

FAUSKE KOMMUNE

Møteinnkalling for Helse- og omsorgsutvalg

Tid: 19.02.2020 kl.: 08:00 - 16:00
Sted: Rådhuset, formannskapssalen

Eventuelle forfall meldes på telefon 75 60 40 20

Varamedlemmer møter etter nærmere avtale.

Vi ber om at sakspapirer ikke kastes etter møte, da møteprotokoll fra møtet kun vil inneholde innstilling og vedtak i sakene.

Merknader til møtet:

Orientering fra Gode Øyeblikk kl. 09.00.

Orientering ang. sykefraværsoppfølging.

Orientering ang. tildeling av institusjonsplasser og søknader til hjemmeboende.

Statusoppdatering omorgansiering i pleie og omsorg

SAKSLISTE: - MØTE NR 1/2020

Sak nr.	Sakstittel	
001/20	Godkjenning av møtebok	
002/20	Referatsaker i perioden	
003/20	Demensplan 2020 - 2026 for Fauske kommune	
004/20	Behandling av klage vedrørende tildeling av driftstilskudd for fysioterapeut	Unntatt offentlighet

Fauske, 07.02.20

Veronika I. Ormåsen
Utvalgsleder

FAUSKE KOMMUNE

SAKSPAPIR

	JournalpostID: 19/18928	
	Arkiv sakID.: 19/3151	Saksbehandler: Berit Vestvann Johnsen
Sak nr.		Dato
001/20	Helse- og omsorgsutvalg	19.02.2020

Godkjenning av møtebok

Rådmannens forslag til vedtak:

Møtebok nr. 5/2019 godkjennes.

Vedlegg:

20.11.2019

Protokoll - Helse- og omsorgsutvalg - 20.11.2019

1427291

Geir Mikkelsen
rådmann

Helse- og omsorgsutvalg

Møtedato: 20.11.2019	Fra kl. 10:00	Til behandling: Sakene
Møte nr: 5/2019	Til kl. 14:30	Møtested: Rådhuset, formannskapssalen

TILSTEDE PÅ MØTET:**Medlemmer**

	Parti
Ari Christian Tollånes	H
Per Kristen Løkås	H
Veronika I. Ormåsen	SP
Ole Tobias Orvin	SV

Varamedlemmer

	Parti
John-Harald Løkås	AP

Andre:

Berit Vestvann Johnsen
Elisabeth Larsen
Hilde Christine Sørensen
Nils-Are Johnsplass

Møtenotater:

Det var ingen merknader til innkalling.

Merknader til dagorden:

- Ole Tobias Orvin (SV):
Ber om at utvalget starter møtene tidligere
- Utvalget ble enige om å starte møtene kl. 08.00.

Dagorden med merknader ble enstemmig godkjent.

Orienteringer fra rådmannen:

Sykefravær v/kommunalsjef

Høyt i hjemmetjenesten opp mot 18 %. Er nå nede i underkant av 14 %. Noen av årsakene kan være lokalene og sammeslåing av 2 enheter.

Enhet helse har et snitt på 6,6 %.

Er på rett vei. Er med i flere prosjekter.

Statlig finansiert eldreomsorg v/kommunalsjef

Oppfordret å se på. Staten kommer inn og drifter. Prøveprosjektet har vart i 2 år og skal utvides i 2 år til. Tildeling av tjenester som størst endring - faglig skjønn. Har snakket med 3 av 6 kommuner som er med i prosjektet. Skal utvidet til 12 kommuner. Frist for søknad i februar.

Omstillingsprosess - Status v/kommunalsjef

Reduksjon av nattevakter som følge av samlokalisering. Pav. 9 er flyttet inn på helsetunet 2. Er ikke kommet i mål med Moveien som avlasningsplass. Korttidsavdelingen er flyttet fra

helsetunet 1 til Buen.

Budsjett 2020 v/økonomisjef

UNDERSKRIFTER:

Vi bekrefter med våre underskrifter at møteboken er ført i samsvar med det som ble bestemt på møtet:

Fauske 20.11.19

Berit Vestvann Johnsen
formannskapssekretær

Veronika I. Ormåsen
utvalgsleder

representant

representant

Protokollen er godkjent av helse- og omsorgsutvalget i møte nr

den

Saksliste

Saksnr.	Sakstittel
014/19	Godkjenning av møtebok
015/19	Referatsaker i perioden
016/19	Betalingsregulativ 2020
017/19	Temaplan for rus og psykisk helse 2020 - 2024

014/19: Godkjenning av møtebok

Rådmannens forslag til vedtak:

Møtebok nr. 4/2019 godkjennes.

Helse- og omsorgsutvalg 20.11.2019:

Behandling:

Rådmannens forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

HEOM- 014/19 Vedtak:

Vedtak:

Møtebok nr. 4/2019 godkjennes.

015/19: Referatsaker i perioden

Rådmannens forslag til vedtak:

Dokumentene tas til orientering.

Helse- og omsorgsutvalg 20.11.2019:

Behandling:

Rådmannens forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

HEOM- 015/19 Vedtak:

Vedtak:

Dokumentene tas til orientering.

016/19: Betalingsregulativ 2020

Rådmannens forslag til innstilling:

Kommunestyret vedtar betalingsregulativ 2020 for Fauske kommune.

Helse- og omsorgsutvalg 20.11.2019:

Behandling:

Rådmannens forslag til innstilling ble enstemmig vedtatt.

HEOM- 016/19 Vedtak:

Innstilling til formannskapet:

Kommunestyret vedtar betalingsregulativ 2020 for Fauske kommune.

017/19: Temaplan for rus og psykisk helse 2020 - 2024

Rådmannens forslag til vedtak:

Helse- og omsorgsutvalget vedtar å legge ut forslag til Temaplan for rus og psykisk helse 2020 – 2024 på høring og offentlig ettersyn med frist på 6 uker.

Helse- og omsorgsutvalg 20.11.2019:

Behandling:

Enhetsleder helse orienterte.

Rådmannens forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

HEOM- 017/19 Vedtak:

Vedtak:

Helse- og omsorgsutvalget vedtar å legge ut forslag til Temaplan for rus og psykisk helse 2020 – 2024 på høring og offentlig ettersyn med frist på 6 uker.

FAUSKE KOMMUNE

SAKSPAPIR

	JournalpostID: 20/2108	
	Arkiv sakID.: 19/3151	Saksbehandler: Berit Vestvann Johnsen
Sak nr.		Dato
002/20	Helse- og omsorgsutvalg	19.02.2020

Referatsaker i perioden

Rådmannens forslag til vedtak:

Dokumentene tas til orientering.

Underliggende saker:

1, Erfaringer fra Tildelingskontoret november/desember 2019

2, Henvendesle til brukerutvalget v/ Nordlandssykehuset Bodø vedrørende Hørselshemmede i Indre Salten

3, Høring av rusreformutvalgets innstilling NOU 2019:26 - Fra straff til hjelp - Høringsfrist 020420

Geir Mikkelsen
rådmann

Erfaringer fra tildelings- kontoret, november/desember 2019.

Antall dobbeltrom på langtidsavdelinger pr. 31.12.2019= 0

Antall ektefellerom på langtidsavdelinger = 0

Mnd. 2019	Utskrivningsklare pasienter	Utskrivningsklare overligger døgn	Pasienter Somatikk	Pasienter psykiatri	Betaling
Januar	52	2	2	0	9 494
Februar	60	7	3	0	33 229
Mars	66	24	9	0	113 928
April	56	15	5	1	73 275
Mai	67	25	11	1	122 125
Juni	48	26	10	1	127 010
Juli	58	50	13	0	244 250
August	50	16	4	0	78 160
September	55	16	8	1	78 160
Oktober	62	53	16	0	258 900
November	77	24	9	0	117 240
Desember	46	16	5	0	78 160

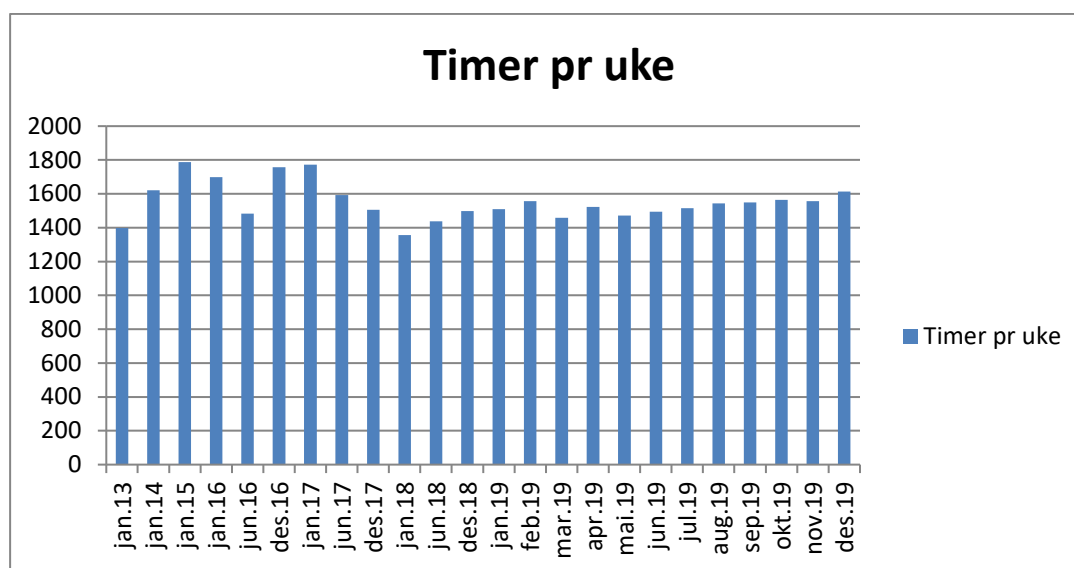
Plass-situasjon:	30.09.2019	31.10.2019	30.11.2019	31.12.2019
Nordlandssykehuset- på vent på korttidsplass	1	3	2	0
Hjemmeboende- ant. søkere korttidsplass	2	2	2	1
Hjemmeboende- antall søkere avlastning	5	2	2	3
Søkere langtidsplass	11	8	10	12
Innvilget langtidsplass, på vent, hjemme	0	0	0	0
Innvilget langtidsplass- på vent, korttidsavdeling	1	0	1	0

