved innsettelsen og av disse hadde halvparten injisert i tiden før innsetting til soning.<sup>20</sup> Dette understreker behovet for å finne egnede tiltak for denne gruppen – både for å forebygge kriminalitet og for å redusere de problem som narkotika og annen rusmiddelbruk medfører for den enkelte og samfunnet.

Kriminalomsorgen skal hindre ulovlig innførsel og bruk av alle former for rusmidler under varetektsopphold og straffegjennomføring, og legge til rette for at innsatte og domfelte kan få hjelp til rehabilitering.

Det er gode grunner for bekjempelse av rusmiddelbruk hos domfelte og innsatte: Mange avhengighetsskapende rusmidler er straffbare å omsette eller bruke. Ruspåvirkede personer og aktiviteter knyttet til dette kan være en sikkerhetsrisiko for tilsatte og andre domfelte. Det er vanskelig å drive rehabilitering med mennesker som er påvirket av rus. Innsatte som har et avhengighetsproblem bør hjelpes til å bli rusfri, og de som allerede er rusmiddelfri, bør skjermes fra å få tilgang til rusmidler under straffegjennomføringen.

### *Kontrolltiltak*

Straffegjennomføringsloven har en rekke bestemmelser om kontrolltiltak for å avdekke innsmugling, omsetning og bruk av illegale rusmidler i fengsler. Det er forbudt for innsatte å bruke enhver form for alkohol, narkotika eller andre rusmidler, bedøvelsesmidler, hormonpreparater eller andre kjemiske stoffer som ikke er lovlig foreskrevet, jf forskriften til straffegjennomføringsloven § 3-21.

- På fengselsområdet kan kriminalomsorgen blant annet undersøke personer og gjenstander ved bruk av teknisk utstyr eller hund for å forhindre at det tas med

---

<sup>19</sup> *Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison* – Ralph Jürgens, *Lancet*, Vol 9 Januar 2009, 57-66.

<sup>20</sup> *Narkotika- og alkoholproblemer blant innsatte i norske fengsler*, Einar Ødegård, SIRUS i Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift 2008

gjenstander som ikke er tillatt. Dette kan være innsatte, besøkende, tilsatte og andre personer som skal utføre arbeid eller midlertidige tjenester i fengselet. Ved positivt utslag, eller når personen ikke medvirker til undersøkelsen, kan fengslet avvise den besøkende.

- Kriminalomsorgen kan også pålegge innsatte og domfelte å avgi urinprøve, utåndingsprøve eller blodprøve.
- Besittelse og bruk av injiserende sprøyter er ikke tillatt og blir beslaglagt i fengslene jf straffegjennomføringsloven § 40, (§ 26 og § 27.) Retningslinjene til § 40 lyder:” Blir det funnet gjenstander som antas å ha vært brukt som narkotikahjelpemiddel (sprøyter, piper, siler etc), kan det reises bruddsak som følge av ulovlig besittelse av gjenstanden. Ved slike funn skal det tas kontakt med politiet med forespørsel om gjenstandene skal oversendes eller destrueres i fengselet”. I motsetning til i samfunnet ellers, er bruk og oppbevaring av injiserende sprøyter forbudt i fengslene.

### *Hjelp til rehabilitering*

Kriminalomsorgen legger også på andre måter til rette for at innsatte og domfelte kan få hjelp til å leve et liv uten bruk av rusmidler og kriminalitet.

- Kriminalomsorgen har laget sin helhetlige russtrategi for perioden 2008-2011. Hensikten er å styrke rehabiliteringstiltakene, sikre at kontrolltiltakene fremmer rehabilitering, og øke samarbeidet med helsetjenesten og andre etater.
- Det drives rusprogrammer i regi av fengsler og friomsorgskontor. Programmene foregår i hovedsak i grupper og skal motivere innsatte og domfelte til et liv uten rusmiddelmissbruk og kriminalitet.
- Justisdepartementet og helsesektoren forsterket i august 2006 samarbeidet for å gi rusmisbrukere bedre oppfølging under og etter soning. I et rundskriv fra Justisdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet gis retningslinjer for samarbeid mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, kommunenes sosialtjeneste og kriminalomsorgen overfor innsatte og domfelte rusmiddelavhengige.<sup>21</sup> Rundskrivet klargjør ansvarsfordelingen for rusmiddelavhengige. Det skal også styrke samarbeidet mellom tjenestene og bidra til bedre samarbeidsløsninger og felles planer eller avtaler regionalt og lokalt.
- Rusmiddelavhengige som tidligere ville blitt dømt til ubetinget fengselsstraff for kriminelle handlinger, kan fra 1. januar 2006 dømmes til å følge et rehabiliteringsprogram. Prøveordningen Narkotikaprogram med domstolskontroll innebærer at rusmisbrukere kan dømmes til å gjennomgå et rehabiliteringsprogram

---

<sup>21</sup> *Narkotikabekjempelse i norske fengsler - Kriminalomsorgen – 2006-01-07*



som vilkår for betinget dom. Dersom ordningen ikke hadde blitt igangsatt, ville målgruppen fått ubetinget fengselsstraff. Deltakerne får tjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten som ledd i et aktivt rehabiliteringsopplegg. Gjennom prøveordningen utvikles modeller for tverretattlig samarbeid mellom kriminalomsorgen og de deltakende helseforetak og kommuner. Det er etablert dagsenter i Oslo og Bergen.

- Enkelte innsatte har behov for behandling, botrening eller arbeidstrening som ikke kan gis i et fengsel. Straffegjennomføringsloven § 12 åpner derfor adgang for at disse i enkelte tilfeller kan gjennomføre straffen i en institusjon som ikke hører inn under kriminalomsorgen. Dette gjelder særlig personer med rusmiddelproblemer. Det er et klart mål at flere innsatte rusmiddelbrukere skal overføres til rehabiliteringsinstitusjon.
- Program mot ruspåvirket kjøring er en alternativ reaksjon overfor personer som ellers ville blitt dømt til ubetinget fengselsstraff for kjøring i ruspåvirket tilstand. Innholdet består av undervisning, individuelle samtaler, kontroll og kartlegging av behandlingsbehov. Målsettingen er å øke bevisstheten om egen atferd og konsekvensene av denne og hindre framtidig kjøring i ruspåvirket tilstand.