Saksopplysninger plass-tildeling 2019

Langtidsplasser innvilget	2	5	1	3	0	3	0	0	3	2	2	1
	Jan	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Des.
Langtidsplasser avslått	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0

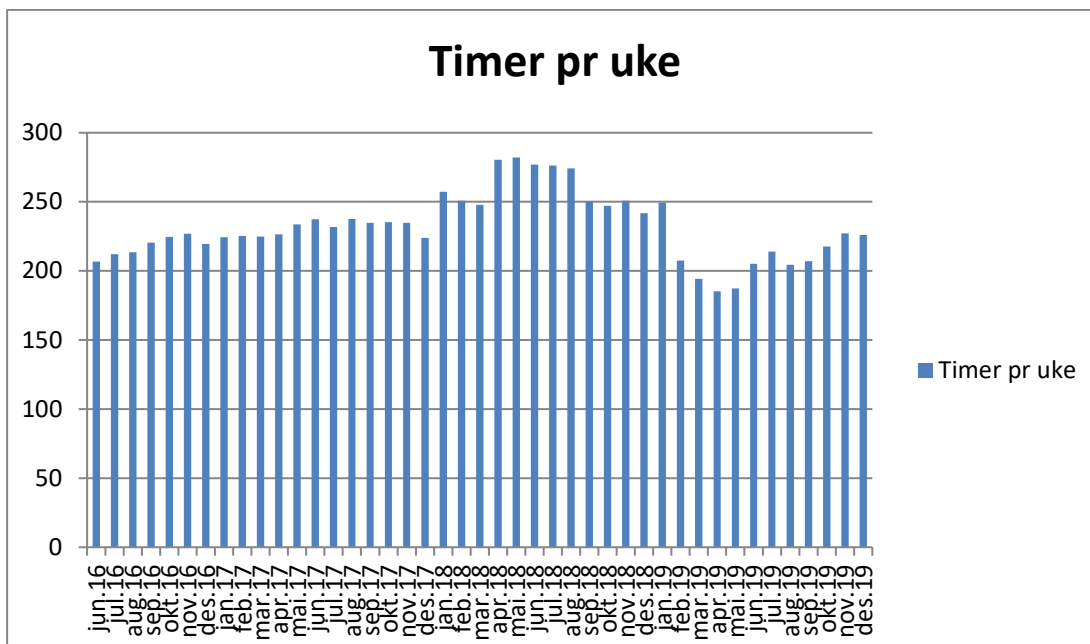
Tildelte timer i hjemmetjenesten og Paviljongene

pr. 31.01 2012: 1247,62 timer pr. uke
 pr. 31.01 2013: 1398,29 timer pr. uke
 pr. 31.01 2014: 1621,28 timer pr. uke
 pr. 31.01 2015: 1787,51 timer pr. uke
 pr. 31.01 2016: 1697,74 timer pr. uke
 pr. 31.01 2017: 1771,8 timer pr. uke
 pr. 31.01 2018: 1356,02 timer pr. uke
 pr. 30. 06 2018: 1437,10 timer pr. uke
 pr. 31.12.2018: 1498,39 timer pr. uke
 pr. 31.01.2019: 1509,45 timer pr. uke
 pr. 28.02.2019: 1556,74 timer pr.uke
 pr. 31.03.2019: 1457,81 timer pr. uke
 pr. 30.04.2019:1522,22 timer pr. uke
 pr. 31.05.2019: 1472,2 timer pr. uke
 pr. 30.06.2019: 1494,95 timer pr.uke
 pr. 31.07.2019: 1515,62 timer pr. uke
 pr. 31.08.2019: 1543,95 timer pr.uke
 pr. 30.09.2019: 1549,59 timer pr. uke
 pr. 31.10.2019: 1564,29 timer pr. uke
 pr. 30.11.2019: 1556,57 timer pr. uke
 pr. 31.12.2019: 1613,34 timer pr. uke



Tildelte timer rus/psykisk helse:

pr. 30.06 2016: 220,39 timer pr. uke
pr. 31.12 2016: 224 timer pr. uke
pr. 31.01 2017: 226,46 timer pr. uke
pr. 31.06 2017: 234,74 timer pr. uke
pr. 31.12 2017: 247 timer pr. uke
pr. 31.01 2018: 280,52 timer pr. uke
pr. 30.06.2018: 250,12 timer pr. uke
pr. 31.12.2018: 194,27 timer pr. uke
pr. 31.01.2019: 185,34 timer pr. uke
pr. 28.02.2019: 187,24 timer pr uke
pr. 31.03.2019: 205,18 timer pr. uke
pr. 30.04.2019: 213,93 timer pr. uke
pr. 31.05.2019: 204,35 timer pr. uke
pr. 30.06.2019: 207,02 timer pr. uke
pr. 31.07.2019: 217,75 timer pr. uke
pr. 31.08.2019: 227,13 timer pr. uke
pr. 30.09.2019: 226,04 timer pr. uke
pr. 31.10.2019: 225,13 timer pr. uke
pr.30.11.2019: 219,13 timer pr. uke
pr.31.12.2019: 228,93 timer pr. uke



Tildelingskontoret, 06.01.2020

Nordlandssykehuset HF
Postboks 1480
8092 BODØ

Henvendesle til brukerutvalget v/ Nordlandssykehuset Bodø vedrørende Hørselshemmede i Indre Salten

Eldrerådet- 013/19, har i møte 28.10.2019 fattet følgende vedtak i saken:

Vedtak:

Hørselshemmede i Indre Salten

Eldrerådet i Fauske har gjennom et møte med Hørselshemmedes landsforbund (HLF) avd. Indre Salten, fått en orientering angående anskaffelse, registrering og justering av høreapparat.

I Indre Salten er det i dag mange mennesker som er avhengi av høreapparat. HLF avd. Indre Salten, som består av kommunene Beiarn, Saltdal, Fauske og Sørfold, har per i dag 419 medlemmer, i tillegg er det nok flere hørselshemmede som ikke er medlemmer i forbundet.

Er du hørselshemmede og trenger høreapparat er prosedyren som følger:

Først må du bestille time hos din fastlege, som igjen henviser til audiograf ved Nordlandssykehuset Bodø for test og bestilling av egnet utstyr. Når apparatet er ankommet må du tilbake for registrering og justering av apparatet. Du går så inn i en prøveperiode, som for de aller fleste betyr enda en tur til audiografen i Bodø for finjustering.

Proessen med å få riktig høreapparat, og få det riktig justert, er derfor for mange en stor utfordring - spesielt for de eldre som ikke har eget transportmiddel.

Tar man utgangspunkt i ovenstående, er det mange og lange turer til Audiografen i Bodø for de som bor i Indre Salten. Det er to til tre måneders ventetid til audiografen, som gjør anskaffelsen av et høreapparat til en krevende prosess.

Eldrerådet i Fauske vil henlede oppmerksomheten til både utfordringen med alle reisene til og fra Bodø, ventetiden, og den økonomiske belastningen for hver enkelt, samt den miljøbelastningen all denne reisingen forårsaker, og som bidrar til dårlig samfunnsøkonomi.

Eldrerådet i Fauske vil derfor be Brukerutvalget ved Nordlandssykehuset vurdere å etablere en hørselssentral i Indre Salten, der Audiografen har sine faste kontordager, og samtidig vurdere å fremme saken for Nordlandssykehuset HF.

Vennlig hilsen
Andreas Moan
Leder for Eldrerådet, Fauske kommune

Med vennlig hilsen

Monica Johansen
Møtesekretær

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikke underskrift.

Kopi til			
Beiarn kommune	Kommunehuset	8110	MOLDJORD
Hamarøy kommune	Kommunehuset	8294	HAMARØY
HLF Indre Salten v/ Ulf Moland			
Saltdal kommune	Kirkegata 23	8250	ROGNAN
Steigen kommune	Rådhuset	8283	LEINESFJORD
Sørfold kommune	Rådhuset	8226	STRAUMEN



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Deres ref

Vår ref

Dato

19/5298-

19. desember 2019

Høringsbrev - Rusreformutvalgets innstilling NOU 2019:26

Helse- og omsorgsdepartementet sender på høring rusreformutvalgets innstilling NOU 2019:26 - Fra straff til hjelp.

Departementet ber om merknader **innen 2. april 2020**.

Høringsuttalelsene sendes fortrinnsvis digitalt gjennom departementets side for høringer:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---rusreform-fra-strauff-til-hjelp/id2683686/>

Det er mulig å registrere seg, mellomlagre svaret og laste opp vedlegg. Det er også anledning til å sende høringssvar uten å registrere seg. Alle kan avgi høringsuttalelser.

Høringsinstansene bes om å vurdere om høringsnotatet bør sendes til underliggende etater eller virksomheter, tilknyttede virksomheter, medlemmer e.l. Uttalelser er som hovedregel offentlige etter offentlighetsloven, og vil bli publisert.

Med hilsen

Øystein Gjeset Ellingsen (e.f.)
avdelingsdirektør

Per Gunnar Dahl
seniorrådgiver

Postadresse
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo
postmottak@hod.dep.no

Kontoradresse
Teatergt. 9
www.hod.dep.no

Telefon*
22 24 90 90
Org.nr.
983 887 406

Avdeling
Primærhelsetjenesteavdelingen

Saksbehandler
Per Gunnar Dahl
22 24 87 31

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer

Fra: Postmottak HOD <postmottak@hod.dep.no>
Sendt: torsdag 19. desember 2019 13.41
Emne: Høring NOU 2019:26 - Fra straff til hjelp
Vedlegg: Høringsbrev.pdf; NOU 2019 26 Rusreform - fra straff til hjelp.pdf;
Høringsinstanser.pdf

Høringsbrev om NOU 2019:26 - Fra straff til hjelp finner du på [regjeringen.no](https://www.regjeringen.no).

Høringsfrist 2. april 2020.

Departementet ber om at høringsuttalelser blir gitt digitalt via [høringen](#) som du finner her.

Denne meldingen er sendt til:

- Se egen liste

Adressatene bes videresende til underliggende etater, avdelinger el underforeninger iflg liste over høringsinstanser.

Med vennlig hilsen
Helse- og omsorgsdepartementet
postmottak@hod.dep.no

NOU

Norges offentlige utredninger **2019:26**

Rusreform – fra straff til hjelp

Norges offentlige utredninger 2019

Seriens redaksjon:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Teknisk redaksjon

- | | |
|---|--|
| 1. Overtakelsestilbud (frivillig og pliktig tilbud)
<i>Finansdepartementet</i> | 14. Tvangsbegrensningsloven
<i>Helse- og omsorgsdepartementet</i> |
| 2. Fremtidige kompetansebehov II
<i>Kunnskapsdepartementet</i> | 15. Skatterådgiveres opplysningsplikt og taushetsplikt
<i>Finansdepartementet</i> |
| 3. Nye sjanser – bedre læring
<i>Kunnskapsdepartementet</i> | 16. Skattlegging av vannkraftverk
<i>Finansdepartementet</i> |
| 4. Organisering av norsk naturskadeforsikring
<i>Justis- og beredskapsdepartementet</i> | 17. Domstolstruktur
<i>Justis- og beredskapsdepartementet</i> |
| 5. Ny forvaltningslov
<i>Justis- og beredskapsdepartementet</i> | 18. Skattlegging av havbruksvirksomhet
<i>Finansdepartementet</i> |
| 6. Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2019
<i>Arbeids- og sosialdepartementet</i> | 19. Jenterom, gutterom og mulighetsrom
<i>Kulturdepartementet</i> |
| 7. Arbeid og inntektssikring
<i>Arbeids- og sosialdepartementet</i> | 20. En styrket familietjeneste
<i>Barne- og familiedepartementet</i> |
| 8. Særavgiftene på sjokolade- og sukkerverer og alkoholfrie drikkevarer
<i>Finansdepartementet</i> | 21. Framtidens fiskerikontroll
<i>Nærings- og fiskeridepartementet</i> |
| 9. Fra kalveskinn til datasjø
<i>Kulturdepartementet</i> | 22. Fra statussymbol til allemannseie – norsk luftfart i forandring
<i>Samferdselsdepartementet</i> |
| 10. Åpenhet i grenseland
<i>Helse- og omsorgsdepartementet</i> | 23. Ny opplæringslov
<i>Kunnskapsdepartementet</i> |
| 11. Enklere merverdiavgift med én sats
<i>Finansdepartementet</i> | 24. Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak
<i>Helse- og omsorgsdepartementet</i> |
| 12. Lærekraftig utvikling
<i>Kunnskapsdepartementet</i> | 25. Med rett til å mestre
<i>Kunnskapsdepartementet</i> |
| 13. Når krisen inntreffer
<i>Justis- og beredskapsdepartementet</i> | 26. Rusreform – fra straff til hjelp
<i>Helse- og omsorgsdepartementet</i> |

Rusreform – fra straff til hjelp

Utredning fra Rusreformutvalget oppnevnt ved kongelig resolusjon 23. mars 2018.
Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet
19. desember 2019.

ISSN 0333-2306
ISBN 978-82-583-1433-9

DepMedia AS

Til Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet

Rusreformutvalget ble oppnevnt ved kongelig resolusjon 23. mars 2018 for å «forberede gjennomføringen av regjeringens rusreform der ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til egen bruk overføres fra justissektoren til helsetjenesten». Utvalget avgir med dette sin utredning med utkast til lovendringer. Utredningen er ikke enstemmig idet utvalgsmedlem Rune Solberg Swahn prinsipielt dissenterer, men han slutter seg subsidiært i det vesentlige til flertallets forslag. Dessuten dissenterer utvalgsmedlemmene Swahn og Trine Funder Amundal hva gjelder hvilken øvre mengdegrense for straffrihet som skal gjelde for enkelte typer narkotika.

Oslo, 19. desember 2019

Runar Torgersen
(leder)

Henriette Sinding Aasen	Trine Funder Amundal	Kenneth Arctander Johansen
Moses Deyegbe Kuvoame	Mona Michalsen	Sverre Martin Nesvåg
Rune Solberg Swahn	Anne Helene Fraas Tveit	Wibecke Årst

Tore Sørensen
(sekretariatsleder)

Ingrid Rindal Lundeberg

Alf Butenschøn Skre

Forkortelser

AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
Akan	Arbeidslivets kompetansesenter for rus og avhengighetsproblematikk
AVdir	Arbeids- og velferdsdirektoratet
Bufdir	Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet
BUP	Psykisk helsevern for barn og unge (barne- og ungdomspsykiatri)
CDT	Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (Portugals nemnder for frarådning av narkotikabruk)
CEB	Chief Executives Board for Coordination
CESCR	Committee on Economic, Social and Cultural Rights (FNs komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter)
CND	The Commission on Narcotic Drugs (FNs kommisjon for narkotiske stoffer)
CRC	Committee on the Rights of the Child
Difi	Direktoratet for forvaltning og ikt
ECOSOC	Economic and Social Council (FNs økonomiske og sosiale råd)
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Europeisk overvåkings-senter for narkotika og narkotikamisbruk)
EMD	Den europeiske menneskerettighetsdomstolen
EMK	Konvensjon om beskyttelse av menneskerettighetene og de grunnleggende friheter (Den europeiske menneskerettighetskonvensjon)
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
EU	Den europeiske union
Fafo	Fagbevegelsens senter for forskning, utredning og dokumentasjon
FHI	Folkehelseinstituttet
FN	De forente nasjoner
GHB	gammahydroksybutyrat
HF	helseforetak
ICD	International Classification of Diseases (Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer)
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência (Portugals institutt for narkotika og rus-avhengighet)
ILO	International Labour Organization (Den internasjonale arbeidsorganisasjonen)
IMoLIN	International Money Laundering Information Network
IP	Individuell plan
KDI	Kriminalomsorgsdirektoratet
KORFOR	Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest
KoRus	Regionale kompetansesentre – Rus

KRUS	Kriminalomsorgens høyskole og utdanningscenter
LAR	legemiddelassistert rehabilitering
LNTS	League of Nations Treaty Series
MDMA	3,4-metylendioksymetamfetamin
MI	motiverende intervju
NA	Narcotics Anonymous
NAKU	Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming
NAPHA	Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid i kommunene
ND	Narkotikaprogram med domstolskontroll
NIBR	Norsk institutt for by- og regionforskning
NIDA	National Institute on Drug Abuse
NIM	Norges institusjon for menneskerettigheter
NKROP	Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse
NKTSB	Nasjonal kompetansetjeneste tverrfaglig spesialisert rusarbeid
POD	Politidirektoratet
RG	Rettens gang
Rt.	Rettstidende
SERAF	Senter for rus- og avhengighetsforskning
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (Portugals generaldirektorat for intervensjon mot avhengighetsadferd og avhengighet)
SINTEF	Stiftelsen for Industriell og Teknisk Forskning ved Norges Tekniske Høgskole
SIRUS	Statens institutt for rusmiddelforskning
SLT	Samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak
SSB	Statistisk sentralbyrå
THC	tetrahydrocannabinol
TSB	tverrfaglig spesialisert rusbehandling
Udir	Utdanningsdirektoratet
UN	United Nations
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Programme
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session (spesialsesjon i FNs generalforsamling)
UNHCHR	United Nations High Commissioner for Human Rights (FNs høykommissær for menneskerettigheter)
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime (FNs kontor for narkotika og kriminalitet)
UNTS	United Nations Treaty Series
WHO	World Health Organization (Verdens helseorganisasjon)

Innhold

Forkortelser	5	3.5.3	Lov om sosiale tjenester mv. (sosialtjenesteloven)	60
Del I Mandat og sammendrag	15	3.5.4	Rusreform I og II	61
1 Utvalgets oppnevning, mandat og arbeid	17	3.5.5	NAV-reformen og lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV-loven)	62
1.1 Oppnevning og sammensetning av utvalget	17	3.5.6	Opptappingsplan for rusfeltet (2007–2010) og Meld. St. 30 (2011–2012)	63
1.2 Utvalgets mandat	17	3.5.7	Samhandlingsreformen (2012–2016) og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.	64
1.3 Utvalgets forståelse og avgrensning av sitt mandat	20	3.5.8	Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)	64
1.4 Møter og arbeidsform i utvalget ...	21	3.6	Behandlingstilbud og skadereduksjon	65
1.5 Mindretallets dissens – redaksjonell håndtering	25	3.6.1	Behandlingstilbudene	65
2 Sammendrag	26	3.6.2	Skadereduksjon	65
2.1 Oversikt over utredningen og utvalgets forslag	26	3.7	Brukermedvirkning, brukerkompetanse og brukerorganisasjoner	68
2.2 Bakgrunn og forutsetninger for rusreform	27	3.7.1	Brukermedvirkning på individnivå	68
2.3 Rettslige rammer og virkemidler i narkotikapolitikken	28	3.7.2	Brukermedvirkning på systemnivå	68
2.4 Utvalgets vurderinger og forslag ...	29	3.7.3	Brukerkompetanse	68
2.5 Merknader til utvalgets lovforslag og samlet lovutkast	37	3.7.4	Brukerorganisasjoner	69
Del II Bakgrunn og forutsetninger for rusreform	41	3.8	Ruspolitiske organisasjoner	69
3 Hovedlinjer i norsk narkotikapolitikk	43	3.8.1	Tradisjonelle ruspolitiske organisasjoner	69
3.1 Innledning	43	3.8.2	«Nye» ruspolitiske organisasjoner	69
3.2 Fremveksten av narkotikakontroll	43	3.9	De senere års utvikling frem mot dagens diskusjon om avkriminalisering	70
3.2.1 Opiumslovene	43	4 Narkotikasituasjonen i Norge	72	
3.2.2 Den strafferettsdominerte periode	45	4.1 Innledning	72	
3.2.3 Straffelovkommisjonens forslag til avkriminalisering (2002)	51	4.2 Bruk av narkotika	72	
3.2.4 Offentlige utredninger av alternativer til straff (2010–2011) ...	53	4.2.1 Oversikt	72	
3.3 Tidlig kriminaliseringskritikk	54	4.2.2 Bruk i befolkningen som helhet ...	72	
3.4 Historiske utviklingstrekk i bruk av straff	56	4.2.3 Bruk blant ungdom	75	
3.4.1 Økende omfang	56	4.2.4 Rekreasjonsbruk og bruk i selekterte grupper	78	
3.4.2 Fra fengsel til bot og oppfølging ...	57	4.3 Problembruk	80	
3.4.3 Rehabilitering og fengselsstraff	58	4.3.1 Innledning	80	
3.5 Hovedlinjer i helse- og sosialpolitikken	59	4.3.2 Bruk blant innsatte i fengsler	80	
3.5.1 Innledning	59	4.3.3 Problembrukere i syv byer	80	
3.5.2 Lov om edruelighetsnevnder og behandling av drikkfeldige og narkomane (edruskapsloven)	59	4.3.4 Beregning av antall problembrukere	81	
		4.4 Narkotikamarkedet	81	