Kriminalomsorgen kan også tenkes å ha visse oppgaver for å hindre skadevirkninger når bruk av rusmidler ikke kan unngås, men eventuelt i form av andre oppgaver enn å dele ut sprøyter, for eksempel motivasjonssamtaler med den innsatte, bedre tilrettelegging av den innsattes hverdag eller lignende. Det skal tas hensyn til formålet med straffen og inngrepene i den innsattes hverdag skal ikke gå utover formålet/ formålene med straffereaksjonen. Ulovlig rusmisbruk kan vel bl.a. være et utslag av en lukket tilværelse

For rusmiddelavhengige er det særlig viktig å planlegge løslatelsen og skaffe bolig, arbeid og behandling i den vanskelige overgangen fra fengsel til frihet. Det er en viktig utfordring å styrke samarbeidet med andre – som helsetjenesten, sosialtjenesten og NAV – slik at innsatte rusmiddelavhengige kan få den hjelpen de har behov for.

# Lovgivning

## 3.1 Ansvarsfordeling

Ved drøftelse og løsning av de juridiske spørsmålene knyttet til sterile sprøyter og spisser for fengselsinnsatte må det foretas en avveining av hensyn knyttet til pasienters og helsepersonells rettigheter og plikter etter helselovgivningen (kommunehelsetjenesteloven (khl), pasientrettighetsloven (pasrl), helsepersonelloven (hlspl) og smittevernloven (smittel)) på den ene side og narkotika- og straffegjennomføringslovgivningen på den annen side. I forhold til eventuell bekymring for bruk av sprøyter og spisser som "våpen" over for personell, vil eventuelt også arbeidsmiljøloven utgjøre et rettsgrunnlag.

## 3.2 Pasientrettigheter

Smittevernloven gjelder ifølge § 1-2, 1 ledd "...enhver som oppholder seg i Norge". I utgangspunktet gir altså reglene i smittevernloven *innsatte* rett til at det iverksettes nødvendige tiltak for å hindre smitteoverføring til dem, jf smittel Kap 6, jf også pasientrettighetsloven § 2-1.

Smittel § 6-1, 2.ledd nevner: "...rett til nødvendig smittevernhjelp i form av vaksinasjon **og annen nødvendig forebyggende hjelp**" (vår uthevelse). Det som er nødvendig er det pasienten har rett til. Tilsvarende gir pasrl "pasienten" (uten unntak for fengselsinnsatte) rett til nødvendig helsehjelp fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. ("Helsehjelp" etter pasrl inkluderer bl a handlinger som har forebyggende formål, jf § 1-3<sup>22</sup>)

---

<sup>22</sup> **Pasientrettighetsloven § 1-3. Definisjoner**

I loven her menes med

- a) pasient: en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle;
- b) [...]
- c) helsehjelp: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell;
- d) helsetjenesten: primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten;
- e) helsepersonell: personer som nevnt i lov om helsepersonell § 3.

Tilsvarende bestemmelser er nedfelt i Europarådets rekommendasjon "European Prison Rules"<sup>23</sup>

### 3.3 Generelle plikter for helsetjenesten og helsepersonellet

Helsepersonell og virksomhet som yter helsehjelp har en plikt til å forebygge helsefarlige situasjoner og smitte, jf hlspl § 4 og 16. Helsepersonell skal sørge for at pasienten får oppfylt sine rettigheter etter smittevernloven og pasientrettighetsloven, jf hlspl § 4, § 16 og Kap 11. Helsepersonell har plikt til å gjennomgå opplæring, følge faglige retningslinjer og gjennomføre tiltak ifølge smittevernloven § 4-9. Mens fengselshelsetjenestens leger og sykepleiere i egenskap av helsepersonell må opprettholde pålagt profesjonelle/faglige plikter når det gjelder smittevern, er de ikke tillagt tilsvarende plikter som kriminalomsorgspersonellet når det gjelder å forhindre narkotika i fengslene. Helsepersonellet er ikke kriminalomsorgspersonellets medhjelpere, men skal operere uavhengig av fengselsledelsen. Fengselsmyndigheten kan ikke instruere helsetjenesten. Dette er viktig for tillitsforholdet mellom pasient og helsepersonell.

Helsetilsynet har påleggsmyndighet overfor helsetjenestevirksomhet, jf tilsynsloven § 5. Helsetilsynet har således myndighet til å pålegge helsetjenesten å rette på forhold som er uforsvarlige, f eks, etter omstendighetene, at "allmennfarlig smittsom sykdom" kan smitteoverføres i fengsel. Helsedirektoratet har påleggsmyndighet i henhold til smittevernloven.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> *Ministerkomiteens rekommandasjon Rec(2006)2 til medlemsstatene om de europeiske fengselsreglene*

40.2 Helsepolitikken i fengslene skal være integrert i og forenlig med den nasjonale helsepolitikken.  
40.3 Innsatte skal ha tilgang til de helsetjenester som er tilgjengelige i landet uten forskjellsbehandling på grunnlag av deres juridiske stilling.

<sup>24</sup> **§ 7-10. Sosial- og helsedirektoratets oppgaver**

Gjennom råd, veiledning, opplysning og vedtak etter loven skal Sosial- og helsedirektoratet medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak blir dekket i forbindelse med smittsomme sykdommer.

Når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern, kan Sosial- og helsedirektoratet bestemme at kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner skal organisere eller utføre nærmere bestemte tjenester eller tiltak, samarbeide, eller følge nærmere bestemte retningslinjer.

På tilsvarende måte som etter foregående ledd kan Sosial- og helsedirektoratet pålegge helsepersonell å følge nærmere bestemte faglige retningslinjer.

Det kan ikke utelukkes at smitteoverføring til en innsatt, i sin ytterste konsekvens og under helt særlige omstendigheter, kan medføre profesjonsansvar for den enkelte helsearbeider, jf. hlspl § 4 (om forsvarlighetskravet).

Dersom distribusjon av sterile sprøyter og spisser defineres som å ligge innenfor forsvarlighetskravet (hlspl § 4), kan det vanskelig antas at det kan foreligge noen reservasjonsrett mot å delta i tiltaket.

### 3.4 Kommunehelsetjenestens ansvar

Kommunehelsetjenesteloven fastslår at fengselshelsetjenesten er en del av kommunens ansvar, jf § 1-3, pkt 1 e. Kommunen der fengselet er lokalisert er således medansvarlig for at forsvarlighetskravet i hlspl § 4 oppfylles, jf hlspl § 16<sup>25</sup> og kommunehelsetjenesteloven § 1-3a.