4.4.1	Innledning	81	5.5.1	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	99
4.4.2	Beslag	81	5.5.2	Psykisk helsevern – utredning av somatiske lidelser i poliklinikk	101
4.4.3	Priser	82	5.5.3	Somatiske sykehusavdelinger	102
4.5	Konsekvenser av narkotikabruk ...	83	5.6	Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV)	102
4.5.1	Innledning	83	5.6.1	Innledning	102
4.5.2	Helsemessige og sosiale konsekvenser	83	5.6.2	Nøkkeltall om rus fra arbeids- og velferdsforvaltningen	103
4.5.3	Narkotikautløste dødsfall	85	5.6.3	Modeller med varig arbeid som mål	103
4.5.4	Smittsomme sykdommer	85	5.7	Barneverntjenesten	103
4.5.5	Sosiale konsekvenser og kostnader	86	5.7.1	Innledning	103
4.6	Narkotikakriminalitet	86	5.7.2	Særlig om barn som bruker rusmidler	104
4.6.1	Innledning	86	5.7.3	Nøkkeltall fra barnevernet knyttet til rusmiddelbruk hos barn og unge	105
4.6.2	Narkotikalovbrudd	86	5.8	Særlig om fylkeskommunenes ansvar for tannhelsetjenester	105
4.6.3	Narkotikabruk i trafikken	87	5.9	Kriminalomsorgen	105
5	Tjenestetilbud og tiltak overfor personer med rusproblematikk	89	5.10	Særlig om brukerorganisasjoner og frivillig og ideell sektor	105
5.1	Innledning	89	5.11	Særlig om brukermedvirkning	106
5.2	Organisering og styring av de offentlige helse- og velferds-tjenestene	89	5.11.1	Brukermedvirkning på individ- og systemnivå	106
5.3	Kommunal helse- og omsorgstjeneste (primærhelsetjenesten) ...	91	5.11.2	Brukerkompetanse i tjenestene ...	107
5.3.1	Innledning	91	5.12	Særlig om samhandling	107
5.3.2	Kommunalt rusarbeid (rus- og psykisk helsetjeneste)	91	5.12.1	Innledning	107
5.3.3	Fastlege	92	5.12.2	Samarbeidsavtalene mellom kommuner og de regionale helseforetakene	107
5.3.4	Psykolog i kommunal helse- og omsorgstjeneste	92	5.12.3	Individuell plan og pakkeforløp ...	108
5.3.5	Prehospitaltjenester	93	5.13	Særlig om oppfølging etter døgnbehandling (ettervern)	108
5.3.6	Helsestasjon og skolehelse-tjeneste	93	5.14	Særlig om tvangstiltak overfor personer med rusproblemer	109
5.3.7	Fengselshelsetjenesten	94	6	Erfaringer fra rusreform i andre land	112
5.3.8	Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) – rus	94	6.1	Innledning	112
5.3.9	Pleie og omsorg (hjemmetjenester, sykehjem mv.)	94	6.2	Portugal	113
5.3.10	Kommunal institusjon og kommunale botiltak	95	6.2.1	Innledning	113
5.3.11	Boligsosialt arbeid	96	6.2.2	Portugal før reformen	113
5.4	Ikke-lovpålagte tjenestetilbud	97	6.2.3	Utredning og gjennomføring av reformen	115
5.4.1	Innledning	97	6.2.4	Avkriminaliseringen – grensen mellom ulovlig og straffbar befatning med narkotika	118
5.4.2	Rask psykisk helsehjelp	97	6.2.5	Politiets oppgaver og myndighet knyttet til avdekking av narkotika og pålegg om oppmøte	119
5.4.3	Oppsøkende tjenester – utekontakt	97	6.2.6	Helserettede tiltak og reaksjoner ...	120
5.4.4	Aktivt oppsøkende behandlingsteam	97			
5.4.5	Skadereduserende tiltak – lavterskel helsetilbud og brukerrrom	98			
5.4.6	Aktivitets- og arbeidsrettede tilbud utenfor arbeids- og velferdsforvaltningen	99			
5.5	Spesialisthelsetjenesten	99			

6.2.7	Utviklingen i Portugal etter reformen	131	7.3.3	Krever narkotikakonvensjonene at det skal kunne ilegges siviltrettslige sanksjoner overfor personer som erverver eller innehar narkotika til egen bruk? ...	174
6.3	Eksempler på rusreform i andre land	142	7.3.4	Krever narkotikakonvensjonene at myndighetene skal beslaglegge brukerdoser i brukerens besittelse?	176
6.3.1	Oversikt	142	7.4	Internasjonale menneskerettigheter	178
6.3.2	Fjerning av straffereaksjoner (de facto eller de jure) uten bruk av administrative sanksjoner	142	7.4.1	Barns rett til å beskyttes mot ulovlig bruk av narkotika	178
6.3.3	Fjerning av straffereaksjoner (de facto eller de jure) og innføring av administrative sanksjoner	147	7.4.2	Retten til den høyest oppnåelige helsestandard	179
6.3.4	Regulert omsetning av cannabis til egen ikke-medisinsk bruk	150	7.4.3	Retten til respekt for privatliv og familieliv, hjem og korrespondanse	181
6.3.5	Straffrihet i forbindelse med brukerrodd for narkotika	154	7.5	Internasjonale anbefalinger	182
6.4	Sammenligninger og oppsummering av erfaringer i andre land	155	7.5.1	Anbefalinger knyttet til den overordnede innretningen av narkotikapolitikken – målsettinger og bruk av strafferettslige virkemidler	182
6.4.1	Oversikt	155	7.5.2	Oppsummering av internasjonale anbefalinger og prinsipper for narkotikapolitikken	185
6.4.2	Empiriske undersøkelser av effekter av avkriminalisering på bruk av narkotika i befolkningen ...	157	7.5.3	Anbefalinger om forebygging, behandling, rehabilitering og skadereduksjon	185
6.4.3	Hvorvidt erfaringer fra andre land kan anses å ha overføringsverdi til Norge	160			
Del III	Rettslige rammer og virkemidler i narkotikapolitikken	163			
7	Folkerettslige forpliktelser og internasjonale anbefalinger i narkotikapolitikken	165	8	Straffebud mot narkotika-lovbrudd	188
7.1	Innledning	165	8.1	Innledning	188
7.2	Oversikt: Dreiningen fra krigsretorikk til en helseorientert narkotikapolitikk	165	8.2	Rettsstilstanden i Norge	188
7.2.1	FNs narkotikakonvensjoner som et fundament for internasjonalt samarbeid i annen halvdel av 1900-tallet	165	8.2.1	Legaldefinisjonen av «narkotika» ...	188
7.2.2	Skadereduksjon som en utfordring for kontrollregimet	166	8.2.2	Straffansvar for bruk og besittelse etter legemiddeloven ...	189
7.2.3	Folkehelse og menneskerettighetsperspektiver – fra straff til helse	167	8.2.3	Straffritak for bruk og besittelse av én brukerdose i brukerrodd	190
7.3	FNs narkotikakonvensjoner av 1961, 1971 og 1988	169	8.2.4	Straffansvar etter matloven, jf. forskrift om såvarer	191
7.3.1	Oversikt og utgangspunkter for tolkingen	169	8.2.5	Straffansvar etter straffeloven	191
7.3.2	Krever narkotikakonvensjonene at ulovlig bruk av narkotika, eller erverv eller besittelse av narkotika til egen bruk, skal være straffbart?	171	8.3	Rettsstilstanden i Danmark, Finland og Sverige	193
			8.3.1	Danmark	193
			8.3.2	Finland	196
			8.3.3	Sverige	196
			8.4	Rettsstilstanden i EU	197
			8.5	Sammenstilling av kvantumsangivelser i Norge, Sverige, Danmark og Finland	199
			9	Straffeprosessuelle tvangsmidler i narkotikasaker	202
			9.1	Innledning	202