Erstatningsrettslige krav mot det offentlige kan oppstå dersom nødvendige smitteverntiltak ikke er satt inn etter smittevernlovens meget sterke bestemmelser. Vilkåret for erstatning er bl a at det skal tas hensyn til om de krav *"skadelidte med rimelighet kan stille til virksomheten...er tilsidesatt"*, jf pasientskadeloven § 2, 2. ledd.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> § 16. *Organisering av virksomhet som yter helsehjelp og internt kontroll*

Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

<sup>26</sup> § 2. *Erstatning for pasientskade*

Pasienten og andre som har lidt tap på grunn av pasientskade, har krav på erstatning når skaden skyldes

- a) svikt ved ytelsen av helsehjelp, selv om ingen kan lastes,
- b) teknisk svikt ved apparat, redskap eller annet utstyr som er brukt ved ytelsen av helsehjelp,
- c) smitte eller infeksjon, når dette ikke i hovedsak skyldes pasientens tilstand eller sykdom,
- d) vaksinasjon, eller
- e) forhold som medfører ansvar for helsetjenesten eller helsepersonell etter alminnelige erstatningsregler.

Det skal tas hensyn til om de krav skadelidte med rimelighet kan stille til virksomheten eller tjenesten på skadetidspunktet, er tilsidesatt. Utilstrekkelige ressurser skal ikke medføre ansvar dersom ressursfordelingen har vært forsvarlig og virksomheten i alminnelighet holder en forsvarlig standard.

Selv om det ikke foreligger grunnlag for erstatningsansvar etter første og annet ledd, kan det unntaksvis ytes erstatning når det har skjedd en pasientskade som er særlig stor eller særlig uventet, og som ikke kan anses som utslag av en risiko som pasienten må akseptere. Det skal legges vekt på om det er gitt tilstrekkelig informasjon på forhånd.

Kongen kan bestemme at erstatningskrav i henhold til konvensjoner som Norge er forpliktet av, skal behandles som krav etter denne loven.

## 3.5 Forbud mot narkotika

**Straffegjennomføringslovens** regler og forbudet mot oppbevaring, bruk og omsetning a narkotika<sup>27</sup>, **straffeloven** § 162<sup>28</sup> og **legemiddeloven** § 24<sup>29</sup> må holdes opp mot nødvendige smitteverntiltak som nevnt ovenfor. Enkelte vil hevde at tilgjengelighet til sterile sprøyter og spisser i fengsel kan bidra til legalisering av bruk av rusmidler, samtidig som det kan være et bidrag til opprettholdelse av injiseringskulturen hos rusmiddelavhengige. Tiltaket oppfattes således som undergravende i forhold til fengselssystemets narkotikapolitikk og rehabiliteringshensikt.

Fengslene har ikke myndighet til å instruere de andre etatene eller reservere seg mot de tiltakene andre etater iversetter, med mindre de anses som sikkerhetsmessig uforsvarlige. Det er derfor sentralt at den internasjonale forskningen tyder på at innbytte og utdeling av sterile sprøyter ikke truer sikkerheten. Det er ikke dokumentert at sprøyteutdeling øker narkotikabruken eller at sprøytene er brukt som våpen. Forskningen tyder derfor på at utdeling av sterile sprøyter i fengsel ikke kan anses som sikkerhetsmessig uforsvarlig.

Kriminalomsorgens personell har som oppgave å bekjempe ulovlig bruk av rusmidler. Fengselshelsepersonell har plikt til å yte helsehjelp i den hensikt å bidra til å forhindre misbruk av avhengighetsskapende rusmidler og rusmiddelavhengighet, samt gi tilbud om behandling og rehabilitering.

---

<sup>27</sup> Jf også avsnitt 2.2, s 8

<sup>28</sup> § 162. Den som ulovlig tilvirker, innfører, utfører, erverver, oppbevarer, sender eller overdrar stoff som etter regler med hjemmel i lov er ansett som narkotika, straffes for narkotikaforbrytelse med bøter eller med fengsel inntil 2 år. (*forts neste side*)

Grov narkotikaforbrytelse straffes med fengsel inntil 10 år. Ved avgjørelsen av om overtredelsen er grov, skal det særlig legges vekt på hva slags stoff den gjelder, kvantumet og overtredelsens karakter.

Gjelder overtredelsen et meget betydelig kvantum, er straffen fengsel fra 3 til 15 år. Under særdeles skjerpene omstendigheter kan fengsel inntil 21 år idømmes.

Uaktsom narkotikaforbrytelse straffes med bøter eller fengsel inntil 2 år.

Medvirkning til narkotikaforbrytelse straffes som bestemt ellers i denne paragraf.

Bøter kan anvendes sammen med fengselsstraff.

<sup>29</sup> § 24. Det er forbudt uten lovlig adkomst å være i besittelse av eller å bruke narkotika m.v. og å skaffe seg adgang til å få kjøpt slike varer under falske opplysninger, f.eks. om navn, bosted, sykdom eller sykdomstegn.

Slike midler må ikke anvendes til annet formål enn de er utlevert til, og må ikke uten lovlig hjemmel overdras til eller erverves av andre enn den som resepten eller rekvisisjonen er utstedt til. Resept eller rekvisisjon må ikke overdras til eller erverves av andre enn den de er utstedt til.

## 4. Avveining av hensyn

Mulige løsninger på smitteoverføringsproblemet dreier seg om å tilby *sterile sprøyter og spisser* til innsatte som injiserer rusmidler.

Tilgang til sterile sprøyter i fengslene innebærer **mulige konflikter mellom ulike lovverk**. På den ene siden har personalet som oppgave å bekjempe ulovlig bruk av rusmidler, og på den annen side bistå i forebyggende tiltak for å hindre skadevirkninger når bruk av rusmidler viser seg ikke å kunne stanses uten betydelige inngrep i innsattes og besøkendes integritet.

Reglene i legemiddeloven, straffeloven og straffegjennomføringsloven er ikke formulert med tanke på situasjon som innebærer å hindre smitte av alvorlige / livsfarlige sykdommer i fengslene. Ingen ønsker narkotika i fengslene – men det finnes der, og det er sannsynligvis en illusjon å tro at en kan forhindre innsattes tilgang til ulovlig bruk av rusmidler.

I dagens situasjon er smittede og usmitede tvangsanbragt sammen i fengsel. Det at en usmittet innsatt nektes tilgang til nødvendig smittevern hjelp i form av sterile sprøyter og spisser vil kunne betraktes som *en urimelig og ulovhjemlet tilleggsstraff*. Dette følger av legalitetsprinsippet – inngrepet skal være begrenset i forhold til lovhjemmelen, dvs den straffebestemmelse den innsatte er dømt etter (jf også det europeiske fengselsreglementet<sup>30</sup>).