9.2	Tvangsmidler i saker om overtredelse av legemiddeloven § 24 første ledd og forskrift om såvarer § 39	202	10.3.2	Påtaleunntatelse med vilkår om ruskontrakt med oppfølging og rustesting	219
9.2.1	Ransaking og beslag	202	10.3.3	TIUR-modellen	220
9.2.2	Personransaking og kroppsundersøkelse, jf. straffeprosessloven §§ 195 og 157	204	10.3.4	Tidlig ute	222
9.2.3	Pågrepelse og varetektsfengsling, jf. straffeprosessloven §§ 171 og 183	205	10.4	Konfliktråd	223
9.2.4	Avlytting eller opptak av samtale der politiet selv deltar, eller der en av partene samtykker, jf. straffeprosessloven § 216 c	205	10.4.1	Innledning	223
9.3	Ytterligere tvangsmidler i saker om narkotikaovertrredelse, jf. straffeloven § 231 – skjulte etterforskningsmetoder	205	10.4.2	Ruskontrakter med oppfølging av konfliktrådet – samarbeidsavtale om lik praksis i Trøndelag	224
9.3.1	Bakgrunn	205	10.4.3	Ungdomsoppfølging	224
9.3.2	Kommunikasjonsavlytting og annen kontroll av kommunikasjonsanlegg, jf. straffeprosessloven kapittel 16 a	206	10.5	Soning av straff	226
9.3.3	Skjult kameraovervåking på offentlig eller privat sted, jf. straffeprosessloven § 202 a	206	10.5.1	Oversikt	226
9.3.4	Dataavlesing ved mistanke om hvitvasking av utbytte fra narkotikaovertrredelse, jf. straffeprosessloven kapittel 16 d	207	10.5.2	Rusmestringsenhetene i fengslene	228
9.4	Ytterligere tvangsmidler i saker om grov narkotikaovertrredelse, jf. straffeloven § 232	207	10.5.3	Soning i behandling sinstitusjon etter straffegjennomføringsloven § 12	230
9.4.1	Pågrepelse og varetektsfengsling av hensyn til allmennhetens rettsfølelse og opplevd trygghet ...	207	10.5.4	Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)	231
9.4.2	Skjulte etterforskningsmetoder	208			
9.5	Virkemidler i skjæringspunktet mellom etterforskning og forebyggende arbeid – særlig om søk med narkotikahund	208	11	Forebyggende tiltak og oppfølging utenfor straffesak	234
10	Strafferettslige reaksjoner	210	11.1	Innledning	234
10.1	Innledning	210	11.2	Kommunenenes plikt til å drive forebyggende arbeid	234
10.2	Forelegg	210	11.2.1	Folkehelsearbeidet	234
10.2.1	Oversikt	210	11.2.2	Tidlig identifisering og intervensjon	234
10.2.2	Subsidiær fengselsstraff	214	11.2.3	Oppsøkende sosialt arbeid	235
10.2.3	Bortvisning og bøtelegging for ikke å etterkomme pålegg	215	11.3	Skolenes forebyggende rolle	236
10.2.4	Utfordringer med bruk av bøtestraff for bruk av narkotika og andre narkotikarelaterte lovbrudd	217	11.4	Politiets forebyggende rolle	237
10.3	Påtaleunntatelse	219	11.4.1	Strategier og mål	237
10.3.1	Oversikt	219	11.4.2	Politiets forebyggende innsats overfor barn og unge	238
			11.4.3	Bekymringsamtale	238
			11.5	Rus- og kriminalitetsforebyggende samarbeid gjennom SLT-modellen	240
			11.5.1	Innledning	240
			11.5.2	Vurdering av SLT	241
			11.6	Ruskontrakter	241
			11.6.1	Innledning	241
			11.6.2	Vurdering av frivillige ruskontrakter	242
			Del IV	Utvalgets vurderinger og forslag	245
			12	Hensyn for og imot avkriminalisering	247
			12.1	Innledning	247
			12.2	Utgangspunkter for å vurdere rettmessigheten og hensiktsmessigheten av bruk av straff	247

12.3	Tilsiktede og mulige utslåtte konsekvenser av avkriminalisering	249	14.2.1	Utgangspunkter for vurderingen	286
12.3.1	Innledning	249	14.2.2	Helse- og velferdstjenestene	287
12.3.2	Tilsiktede konsekvenser av avkriminalisering	250	14.2.3	Forsvaret	288
12.3.3	Mulige utslåtte konsekvenser av avkriminalisering	258	14.2.4	Kriminalomsorgen	290
12.4	Sammenhenger mellom, og den innbyrdes vekten av, mulige utslåtte og utslåtte konsekvenser av avkriminalisering	267	14.2.5	Andre yrker og virksomheter med særlige behov for risikostyring	291
13	Anvendelsesområdet for utvalgets foreslåtte modell	270	14.2.6	Skolen	291
13.1	Innledning	270	14.2.7	Foreldre og andre pårørendes identifisering av bruk av narkotika	292
13.2	Utgangspunkt: Modellens formål	270	14.2.8	Utvalgets konklusjon om avdekking av bruk og besittelse av narkotika og om pålegg om oppmøteplikt for det foreslåtte myndighetsorganet	293
13.3	Egenskaper ved personen	271	14.3	Politiets rolle og oppgaver ved avdekking av bruk og tilhørende befatning med narkotika	293
13.3.1	Oversikt	271	14.3.1	Innledning	293
13.3.2	Personens forhold til narkotika	271	14.3.2	Avdekking	294
13.3.3	Mindreårige	272	14.3.3	Vedtak om oppmøteplikt for rådgivningsenheten	301
13.3.4	Personer med omsorg for mindreårige	273	14.3.4	Registrering av saksbehandling i politiregister	302
13.3.5	Personer i bestemte yrker	273	14.3.5	Klageadgang	303
13.4	Typer av handlinger knyttet til et illegalt rusmiddel	273	14.4	Vurdering av hvorvidt personer som bryter lov eller forskrift under påvirkning av alkohol, skal inngå i modellen	303
13.4.1	Bruk og innehav til egen bruk	273	14.5	Forholdet mellom straffe- forfølgning i tilknytning til lovbrudd begått under påvirkning av narkotika og pålegg om oppmøte for rådgivningsenheten	304
13.4.2	Anskaffelse	275	15	Samfunnets reaksjoner på bruk av narkotika	306
13.4.3	Forsøk og medvirkning	275	15.1	Innledning	306
13.4.4	Innførsel av narkotika til egen bruk	276	15.2	Mandatets uttrykk «reaksjoner», «sanksjoner» og «helserettede tiltak»	307
13.4.5	Tilvirkning	276	15.2.1	Reaksjoner	307
13.5	Egenskaper ved rusmiddelet	276	15.2.2	Sanksjoner	307
13.5.1	Typer av rusmidler	276	15.2.3	Helse- og velferdsrettede tiltak	307
13.5.2	Terskelverdier	277	15.3	Skillet mellom politiets pålegg og helse- og velferdsrettede tiltak	308
13.6	Egenskaper ved situasjonen	284	15.4	Krav til samtykke, medvirkning og informasjon	309
13.6.1	Befatning med narkotika som berører mindreårige	284	15.4.1	Samtykke til helse- og velferdsrettede tiltak	309
13.6.2	Befatning med narkotika på offentlig sted	285	15.4.2	Brukermedvirkning og rett til tilpasset informasjon	310
13.6.3	Bruk i institusjoner, bestemte yrker med videre	285			
14	Avdekking av bruk og tilhørende befatning med narkotika – pålegg om oppmøteplikt for en rådgivningsenhet – politiets og andres rolle	286			
14.1	Innledning	286			
14.2	Bør andre etater enn politiet ha ansvar for avdekking av bruk og tilhørende befatning med narkotika?	286			

15.5	Hvilket rom finnes for sanksjoner etter en overføring fra straff til helse?	310	16.4.1	Innledning	337
15.5.1	Innledning	310	16.4.2	Politiets pålegg til barn og unge om møteplikt for rådgivende enhet for narkotikasaker og forholdet til meldinger til barneverntjenesten	337
15.5.2	Tvangs- og kontrolltiltak og konsekvenser av regelbrudd i dagens helse- og velferdstjenester	311	16.4.3	Saksgang i saker som omhandler barn og unge under 18 år	337
15.5.3	Sanksjoner ved narkotikabruk og tilhørende befatning med narkotika til egen bruk	312	16.4.4	Tiltak overfor barn og unge – ansvarsfordeling mellom helse- og omsorgstjenesten og barneverntjenesten	338
15.5.4	Sanksjoner ved manglende oppfølging av tilbud om helse- og velferdsrettede tiltak	313	16.5	Saksbehandlingsregler, klageadgang og tilsyn	338
15.5.5	Bør reaksjonen «trappes opp» ved gjentatte overtredelser?	315	16.5.1	Saksbehandlingsregler	338
15.6	Særlig om barn og unge som bruker narkotika	316	16.5.2	Klageadgang og tilsyn	339
15.7	Bør dagens alternative straffereaksjoner inngå i utvalgets foreslåtte modell?	318	16.6	Registrering og behandling av opplysninger om enkeltsaker – forholdet til journalplikten	339
15.8	Bør adgangen til bruk av tvang og kontroll i helse- og velferdstjenestene utvides i forbindelse med rusreformen?	318	16.6.1	Registrering av pålegg om oppmøteplikt og obligatorisk rådgivningssamtale	339
15.8.1	Generelt om bruk av tvang i helse- og velferdstjenestene	318	16.6.2	Journal for kartlegging og tilpasset rådgivning	339
15.8.2	Rustesting i forbindelse med såkalt ruskontrakt	319	16.7	Om modellens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen	340
15.9	Utvalgets forslag	321	16.8	Særlig om utlendinger uten fulle rettigheter etter helse- og velferdslovgivningen	340
15.9.1	Innledning	321	16.9	Særlig om pårørendes situasjon ...	341
15.9.2	Møteplikt som reaksjon på narkotikabruk	321	16.9.1	Barn som pårørende til personer som ilegges møteplikt for rådgivningsenheten for narkotikasaker	341
16	Organisering og innretning av rådgivende enhet for narkotikasaker	327	16.9.2	Andre pårørende enn personens egne barn	342
16.1	Innledning	327	16.10	Særlig om behov for tilrettelagt oppfølging av minoriteter og om kjønnsspesifikke behandlings- og oppfølgingsbehov	342
16.2	Alternative modeller – nemndsmodellen og den integrerte modellen	328	17	Evaluering av rusreformen	343
16.2.1	Innledning	328	17.1	Innledning	343
16.2.2	Portugal-modellen	328	17.2	Administrativ forankring av evalueringen	344
16.2.3	Nemnder i en norsk kontekst	328	17.3	Evalueringprosessen	344
16.2.4	En integrert modell – en rådgivende enhet for narkotikasaker	330	17.3.1	Trinn og prinsipper i en evalueringssprosess	344
16.3	Saksgang og prosess	332	17.3.2	Ledelsesforankring	344
16.3.1	Meldings- og mottaksfase	332	17.3.3	Valg av evalueringsform og tidsperspektiv	344
16.3.2	Gjennomføringsfase	333	17.3.4	Gap-analyse	345
16.3.3	Tilbud om oppfølging og behandling – konsekvenser ved manglende oppfølging	336	17.3.5	Ønsket tilstand etter rusreformen	345
16.4	Særlig om barn og unge som ilegges møteplikt og forholdet til barneverntjenesten	337	17.3.6	Utarbeidelse av evalueringsspørsmål og parametere	345

17.3.7	Gjennomføring og oppfølging	346	19.3.1	Administrative konsekvenser for sentralforvaltningen	360
17.4	Forhold av betydning for å vurdere resultater og effekter av rusreformen	346	19.3.2	Administrative konsekvenser for kommunene	360
17.5	Ytterligere utredningsbehov	346	19.3.3	Administrative konsekvenser for politi og domstol	360
17.5.1	Innledning	346	19.3.4	Administrative konsekvenser for andre sektorer	360
17.5.2	Områder med behov for ytterligere utredning	347	19.3.5	Administrative konsekvenser for brukere av narkotika og deres pårørende	361
18	Problemstillinger etter avkriminalisering: håndtering av opplysninger, behandling av ikke-avgjorte saker og ikke-fullbyrdede reaksjoner samt lemping av gjeldsbyrde ...	349	19.4	Økonomiske konsekvenser	361
18.1	Innledning	349	19.4.1	Økonomiske konsekvenser for sentralforvaltningen	361
18.2	Håndtering av opplysninger om overtredelser av forbudet mot narkotikabruk og befatning med narkotika til egen bruk	349	19.4.2	Økonomiske konsekvenser for kommunene	361
18.2.1	Innledning	349	19.4.3	Økonomiske konsekvenser for politi, påtalemyndighet og domstol	362
18.2.2	Forholdet til politiets registreringsplikt for tiltak som følge av lovbrudd, jf. politiregisterloven § 9	350	19.4.4	Økonomiske konsekvenser for andre sektorer	362
18.2.3	Utvalgets forslag til registrering av opplysninger i politiet og tilgangen til slike opplysninger	351	19.4.5	Økonomiske konsekvenser for brukere av narkotika og deres pårørende	362
18.3	Håndtering av opplysninger om tidligere registrerte straffereaksjoner for narkotikalovbrudd som avkriminaliseres	352	19.5	Gjennomføring av utvalgets modell for rusreform innenfor dagens budsjettammer	362
18.3.1	Innledning	352	20	Dissens fra utvalgsmedlem Rune Solberg Swahn	363
18.3.2	Grunnlag for vandelskontroll etter gjeldende rett	352	20.1	Vedrørende utvalgets mandat	363
18.3.3	Utvalgets vurdering og forslag	354	20.2	Vedrørende utvalgets tolkning av mandatet og omfanget av avkriminalisering	363
18.4	Verserende straffesaker og rettskraftige straffereaksjoner som ikke er fullbyrdet	355	20.3	Vedrørende virkninger av avkriminalisering	363
18.5	Tiltak for håndtering av gjeldsbyrde for personer med langvarige rusproblemer	356	20.3.1	Kommunikasjon omkring avkriminalisering	363
18.5.1	Innledning	356	20.3.2	Sannsynlig endret politipraksis	364
18.5.2	Forslag til lemping av gjeld i forbindelse med gjennomføring av behandling for rusproblemer	356	20.3.3	Konsekvenser for politiets forvaltningsvirksomhet	364
18.5.3	Forholdet til ny landsdekkende ordning med bøteteneste	358	20.3.4	Konsekvenser for retur av utenlandske borgere som begår narkotikakriminalitet	364
19	Økonomiske og administrative konsekvenser	359	20.4	Anbefaling	365
19.1	Innledning	359	20.4.1	Prinsippal anbefaling	365
19.2	Utvalgets forslag om modell for gjennomføringen av rusreformen	360	20.4.2	Subsidiær anbefaling	365
19.3	Administrative konsekvenser	360	Del V	Foreslåtte lovendringer og merknader til bestemmelsene	367
			21	Spørsmål om lovstruktur	369
			21.1	Innledning	369
			21.1.1	Generelt om lovstruktur	369

21.1.2	Målgrupper for lovgivningen	370	22.4.4	Til politiloven § 30 om straff	375
21.1.3	Valg mellom lov og forskrift	370	23	Utvalgets forslag til	
21.2	Vurderinger knyttet til			lovendringer	376
	utvalgets forslag	370	23.1	Endring av legemiddeloven § 31	376
21.2.1	Målgrupper for rettsreglene	370	23.2	Endring av straffeloven § 231	376
21.2.2	Særlov eller innlemming		23.3	Endringer i helse- og omsorgs-	
	i eksisterende lovverk?	370		tjenesteloven	376
21.2.3	Lov eller forskrift?	371	23.4	Endringer i politilovens annet	
22	Merknader til de foreslåtte			kapittel	376
	lovendringene	372	23.4.1	Utkast til ny § 9 a om visitasjon	
22.1	Til legemiddeloven § 31	372		av person, gjenstand eller	
22.2	Til straffeloven § 231 om			oppbevaringssted	376
	narkotikaovertrerdelse	372	23.4.2	Utkast til ny § 9 b om testing	
22.3	Til helse- og omsorgs-			av narkotikapåvirkning	376
	tjenesteloven § 7-4 om		23.4.3	Utkast til ny § 9 c om pålegg om	
	rådgivende enhet for			oppmøte for rådgivende enhet	
	narkotikasaker	372		for narkotikasaker	377
22.4	Forslag til nye bestemmelser		23.4.4	Endring av § 30 om straff	377
	i politiloven kapittel II om		Kilder og litteratur		378
	utførelsen av polititjenesten	373	Vedlegg		
22.4.1	Merknader til ny § 9 a om		1	Deltagere på Rusreformutvalgets	
	visitasjon av person, gjenstand			innspillsmøter	409
	eller oppbevaringssted	373	2	Skriftlige innspill til	
22.4.2	Merknader til ny § 9 b om			Rusreformutvalget	411
	testing av narkotikapåvirkning	374			
22.4.3	Merknad til ny § 9 c pålegg				
	om oppmøte for rådgivende				
	enhet for narkotikasaker	374			

Digitale vedlegg

Rapporter og delutredninger bestilt fra eksterne aktører:

- Oslo Economics, rapport, *Kostnader knyttet til regulering av illegale rusmidler til egen bruk og håndheving av den eksisterende kontrollpolitikken*
- Oslo Economics, notat, *Økonomiske og administrative konsekvenser av ny modell (Rådgivende enhet for narkotikasaker) for håndtering av bruk og innehav av narkotika til egen bruk etter rusreformen*
- Politidirektoratet, utredningsoppdrag, *Politiets rolle og straffereaksjoner for bruk og besittelse av narkotika*

Innspill om terskelverdier innhentet fra eksterne aktører:

- Bergen kommune ved Brukerrommet
- Folkehelseinstituttet
- Foreningen for Human Narkotikapolitikk
- Foreningen Tryggere Ruspolitikk
- Kripos
- MARBORG
- Norsk narkotikapolitiforening
- Oslo kommune ved Uteseksjonen
- Politidirektoratet
- Trondheim kommune ved helse- og overdoseteamet

Skriftlige innspill til utvalget:

Se rusreformutvalget.no

Fra utvalgets øvrige arbeid:

- Invitasjon til skriftlige innspill til utvalget
- Invitasjon til deltagelse på Rusreformutvalgets innspillsmøter
- Konferanseprogram – Barn og unge i rusreformen 27. mai 2019

Del I
Mandat og sammendrag

Kapittel 1

Utvalgets oppnevning, mandat og arbeid

1.1 Oppnevning og sammensetning av utvalget

Ved kongelig resolusjon 23. mars 2018 ble det oppnevnt et utvalg for å «forberede gjennomføringen av regjeringens rusreform der ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk overføres fra justis-sektoren til helsetjenesten».

Rusreformutvalget ble gitt følgende sammensetning:

- Runar Torgersen (leder), førstestatsadvokat, Riksadvokatembetet. Oslo
- Henriette Sinding Aasen, professor ved Det juridiske fakultet, Universitetet i Bergen. Bergen
- Trine Funder Amundal, spesialist i rus- og avhengighetsmedisin ved St. Olavs hospital HF. Trondheim
- Kenneth Arctander Johansen, informasjonsansvarlig i Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO). Oslo
- Moses Deyegbe Kuvoame, førsteamanuensis ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge, Porsgrunn
- Mona Michalsen, ruskonsulent i Søgne kommune. Kristiansand
- Sverre Martin Nesvåg, forskningsleder ved Regionalt kompetansesenter for rusmiddel-forskning i Helse Vest, Stavanger universitets-sjukehus HF. Sandnes
- Rune Solberg Swahn, politiinspektør ved seksjon for etterretning og forebygging, Politidirektoratet. Ås
- Anne Helene Fraas Tveit, psykologspesialist, seksjonsleder ved ruspoliklinikken, Lovisenberg Diakonale Sykehus. Oslo
- Wibecke Årst, styreleder i MARBORG. Tromsø

Utvalgets sekretariat har vært lagt til Helse- og omsorgsdepartementet, som også har stilt lokaler til rådighet for sekretariat og utvalgets møter. Sekretariatet har bestått av:

- Tore Sørensen (leder), seniorrådgiver
- Alf Butenschøn Skre, seniorrådgiver
- Ingrid Rindal Lundeberg, seniorrådgiver
- Louise Sandaker Hannon, redaksjonsassistent (fra 28. oktober til 11. desember 2019)
- Johan Ludvig Stang, redaksjonsassistent (fra 28. oktober til 11. desember 2019)

1.2 Utvalgets mandat

I foredraget til den kongelige resolusjonen er bakgrunnen for og formålet med oppnevningen av Rusreformutvalget beskrevet som følger:

«1. Bakgrunn

Regjeringen vil gjennomføre en rusreform for å sikre et bedre tilbud til personer med rusproblemer og avhengighet, der ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk overføres fra justis-sektoren til helsetjenesten.