Det finnes ikke holdepunkter for at sterile sprøyter og spisser rekrutterer til bruk av rusmidler og neppe heller øker bruken av rusmidler hos rusavhengige.<sup>31</sup>

Den største utfordringen vil være knyttet til den etiske og faglige konflikt som ligger i valget mellom smittevern i henhold til helselovgivningen på den ene side og den generelle narkotikapolitiske målsetningen om narkotikafrie fengsler, som også er nedfelt i straffegjennomføringsloven, på den annen side.

Forslaget til ny ordning legger til grunn at smittevernet må tillegges mest vekt for fengselshelsetjenesten, og at helselovgivningens bestemmelser om at effektivt smittevern

---

<sup>30</sup> *Ministerkomiteens rekommandasjon Rec(2006)2 til medlemsstatene om de europeiske fengselsreglene* Artikkel 2. *Personer som berøves friheten, beholder alle rettigheter som de ikke på lovlig måte blir fratatt ved den beslutning som dømmer dem til fengsel eller varetekt.*

<sup>31</sup> *Harm reduction Coalition Syringe Exchange in Prisons: The International Experience, januar 2007*

utgjør en ufravikelig prinsipp når det skal ytes "nødvendig helsehjelp" fra helsepersonells side.

## 4.1 Fordeler

**Risiko for å bli utsatt for** av blodsmittesykdommene fjernes når selvdestruerende sterile sprøyter og spisser er tilgjengelig. Dersom det finnes muligheter for å redusere skadevirkninger av rusmiddelbruk for den rusmiddelavhengige, er det uetisk og juridisk uakseptabelt å ikke gjøre det

Det at en innsatt kommer til helsepersonell og ber om en ren sprøyte vitner om et tillitsforhold og en åpenhet rundt bruk av rusmidler. Det er vist at når helsepersonell tar initiativ til å snakke med en pasient om rus og avhengighet så er dette av stor betydning i forhold til å starte et endringsarbeid. Selv om det i den aktuelle situasjonen ikke er mulig å komme med raske løsninger eller på kort tid hjelpe den innsatte med å bli rusfri, er det av stor betydning i forhold til motivasjon. Uansett det langsiktige utfallet vil utdeling av en steril sprøyte redusere risikoen for blodoverført smitte som hepatitt og hiv.

Oppmerksomhet omkring smitteverntiltak øker oppmerksomheten på den innsattes rusproblemer og vil stimulere fengselshelsepersonellet til å søke økt kunnskap om rus og avhengighet.

## 4.2 Ulemper

Skadereduserende tiltak må ikke komme til foretrekkelig behandlingstiltak. Det synes i dag ikke å være noen overhengende fare for dette, fordi rusfrihet som mål er en sterkt befestet holdning både politisk og i tiltaksapparatet

Et hovedargument mot bedret tilgang til sprøyter og spisser i fengsel har vært knyttet til vurderinger av sikkerheten for fengselsansatte. Ved europeiske fengsler med innbytteordninger er det ikke rapportert et eneste tilfelle av bruk av sprøyter om våpen. Det må ellers antas at de innsatte allerede daglig har tilgang til gjenstander som et betydelig "bedre egnet" til bruk som våpen enn en sprøytespiss.

En australsk utredning av sterile sprøyter og spisser har lagt særlig vekt på å undersøke sikkerhetsaspektet ved et slikt tiltak, siden en i New South Wales i 1991 opplevde et angrep på en fengselsbetjent fra en fanges side med en sprøyte med hivinfisert blod, med den følge at betjenten ble smittet med hiv og døde av aids.<sup>32</sup>

Risikoen for aksidentiell smitte under f eks cellevisitasjon er faktisk større i fengsler hvor det eksisterer brukte sprøyter og spisser (gjemt i kroker og kriker) enn i fengsler med tilgang til sterile sprøyter og spisser.

---

<sup>32</sup> *Prison-Based Syringe Exchange Programs – A review of International Research and Programme Development* – National Drug and Alcohol Research Centre, University of South Wales, Sydney, Australia, 2001



## 5. Alternative nye ordninger

Tilgang til sterile sprøyter i fengslene kan oppfattes som juridisk og etisk komplisert av begge personellgruppene som arbeider med innsattes rusavhengighetsproblemer.

Kriminalomsorgens personell har som oppgave å bekjempe ulovlig bruk av rusmidler.

Helsepersonell i fengslene skal bistå i forebyggende tiltak for å hindre skadevirkninger.

Begge personellgruppene er bundet av Kriminalomsorgen i Norges ledende prinsipplikeverd og verdighet.

Fra et smittevernsynspunkt er svaret imidlertid enkelt: **Fengselsinnsatte har samme rett som andre rusmiddelavhengige og den øvrige befolkningen til best mulig smittevern, inklusive tilgang til sterile sprøyter og spisser.**

Fra et helsefaglig synspunkt vil innsattes tilgang til sterile sprøyter

- Hindre smitte
- Redusere skade og
- Gi anledning til dialog med den innsatte om rusavhengighet og behandlingsmuligheter

Aktuelle modeller for organisering og gjennomføring av system for tilgang til sterile sprøyter:

- Nåværende ordning med adgang til klorin/kloramin
- Innbytte eller utdeling ved helsepersonell
- Innbytte eller utdeling gjennom sprøyteautomat

Rådgivning og veiledning er en viktig del av organisert innbytte og utdeling.

Etablering av "sprøyterom" i fengsel avvises siden sprøyteromsordningen er et prøveprosjekt og ikke er et allment tilbud til rusmiddelavhengige i hele landet.

### 5.1 Videreføring av nåværende ordning

Rensing ved bruk av klorin/kloramin gir en betydelig lavere grad av smitteforebygging enn tilgang til nye og sterile sprøyter og spisser. For at rensingen skal være effektiv i smitteforbyggende sammenheng må utstyret desinfiseres i henhold til retningslinjene<sup>33</sup>. Det

---

<sup>33</sup> "Tigjengelighet av midler for rensing av sprøyter for fengselsinnsatte" – brev 28.01.1977 fra Statens helsetilsyn til Justisdepartementet (vedlegg til Rundskriv Fst 2/97)

er ikke realistisk å anta at innsatte vil bruke tid på å rense sprøyter og spisser (30-60 minutter), mens de venter på å foreta injeksjon av rusmidlet. Dermed oppfyller tilbudet om tilgjengelig klor/kloramin i praksis ikke kravene til å være et akseptabelt og tilstrekkelig smitteverntiltak. Nåværende ordning er egnet til å skape en falsk trygghet hos innsatte til at deling av sprøyter og spisser kan foregå på en smittesikker måte. Uriktig bruk av rensedmidler med påfølgende injeksjon av klorin/kloramin kan i seg selv være helseskadelig.

Det er ellers kjent fra internasjonal litteratur at uten tilgang til sprøyter og spisser vil innsatte kunne gripe til bruk av selvlaget injeksjonsutstyr (modifisering av kulepenn m.v.) som utgjør helsefare.

En videreføring av dagens ordning gir ingen bedring av mulighetene for kontakt og dialog mellom den rusavhengige og hjelpeapparatet.

## 5.2 Innbytte

En innbytteordning kan betraktes som en naturlig videreføring av dagens gjeldende ordning. Dagens ordning bygger på en erkjennelse av at det foregår injiserende rusmiddelbruk i fengslene. En ordning som pålegger fengselshelsepersonell å bytte brukte sprøyter og spisser med sterile sprøyter og spisser, øker smittevernet for injiserende rusmiddelavhengige innsatte. Ordningen bør begrenses til innbytte av sprøyter som reelt bare kan benyttes én gang ("selvdestruerende" sprøyter).

Dersom sterile sprøyter og spisser bare er tilgjengelige i forbindelse med innbytte og dermed forbeholdt innsatte som har brukt sprøyte/spiss utgjør dette en urimelig og ulogisk forskjellsbehandling av innsatte og oppfyller ikke at alle innsatte har rett til likeverdig helsehjelp og fullverdig smitteforebygging.

## 5.3 Utdeling

Utenfor fengsel er sprøyter og spisser og annet brukerstyr fri salgsvare fra apotek og det er ikke forbundet med straff å være i besittelse av slikt utstyr. En rekke kommuner organiserer utdeling/innbytteordninger på lavterskelnivå for sprøyter, spisser og annet brukerstyr.

Den ordningen som ligger nærmest opp til ordningen i samfunnet for øvrig vil være at fengselshelsepersonell deler ut sterile sprøyter og spisser til innsatte som anmoder om det.

Ordningen bør begrenses til utdeling av sprøyter som reelt bare kan benyttes én gang ("selvdestruerende" sprøyter) og kombineres med et sikkert avfallssystem for innsamling av brukt utstyr

## 5.4 Automater

De fleste fengsler har ikke en tjenesteordning for helsepersonell som tilsier tilstedeværelse av fagutdannet helsepersonell 24 timer i døgnet og alle ukens dager. Det vil kunne oppstå et tidsvindu mellom brukerens erverv av sterilt utstyr og bruken av det. Manglende tilgang til sterile sprøyter og spisser på brukstidspunktet vil kunne svekke smittevernaspektet.

Det vil på den annen side være slik at dersom ordningen begrenses til bruk av automater, oppstår ikke en tilsvarende forebyggende/terapeutisk anledning som når innbytte/utdeling skjer i dialog med helsepersonell.

Noen brukere vil imidlertid sannsynligvis se det som en fordel å ha tilgang til automater siden de vil oppleve en slik ordning som mer anonymisert enn henvendelse til helsepersonell.

Bruk av automater vil kunne være en praktisk ordning til å forsyne den innsatte med utstyr på riktig tidspunkt i forhold til bruken av det. Det kan tenkes en ordning hvor pasienten ved henvendelse til helsepersonell får utlevert f.eks. en pollett som kan utløse en brukerpakning med nødvendig utstyr fra en diskret plassert, men lett tilgjengelig, automat. En slik pollettordning vil også forhindre oppbevaring av sprøyter og spisser (brukte og ubrukte) på cellene. Ordningen bør begrenses til utdeling av sprøyter som reelt bare kan benyttes én gang og kombineres med et sikkert avfallssystem for innsamling av brukt utstyr

## 6. Anbefalinger

### 6.1 Premisser for anbefalingene

Eksisterende ordning for å sikre sterile sprøyter og spisser for innsatte i fengselsanstaltene i Norge sikrer ikke i tilstrekkelig grad mot smitteoverføring og bør således ikke videreføres i sin nåværende form.

Nye faglige retningslinjer må sikre mot smitteoverføring i tråd med norsk smittevern- og pasientrettighetslovgivning, og oppfylle Kriminalomsorgens og fengselshelsetjenestens ledende prinsipp om likeverdighet.

En ordning som sikrer mot smitteoverføring ved å gi innsatte tilgang til sterile sprøyter og spisser må anses som et **helseverntiltak** som må gjennomføres i helsetjenestens regi og gjennomføres av **helsepersonell**, ikke av kriminalomsorgspersonell.

Det at en innsatt kommer til helsepersonell og ber om en ren sprøyte vitner om et tillitsforhold og en åpenhet rundt bruk av rusmidler. Det er vist at når helsepersonell tar initiativ til å snakke med en pasient om rus og avhengighet så er dette av stor betydning i forhold til å starte et endringsarbeid. Selv om det i den aktuelle situasjonen ikke er mulig å komme med raske løsninger eller på kort tid hjelpe den innsatte med å bli rusfri, er det av stor betydning i forhold til motivasjon.

De fleste fengsler har ikke fagutdannet helsepersonell til stede 24 timer i døgnet alle ukens dager. Ordningen bør gi tilgang til rene sprøyter og spisser også til tider da helsepersonell ikke er til stede.

Kriminalomsorgens tilsatte er pålagt å beslaglegge både rent og brukt brukerutstyr. Kriminalomsorgens kontrollrutiner må utformes slik at ordningen med sterile sprøyter kan praktiseres etter hensikten.

## 6.2 Anbefalinger

- Nåværende ordning med klordesinfeksjon for å sikre sterile sprøyter og spisser til innsatte i norske fengsler erstattes av en ordning som minst omfatter innbytte av brukte sprøyter og spisser. Pasienter som ikke er i besittelse av brukte sprøyter og spisser får på anmodning også tidelt slikt utstyr.
- Ordningen gjennomføres av helsepersonell og etableres gjennom nye faglige retningslinjer.
- Når distribusjonen foregår i et møte mellom helsepersonell og rusavhengig, brukes situasjonen til smitteforebyggende og terapeutisk veiledning og rådgivning tilpasset den enkelte rusavhengiges behov og kunnskaper.
- I ordningen distribueres bare sprøyter som ikke kan gjenbrukes (selvdestruerende sprøyter). Distribusjonen kombineres med en effektiv avfallsordning
- For å sikre tilgang til sterile sprøyter og spisser når helsepersonell ikke er til stede, kan distribusjonen organiseres som en pollettordning for bruk i diskret, men lett tilgjengelige sprøyteautomater.
- Ordningen utformes i et lokalt samarbeid med kriminalomsorgen, for å sikre at deres kontrollrutiner utformes slik at hensikten med ordningen med sterile sprøyter kan oppnås.