Bakgrunnen for rusreformen er en erkjennelse av at rusproblematikk i all hovedsak er en helseutfordring. Straffeløshet og bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk har bidratt til stigmatisering, marginalisering og sosial utstøting og kan ha stått i veien for å møte den enkelte bruker med hensiktsmessige og tilpassede tilbud og oppfølging.

I dag ligger ansvaret for å gi reaksjoner på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk til justis-sektoren. Legemiddelloven § 24 omfatter de mindre alvorlige forhold, som bruk og besittelse av små kvanta av cannabis og narkotiske legemidler ervervet på illegal måte til eget bruk. Besittelse ut over dette regnes som oppbevaring og vil således kunne straffes etter straffeloven § 162¹ som rammer narkotikalovbrudd som ikke er knyttet til eget bruk og som regnes som del av den profesjonelle narkotika-omsetningen.

Behandling og oppfølging av personer med rusproblemer og avhengighet er både delt, men også et felles ansvar for spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Også arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) og andre sektorer har viktige oppgaver knyttet til forebygging og tjenester til personer med rusproblematikk.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten og tjenestetilbudet er regulert i spesialisthelsetjenesteloven. Helse- og omsorgstjenester til mennesker med rusproblemer på kommunalt nivå reguleres av Helse- og omsorgstjenesteloven.

Rett til nødvendige helse og omsorgstjenester fra begge nivåer reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven.

2. Utvalgets arbeidsoppgaver

Utvalget skal forberede gjennomføringen av regjeringens rusreform der ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk overføres fra justissektoren til helsetjenesten.

Utvalget skal utrede og foreslå en modell for å oppnå formålet med rusreformen. Den valgte modellen må sikre at tjenester og tilbud som i dag rettslig og organisatorisk ligger til kommunesektoren, spesialisthelsetjenesten og andre relevante sektorer, som arbeids- og velferdssektoren, barnevernet, utdanningssektoren mv, kan inngå i tilbudet til den enkelte bruker. Utvalget må utrede og foreslå hvordan modellen skal forankres organisatorisk og administrativt. Modellen kan ikke forutsette endring av dagens prinsipielle ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Utvalget skal utrede, og foreslå nødvendige lovendringer for å gjennomføre reformen i form av konkrete lovutkast. I arbeidet inngår også utredning av de foreslåtte endringenes forhold til Norges folkerettslige forpliktelser, blant annet FNs narkotikakonvensjoner og menneskerettighetene.

Utvalget skal levere sin innstilling innen 31.12.2019.

3. Utvalgets sammensetting

Det foreslås at utvalget skal bestå av ti medlemmer, inkludert leder. Det foreslås et bredt sammensatt utvalg som ledes av en jurist med høy anseelse og med evne til å se både de prinsipielle og praktiske spørsmålene saken reiser, samt erfaring fra tidligere utvalgsarbeid. Personer med erfaring fra kommunal helse- og omsorgstjeneste, spesialisthelsetjenesten, politi og påtalemyndigheter samt brukerrepresentanter er representert i utvalget. Den foreslåtte sammensetningen av utvalget reflekterer bred og relevant erfaring og kompetanse. I tillegg er kjønn, minoritetsperspektiv og geografisk tilknytning vektlagt.

Kjønnsfordelingen er behandlet i samsvar med Barne- og likestillingsdepartementets rundskriv, publikasjon Q-4/2005. Utvalget er foreslått sammensatt av fem kvinner og fem menn og oppfylder kravene i likestillings- og diskrimineringsloven § 28 første ledd bokstav b.

4. Økonomiske og administrative konsekvenser

Kostnader til utvalgets arbeid dekkes innenfor Helse- og omsorgsdepartementets og Justis- og beredskapsdepartementets budsjetttramme. Forslag fra utvalget som regjeringen ønsker å følge opp vil bli utredet i tråd med utredningsinstruksen og vil bli vurdert i de årlige budsjettprosessene. Spørsmålet om nedsetting av utvalget har vært forelagt Finansdepartementet i tråd med utredningsinstruksen.»

Rusreformutvalgets mandat ble gitt i vedlegg 1 til foredraget til den kongelige resolusjonen:

«1. Formål

Regjeringen ønsker å endre myndighetenes reaksjoner mot personer som tas for bruk og besittelse av narkotika fra straff til hjelp, behandling og oppfølging.

Regjeringen vil gjennomføre en rusreform for å sikre et bedre tilbud til rusavhengige, der ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk overføres fra justissektoren til helsetjenesten.

Kilde: Politisk plattform 14. januar 2018.

Bakgrunnen for rusreformen er en erkjennelse av at rusproblematikk i all hovedsak er en helseutfordring. Straffeforfølgning av bruk

¹ Henvisningen til straffeloven § 162 viser til straffebudet mot narkotikalovbrudd i den tidligere straffeloven av 1902. Den tilsvarende bestemmelsen i gjeldende straffelov av 2005 er § 231.

og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk har bidratt til stigmatisering, marginalisering og sosial utstøting og kan ha stått i veien for å møte den enkelte bruker med hensiktsmessige og tilpassede tilbud og oppfølging.

Rusreformen innebærer med dette et betydelig skifte i norsk ruspolitikk. Et skifte i tenkningen og holdningen til hva et rusproblem er – og ikke minst – hvordan vi som samfunn skal møte dette problemet.

I regjeringens politiske plattform slås det videre fast at:

- Regjeringen vil føre en kunnskapsbasert ruspolitikk, med mål om forebygging av rusproblemer, skadereduksjon og begrenning av skadevirkninger. Å redde liv og å sikre verdighet må alltid ligge i bunn for en human rusomsorg.
- Regjeringen vil ikke legalisere bruk og besittelse av narkotika, men dette er ikke til hinder for mer vekt på skadereduksjon.
- Politiet skal kunne pålegge at den rusavhengige skal møtes med helserettede tiltak, og manglende oppfølging vil medføre sanksjoner.
- Regjeringen setter med dette ned et offentlig utvalg for forberedelse av rusreformen (Rusreformutvalget).

2. Utvalgets oppdrag

Utvalget skal forberede gjennomføringen av regjeringens rusreform der ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk overføres fra justis-sektoren til helsetjenesten.

Utvalget skal utrede og foreslå en modell for å oppnå formålet med rusreformen.

Portugal flyttet i 2001 den rettslige reguleringen av bruk og besittelse av narkotiske stoffer fra straffelovgivningen til helse- og sosialsektoren (begrenset til opptil 10 brukerdoser), gjennom opprettelse av såkalte kommisjoner; The Portuguese Commission for the Dissuasion of Drug Addiction (CDT). Brukere blir pålagt av politiet å møte for kommisjonen som vurderer hva slags sanksjoner, og eventuelt tjenestetilbud, som vil være hensiktsmessig overfor den enkelte bruker.

Utvalget står fritt til å se til andre lands erfaringer med lignende tilnærminger, men skal særskilt vurdere erfaringer fra Portugal og den portugisiske modellen med tanke på hvorvidt denne, eller deler av denne, kan være egnet i en norsk sammenheng.

Modellen må understøtte regjeringens målsetting om bedre tjenestetilbud til brukerne, og være i tråd med internasjonale anbefalinger om rehabilitering og reintegrering bl.a. fra FN og EMCDDA. Den valgte modellen må sikre at tjenester og tilbud som i dag rettslig og organisatorisk ligger til kommunesektoren, spesialisthelsetjenesten og andre relevante sektorer, som arbeids- og velferdssektoren, barnevernet, utdanningssektoren mv, kan inngå i tilbudet til den enkelte bruker. Utvalget må videre sikre at hensynet til barn som pårørende ivaretas, at barnets omsorgssituasjon vurderes og at barnets beste legges til grunn.

Utvalget må utrede og foreslå hvordan modellen skal forankres organisatorisk og administrativt.

Modellen kan ikke forutsette endring av dagens prinsipielle ansvars- og oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

Utvalget skal utrede, og foreslå nødvendige lovendringer for å gjennomføre reformen i form av konkrete lovutkast. I arbeidet inngår også utredning av de foreslåtte endringenes forhold til Norges folkerettslige forpliktelser, blant annet FNs narkotikakonvensjoner og menneskerettighetene.

Utkast til regelverksendringer og organisering må legge til rette for rolleavklaring og god samhandling mellom politi og påtalemyndighet, kommunal helse- og omsorgstjeneste, spesialisthelsetjeneste samt andre relevante aktører.

Utvalget skal blant annet utrede:

- Mengde illegale rusmidler som skal falle inn under definisjonene av bruk og besittelse til eget bruk.
- Hvilke tilbud/sanksjoner som skal gis ut ifra den enkeltes livssituasjon, alvorlighetsgrad av rusproblem og individuelle behov, herunder
 - overfor brukere som gjentatte ganger bryter forbudet om bruk og besittelse til eget bruk
 - overfor bruker som ikke følger opp de tilbud/tidligere sanksjoner som er gitt
- Hvorvidt og i så fall på hvilken måte, personer som bryter lov/forskrift grunnet beruselse eller påvirkning av alkohol, samt personer som får bistand av politi/ambulans ved overdoser, skal inngå i modellen.
- Om forsøk på anskaffelse av illegale rusmidler til eget bruk skal inngå i modellen.

- Hvorvidt og i så fall på hvilken måte, dagens alternative straffereaksjoner, vilkår ved påtaleunndlatelse mv, som benyttes ved bruk og besittelse til eget bruk skal inngå i modellen.
- I hvilken grad foreslåtte endringer i regelverk og foreslåtte tilbud og sanksjoner er i samsvar med prinsippet om samtykkebasert helsehjelp.

Regjeringen forutsetter at utvalget legger opp til en åpen arbeidsform og på en egnet måte tar imot innspill og drøfter sentrale tema med ulike fagmiljøer, statlige råd, bruker- og interesseorganisasjoner mv. for å sikre ivaretagelse av ulike perspektiver og en bredest mulig oppslutning om den valgte modellen.