## 7. Konsekvenser

Innføringen av en ny praksis for å sikre tilgang til sterile sprøyter og spisser for innsatte i fengsel, forutsetter ytterligere arbeid med å

- Sikre kompetanse hos fengselshelsepersonell for at de skal kunne inneha en større og mer aktiv rolle i rådgivning, behandling og omsorg for rusmiddelavhengige pasienter.
- Lage tydelige regler og retningslinjer for hvordan dette skal foregå og beskrive arbeidsfordelingen og samarbeidet mellom kriminalomsorgspersonell og helsepersonell
- Påse at det enkelte fengsel har informasjonsmateriell om ordningen

### 7.1 Konsensus og samarbeide

Erfaring fra utenlandske pilotprosjekter med utdeling/innbytte av sprøyter og spisser tilsier at gjennomføring av en slik ordning må bygge på gjensidig forståelse mellom helsetjenesten og kriminalomsorgen av hverandres plikter og på enighet om respekt for fordelingen av arbeidsoppgaver mellom kriminalomsorgens personell og fengselshelsetjenestens personell.

Innføring av nyordningen forutsetter derfor sentrale og lokale tiltak hvor yrkesgruppene får anledning til å finne frem til de beste, nødvendige lokale tilpasningene til den tilnærmingen som fastsettes som norm for distribuering av sprøyter og spisser.

Dette forutsetter at det avsettes tid og ressurser til å bearbeide de spørsmålsstillinger og bekymringer som kan tenkes å oppstå i begge yrkesgrupper til en nyordning.

### 7.2 Kompetanseheving

En viktig intensjon ved nyordningen er at fengselshelsetjenestepersonellet aktivt utnytter den situasjonen ulevering/innbytte av sprøyter og spisser gir og tar initiativ til å veilede den innsatte og motivere til å søke behandling for det underliggende misbruksproblemet.

For å kunne gjennomføre denne oppgaven på en forsvarlig måte må helsepersonellens kompetanse på individuell kartlegging av rusavhengig og rusbruk økes. Det må investeres tid og ressurser for personelltilgang og kompetanseheving hos fengselshelsetjenestepersonell for at de kan møte denne utfordringen på en aktiv og effektiv måte.

Det er også viktig at fengselshelsepersonellet deltar i samarbeide med både den innsattes fastlege/sosialtjeneste i kommunen og tverrfaglige spesialiserte rusbehandling i

spesialisthelsetjenesten om behandlings- og rehabiliteringstiltak for innsatte rusmiddelavhengige.

Det er behov for at så vel kommunehelsetjenesten som den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingen (spesialisthelsetjenesten) stiller til disposisjon tilstrekkelig personalressurser med kompetanse på rusavhengighet for å oppfylle disse pliktene. Tatt i betraktning at omkring 60 % av de innsatte i fengslene i landet har et selvdefinert rusavhengighetsproblem og at undersøkelser har påvist en betydelig oversykelighet med psykiske lidelser blant innsatte, er det behov for økte ressurser og tilføring av kompetanse på rusavhengighet og psykisk helse hos fengselshelsepersonell så vel som hos kriminalomsorgens personell. Det må investeres tid og ressurser til kompetanseheving hos kriminalomsorgens miljø- og rusomsorgspersonell for å ivareta veiledning og rehabilitering av innsatte med rusavhengighet i tråd med intensjonene i Kriminalomsorgsmeldingen<sup>34</sup>.

### 7.3 Forskning og evaluering

Dersom det innføres en ordning for å sikre innsatte sterile sprøyter og spisser, bør det utarbeides en plan for evaluering av nyordningen. Evalueringen bør omfatte så vel de smittevernmessige som de praktiske virkningene av en nyordning, inklusive akseptabiliteten hos publikum, kriminalomsorgsansatte og fengselshelsepersonell, og så vel rusavhengige som rusfrie innsatte.

Kartlegging av omfanget av pollettutleveringer vil gi økt forståelse av omfanget av innsattes rusavhengigheten.

### 7.4 Økonomi

Kommunehelsetjenesten i kommuner med ansvar for organisering av fengselshelsetjeneste vil som resultat av en nyordning i tråd med ovennevnte forslag bli pålagt ekstrautgifter til

- Sprøyter og spisser ("selvdestruerende" sprøyter)
- Nødvendige personellressurser som sikrer hjelpesøkerne nødvendig rådgivning og behandlingsveiledning
- Kompetanseøkning hos vedkommende fengselshelsetjenestepersonell.

Kriminalomsorgen vil også få ekstrautgifter knyttet til

---

<sup>34</sup> St meld nr 37 (2007-2008) *Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn* (kriminalomsorgsmeldingen)

- Nødvendig kurs og opplæring av kriminalomsorgspersonell i den hensikt å skape forståelse og konsensus om nødvendigheten av sterile sprøyter og spisser som smitteverntiltak også for fengselsinnsatte.

Helsedirektoratet vil få utgifter knyttet til veiledningsmateriell, evalueringsopplegg og forskning.

## 7.5 Lovendringer

Det vil være nødvendig for Kriminalomsorgen å gjennomføre en analyse av hvilke justeringer som blir nødvendig å gjennomføre i Straffegjennomføringsloven m.v. for å legge forholdene til rette for at visiterings- og inndragningsreglene i fengslene ikke underminerer hensikten med nyordningen (f eks at inndragning forbeholdes brukte sprøyter og spisser og at sterile sprøyter og spisser ikke inndras i tidsrommet mellom erverv av utstyr og bruk).



FENGSELSSTYRET

RUNDSKRIV Fst 2/97

Jnr. 96/94 634 JBj/sp 04.07.1997

Fengselsdirektøren (KIA/KRUS)  
Kontorsjefen (KIF)

### **TILGJENGELIGHET AV DESINFEKSJONSVÆSKE FOR INNSATTE**

I brev til direktørene av 23.11.94 og i rundskriv Fst 4/96, gitt 18.12.96, har Fengselsstyret gitt pålegg om at klorin som et smitteforebyggende middel skal være tilgjengelig for innsatte.

I vedlagte brev av 28.1.97 har Statens Helsetilsyn anbefalt kloramin som alternativ til klorin for innsatte i fengsler. Helsetilsynet opprettholder anbefalingen om klorin utenfor fengslene. Vi viser til brevet, se særlig side 2 og 3 hvor ulike aktuelle desinfeksjonsvæsker, virketider m.v. nærmere er omtalt. Spørsmålet ble for øvrig drøftet i landskonferansen for fengselshelsetjenesten 28. og 29. april d.å. i regi av Statens helsetilsyn samt i møte mellom Statens helsetilsyn og Fengselsstyret den 3.6.97.

I tråd med helsetilsynets nye anbefaling, kan kloramin benyttes som alternativ for klorin dersom direktøren finner det hensiktsmessig. Vi gjør oppmerksom på at helsetilsynet har påpekt som viktig at de anstalter som tilbyr kloramin som alternativ til klorin, også benytter kloramin som standard desinfeksjonsmiddel. For øvrig finner Fengselsstyret grunn til å påpeke at virketiden for kloramin er opplyst å være 60 minutter, mens tilsvarende tid for klorin er 5 minutter. Dette forhold bør det tas hensyn til ved valg av desinfeksjonsmiddel.

Som tillegg til direktiv gitt i rundskriv Fst 4/96 skal etter dette følgende gjelde :

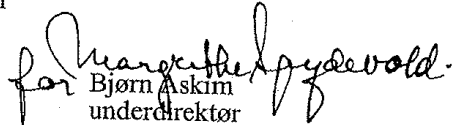
1. Som et smitteforebyggende tiltak skal klorin, eventuelt kloramin være tilgjengelig for innsatte, jfr. brev datert 28.1.97 fra Statens helsetilsyn. Andre klorholdige produkter eller andre typer desinfeksjonsvæsker eller -preparater godtas ikke.

- 2 Klorin, eventuelt kloramin, skal være tilgjengelig i ren (ikke utvannet) form. Klorin/kloramin bør primært være lett tilgjengelig i porsjonspakninger, som også tillates oppbevart på cellene. Subsidiært bør klorin/kloramin være tilgjengelig i avdelingene, eventuelt via ganggutt.
3. Pålegget gjelder som tidligere anført samtlige anstaltkategorier, også frigangshjem og hybelhus tilknyttet kriminalomsorg i frihet.

Det tilligger for øvrig direktørens/kontorsjefens ansvarsområde å bestemme nærmere på hvilken måte tilgjengeligheten av desinfeksjonsvæske ellers bør være.

Etter fullmakt

  
Bernt Bahr  
avdelingsdirektør

  
Bjørn Askim  
underdirektør

Vedlegg: Brev av 28.01.97 fra Statens helsetilsyn

Saksbehandler:  
Johnny Bjørkli  
førstekonsulent

Kopi til :  
-Statens helsetilsyn  
-Sosial- og helsedepartementet  
-Statens institutt for folkehelse  
-Norsk fengselstjenestemannsforbund



JUSTISDEPARTEMENTET  
KRIMINALPOLISAVD. -- D

## STATENS HELSETILSYN

KONTOR: CALMEYERS GATE 1 - TELEFONER 22 24 88 88 22 24 90 90 - TELEFAKS 22 24 95 90

POSTADRESSE: POSTBOKS 8128 DEP, 0032 OSLO

SNR:

96/94

JR:

19

Det kgl. justisdepartement

Postboks 8005 Dep  
0030 Oslo

DERES REF.  
96/00094 D 634

VÅR REF. (BES OPPGITT VED SVAR)  
94/7890 5 SEE/-

DATO  
28. januar 1997

### TILGJENGELIGHET AV MIDLER FOR RENSING AV SPRØYTER FOR FENGSELSINNSATTE

Det vises til tidligere brevveksling om saken og til Fengselstyrets rundskriv Fst 4/96.

Statens helsetilsyn har foretatt en litteraturgjennomgang for å avklare fordeler og ulemper ved forskjellige alternativer for rengjøring av sprøyter som brukes av sprøytemisbrukere. Det er også avholdt et konsensusmøte med deltakelse av utvalgte eksperter i hygiene og smittevern, hivforebygging og -behandling, stoffmisbrukerproblematikk og fengselshelsetjenste for å avklare hvilke(t) middel som er mest tjenlig til bruk i fengselsinstitusjoner.

Det var i gruppen en enighet om at rene sprøyter er et hovedvirkemiddel i forebyggingsstrategien mot blodsmitte (hiv og hepatitt) blant stoffmisbrukere. Helsemyndighetene har tatt konsekvensen av dette ved å øke tilgjengeligheten til sprøyter i samfunnet, i tillegg til at sprøyter er fri handelsvare og at det ikke er ulovlig å inneha eller oppbevare sprøyter. Det er likeledes bakgrunnen for at flere kommuner deler ut rene sprøyter gratis eller har etablert innbytteordninger for brukte sprøyter. I enkelte andre europeiske land som Sveits, Østerrike og Nederland, samt enkelte delstater i Tyskland er konsekvensen at fengselsinnsatte har tilgang til rene sprøyter, enten ved utdeling, innbytte hos helsepersonell eller i oppsatte automater, diskret plassert.

Bruk av felles sprøyte etter rensing er i visse situasjoner et pragmatisk/praktisk alternativ til fri sprøyte tilgang som innebærer en viss (reduert, men ikke eliminert) risiko for smitte selv etter mønstergyldig rensing og desinfeksjon. Skylling med romtemperert vann gir i seg selv en renseeffekt (som svekkes ved bruk av kaldt eller av varmt vann p.g.a koaguleringsfare), men bør suppleres med bruk av desinfeksjonsmiddel.

#### *Aktuelle desinfiserende stoffer*

Stoffene som ble vurdert i møtet som alternative stoffer for sprøyterensing og -desinfeksjon var kloramin, husholdningsklorin, «Virkon» og kiordioksyd. Alle stoffene

er brukt i forbindelse med blodsmitte og har effekt mot hiv, hepatitt B og C. Kriteriene de ble vurdert i forhold til, var effekt, virketid, toksisitet og «compliance», dvs. muligheter til og mulige fordeler og hindringer for riktig bruk i innsattes egne hender.

Kloramin og husholdningsklorin er de desinfiserende stoffene som klart skilte seg ut som mest anvendbare i en videre strategi for rensing av sprøyter. I det videre vil vi særlig belyse disse stoffenes egenskaper.

### **Klorin**

Klorin er et godt desinfiserende stoff i forhold til blodsmitte. Det inneholder 4% klor, og er derved relativt konsentrert, med et stort antall frie radikaler/klor-ioner (= aktiv ingrediens i oppløsningen) fra første øyeblikk. Oppløsningen er ikke stabil og klorinnholdet faller over tid. Det høye antall frie radikaler er gunstig og virketiden kan derfor være relativt kort 30 sek - 5 minutter for hiv. I forhold til hepatitt B og C er en anbefalt virketid på 30 minutter tilstrekkelig. *Helsetilsynet har i tidligere utgitte retningslinjer anbefalt 5 minutter virketid.*

Tilgjengeligheten av klorin er god i samfunnet da klorin selges i de aller fleste nærbutikker, supermarkeder osv. God tilgjengelighet og kort virketid vil sannsynlig gi god «compliance». Klorin kan føre til etseskader ved sprut på hud og slimhud. Etseffekten ved sprut i øynene kan være betydelig med hensyn til smerter, men det kjennes ikke til at etseskader forårsaket av klorin eller tilsvarende væsker har vært årsak til blindhet. Trolig vil man heller ikke få alvorlig helseskade av klorin gitt intravenøs i de mengdene det her er snakk om. Det nevnes at det kan oppstå en forbigående chloridose uten helsemessig betydning. (En rapport nevner, som bevis for på klorinens biologiske «ufarlighetsgrad», at en person satte et klorin-klyster på seg selv etter ubeskyttet analsex uten skadelig effekt.)

Ved gjennomgang av den internasjonale medisinske litteraturen finner man ingen referanser til at klorin-lignende væsker har vært brukt som angrepsvåpen, heller ikke i fengsler eller andre former for lukkede anstalter..

### **Kloramin.**

Kloramin inneholder 1,25% klor, og avgir frie radikaler/klor-ioner over tid. Virketiden for kloramin er satt til 60 minutter for desinfeksjon av hiv, hepatitt B og C virus. Kloramin er mer stabil enn klorin. Kloramin fås kjøpt i enkelte forretninger, men distribusjon skjer i hovedsak til institusjoner direkte fra storforhandlere. Kloramin gir ikke lokalirritasjon eller etseskader. Intravenøs injeksjon i de mengder det måtte være tale om, er ikke helseskadelig. Kloramin brukes i dag rutinemessige i de fleste helseinstitusjoner til rengjøring og desinfeksjon

#### *Andre aspekter ved valg av desinfeksjonsmiddel.*

Vi har merket oss den redsel for helseskade bruk av klorin som desinfeksjonsmiddel til rengjøring av sprøyter til de innsatte, har medført i fengslene. Det har vært en frykt for at klorin skal brukes som våpen. *Vi anbefaler derfor kloramin som alternativ til klorin i fengslene som ledd i arbeidet for å sikre at alle fengsler faktisk tilbyr de innsatte denne formen for risikoreduksjon.*

Det har vært reist som en innvending mot klorin-bruk at den sterkere og mer vedvarende lukt som klorin fører med seg i forhold til kloramin er mer kamuflerende for

hunders evne til å oppfatte lukten av narkotiske stoffer. Det er ingen belegg for at påstanden medfører riktighet, men vi vil undersøke den nærmere.

På den annen side er det også påstått at kraftig og vedvarende klorinlukt vil kunne påvirke «compliance» på en negativ måte, fordi den innsatte vil være redd for de ansattes reaksjon på slik lukt i cellen. Vi legger i den forbindelse vekt på at det middel som brukes til sprøytedesinfeksjon bør være det samme som det middel som brukes til vask og desinfeksjon i anstalten i sin alminnelighet. Vi antar at dette også være medvirkende til å øke tilgjengeligheten av midler til sprøytedesinfeksjonsbruk.

I forbindelse med intravenøs. stoffmisbruk og deling av sprøyter er tidsfaktoren viktig og dårlig tid til desinfisering av sprøyten et problem. Som ovenfor nevnt er virketiden for kloramin 60 minutter og desinfeksjon av sprøyten derfor må skje mer planlagt for kloramins vedkommende enn ved bruk av klorin.

Helsetilsynet opprettholder anbefalingen om bruk av klorin utenfor fengslene da dette midler er lettest tilgjengelig og har kortest virketid for hiv. *Vi anbefaler kloramin som alternativ til klorin i fengslene.* Det er i tilfelle viktig, i de fengsler der kloramin tilbys som substitutt for klorin, at kloramin brukes som standard desinfeksjonsmiddel slik at dette stoffet er lett tilgjengelig.

Ved innsetting i fengsel er det viktig at det informeres om de to mulige desinfeksjonsmåtene og om praksis i det aktuelle fengselet. Det må, i tilfelle, presiseres at kloramin har en 60 minutters virketid for at full effekt skal oppnås.

Statens helsetilsyn er fortsatt av den mening at bekjempelse av narkotika og hindring av smittespredning blant sprøytebrukere begge er nødvendige og høyverdige målsetninger. Vi tror fortsatt at samfunnet ved å gi praktisk uttrykk for ønsket om å verne de innsattes helse mot en dødelig sykdom ved informasjon om riktig sprøyterensing, samtidig kan gi uttrykk for at bekjempelse av narkotika er et godt og prioritert formål på linje med (og ikke underordnet) smittevern. De fleste mennesker klarer å skille mellom disse to likeverdige formålene, og forstår at de må balanseres mot hverandre. Jfr også fengselsdirektør Bjørn Krogsruds artikkel i «ØSTRE» NR3-96.

På den annen side er vi klar over at de tiltak som gjennomføres, vanskelig kan settes i verk dersom det ytes direkte motstand fra tjenestefolk i fengselsvesenet. Det er særlig viktig at fengselshelsepersonell er riktig informert om begrunnelse og bakgrunn for sprøyterensing som smitteverntiltak. De skal i sin tur kunne fungere som kunnskapskilder både for innsatte og ansatte. Vi ønsker derfor å intensivere arbeidet med å lære fengselshelsetjenestens ansatte opp om stoff- og sprøytemisbruksrelaterte arbeidsoppgaver. Således vil smittevern og miljørettet helsevern være hovedtemaer ved den konferansen for personell i fengselshelsetjenesten som Helsetilsynet planlegger for 28.-29. april d.å.

Hele sprøytedesinfeksjonsstrategien bygger på et prinsipp om hjelp til selvhjelp. Vi har derfor under utarbeidelse en brosjyre om desinfeksjon av sprøyter i og utenfor fengsler. Før denne brosjyren går i trykket og blir offentliggjort, vil den bli undergitt en «høringsrunde» som vil omfatte de forskjellige interessentene i og utenfor helsetjenesten. Vi overveier også å komponere en standardpakke for

sprøytedesinfeksjon, på linje med de som brukes bl.a. i fengselsvesenet i Sveitt, til utdeling ved innsetting i fengsel.

Med hilsen

Berit Olsen e.f.  
avdelingsdirektør

Svein-Erik Ekeid  
rådgiver

Gjenpart: Sosial- og helsedepartementet  
Statens institutt for folkehelse  
Rusmiddeldirektoratet  
Direktoratet for arbeidstilsynet  
Landets fylkesleger  
Landets kommuner med fengsel  
Norsk fengselstjenestemannsforbund  
KROM

Saksbehandler: Svein-Erik Ekeid, tlf.: 22 24 88 34