Utvalget må være oppmerksom på arbeider som er i [sic] igangsatt på tilgrensende områder, for eksempel regjeringens nasjonale strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff (2017–2021). I strategien fremgår det blant annet at regjeringen vil vurdere det samlede straffereaksjons- og behandlingstilbudet under straffegjennomføring for personer med rusproblemer eller avhengighet, og om innretningen av dette bør endres. Strategien er tverrdepartemental og er forankret i Justis- og beredskapsdepartementet.

3. Økonomiske og administrative konsekvenser, lovteknikk m.m.

Økonomiske, administrative og andre vesentlige konsekvenser av utvalgets forslag skal utredes og fremgå av utredningen i samsvar med Utredningsinstruksen – Instruks om utredning av statlige tiltak (2016) kapittel 2.

Utvalget skal synliggjøre hvordan forslag til rusreform kan gjennomføres uten økte bevilgninger.

Utvalgets budsjett vil bli fastsatt særskilt. Om godtgjøring gjelder de til enhver tid gjeldende bestemmelsene i Statens personalhåndbok om godtgjøring mv. til leder, medlemmer og sekretærer i utvalg.

Utvalget skal utforme lovforslag i tråd med reglene i Justisdepartementets veiledning Lovteknikk og lovforberedelse (2000), jf. utredningsinstruksen punkt 4-1. For å oppnå brukervennlige regler, bør lovforslaget ha god systematikk og et enkelt og klart språk.

Om arkivordningen gjelder arkivforskrifta § 1-2 og eventuelle utfyllende bestemmelser.

4. Frist

Utvalget skal avgi sin utredning til Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet innen 31. desember 2019.»

1.3 Utvalgets forståelse og avgrensning av sitt mandat

Utvalget har i henhold til sitt mandat avgrenset sin utredning til befatning med illegale rusmidler (narkotika) som faller inn under benevnelsene *bruk* og *innehav til egen bruk (og tilhørende erverv)*. Utvalgets forslag til modell vil således ikke omfatte annen befatning med narkotika, herunder tilvirkning og innførsel.

Utvalget har fått i oppdrag å utrede mengde (*terskelverdier*) av ulike typer narkotika som skal falle inn under definisjonene av bruk og besittelse til egen bruk etter rusreformen. Utvalget har lagt til grunn at dagens vurderinger av hvorvidt befatningen med narkotika anses som brudd på henholdsvis legemiddeloven (besittelse) eller straffeloven (oppbevaring), ikke er bindende for utvalgets forslag til mengde narkotika som vil falle inn under *bruk* og *innehav* av narkotika til egen bruk etter rusreformen.

I mandatet henvises det til regjeringens politiske plattform av 14. januar 2018, der det slås fast at regjeringen *ikke* vil *legalisere* bruk og besittelse av narkotika. Dette tolker utvalget som en presisering av at forbudet mot all befatning med narkotika skal videreføres, samt at utvalgets oppdrag *ikke* omfatter å utrede former for tillatt og regulert omsetning av rusmidler som i dag er oppført på narkotikalistene. Dette gjelder uavhengig av det enkelte rusmiddels antatte skadepotensial. Utvalget har derfor ikke vurdert spørsmål av betydning for legalisering av rusmidler som det i dag er ulovlig å benytte, besitte eller omsette, selv om utvalget er godt kjent med det offentlige ordskiftet om dette temaet.

Uttrykket *avkriminalisering* benyttes ikke i utvalgets mandat og heller ikke i regjeringens generelle omtale av rusreformen. I mandatet benyttes formuleringene «Regjeringen ønsker å endre myndighetenes reaksjoner mot personer som tas for bruk og besittelse av narkotika fra straff til hjelp, behandling og oppfølging» og «ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk overføres fra justissektoren til helsetjenesten». Utvalgets forståelse av disse formuleringene er at

regjeringen, gjennom lovendring, ønsker å fjerne straffansvaret knyttet til overtredelse av forbudet mot bruk og besittelse av narkotika til egen bruk. Utvalget har derfor gjennomgående valgt å benytte uttrykket *avkriminalisering* i sin utredning.

Med *avkriminalisering* menes i denne utredningen at visse handlinger ikke lenger er straffbare. Likevel kan de aktuelle handlingene forbli ulovlige. Utvalgets forslag gjelder altså kun *rettsvirkningen* av å overtre forbudet mot befatning med narkotika.

Mandatet er ikke entydig med tanke på hvilke brukere eller brukergrupper av narkotika som skal omfattes av avkriminaliseringen. Eksempelvis ønsker regjeringen å «*endre myndighetenes reaksjoner mot personer som tas for bruk og besittelse av narkotika*», noe som kan tilsi at personkretsen som omfattes av avkriminaliseringen, skal gjelde alle brukere av narkotika. Samtidig kan formuleringen om at «*Regjeringen vil gjennomføre en rusreform for å sikre et bedre tilbud til rusavhengige*», forstås som en innsnevring til en mindre gruppe brukere med en diagnostisert ruslidelse, eventuelt et kjent, alvorlig og omfattende rusproblem.

Utvalget har lagt til grunn at reformens formål om å «*sikre et bedre tilbud til rusavhengige*» (vår utheving) ikke utelukker at avkriminaliseringen kan omfatte bruk og besittelse av narkotika til egen bruk helt generelt. Utvalget har således ikke forstått mandatet slik at det står i veien for utvalgets forslag til en modell for avkriminalisering som omfatter alle grupper av brukere, uavhengig av alder og bruksmønster.²

Utvalget kan av mandatet heller ikke utlede at det nødvendigvis skal trekkes et skille mellom ulike typer av narkotika. Utvalget forutsetter med dette at regjeringens intensjon er at avkriminalisering av bruk og besittelse av narkotika – i den grad det har gode grunner for seg – kan omfatte alle typer og varianter av slike rusmidler, herunder legemidler som benyttes med formål om å oppnå ruseffekt.

I mandatet fremkommer det at politiet skal kunne *pålegge* at en person som tas for bruk og besittelse av narkotika til egen bruk, *møtes med helserettede tiltak*. Utvalget har ikke tolket dette som en forutsetning om at politiet skal gis adgang til å pålegge helsetjenestene å behandle en person som tas for bruk og besittelse av narkotika til

egen bruk. Denne delen av mandatet forstås heller ikke som en forutsetning om adgang til å påtvinge den enkelte bruker av narkotika behandling i helsetjenestene eller å motta tjenester fra andre deler av velferdssektoren uten samtykke.

Videre har utvalget lagt til grunn en forståelse av uttrykket *helserettede tiltak* som ikke utelukkende sammenfaller med *helsehjelp* slik dette defineres i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3, men som omfatter ulike helse- og velferdstilbud, avhengig av den enkeltes situasjon og behov. Det vises til utredningens kapittel 15 for nærmere omtale av utvalgets forståelse av *helserettet hjelp* samt grenseoppgangen mellom slik hjelp og politiets pålegg.

1.4 Møter og arbeidsform i utvalget

Utvalget hadde sitt første møte 21. juni 2018. Det siste møtet ble avholdt 7. og 8. november 2019. Til sammen har utvalget hatt 16 ordinære utvalgsmøter. Av disse har fire møter gått over to dager. Dette utgjør til sammen 20 møtedager. De fleste møtene har vært avholdt i Oslo, men utvalget har også avholdt utvalgsmøter i Bergen, Trondheim og Tromsø.

Rusreformutvalget har utredet en rekke spørsmål av ulik karakter knyttet til å utforme en modell for gjennomføring av rusreformen. Innledningsvis, men også under utredningsarbeidet, har utvalget innhentet relevant kunnskap og mottatt en rekke innspill.

Mandatet forutsatte at utvalget på egnet måte skulle ta imot innspill og drøfte aktuelle temaer med ulike fagmiljøer, statlige råd, bruker- og interesseorganisasjoner med videre for å sikre ivaretagelse av ulike perspektiver på rusreformen.

Utvalget opprettet for dette formål en nettside, *rusreformutvalget.no*, der publikum fortløpende har blitt orientert om utvalgets møtevirksomhet og den tematikken som har blitt behandlet i de respektive utvalgsmøter. Utvalget har imidlertid ikke delt detaljer fra utvalgets diskusjoner eller konklusjoner underveis i prosessen. Heller ikke dokumenter som har blitt innhentet eller utarbeidet i forbindelse med utvalgets utredningsarbeid, har blitt gjort offentlig tilgjengelig.

På utvalgets nettside har det vært anledning for alle interesserte til å skrive til utvalget, og disse innspillene er løpende publisert på nettsiden. Utvalget har i perioden 20. september 2018 til 17. november 2019 mottatt i overkant av 80 skriftlige innspill på nettsiden, hvorav flere er skriftliggjøring av muntlige innlegg fra innspillmøtene, se

² Herunder slike brukere som ofte kategoriseres som eksperimentbrukere, rekreasjonsbrukere og problembbrukere. Se omtale i utredningens kapitler 4 og 15.

omtale nedenfor. Både organisasjoner og privatpersoner har bidratt med innspill, inkludert personer som selv har erfaring med bruk av narkotika. En oversikt over hvem som har gitt skriftlig innspill finnes i utredningens vedlegg 2. Innspillene finnes tilgjengelig på regjeringen.no.

For å sikre at utvalget skulle motta innspill fra særlig relevante aktører, ble det 22. november 2018 sendt en egen invitasjon til å avgi innspill til utvalget til en rekke brukerorganisasjoner på rusfeltet, ruspolitiske organisasjoner, kompetanse- og fagmiljøer, direktorater med flere. Invitasjonene er senere også sendt til andre virksomheter utvalget underveis fant relevante for sitt utredningsarbeid. Rusreformutvalgets invitasjon, samt oversikt over aktører som mottok invitasjon til å avgi innspill, foreligger som digitale vedlegg til utredningen.

Utvalget har innhentet dokumentasjon på områder av særlig interesse for utredningen, herunder statistiske opplysninger fra Politidirektoratet, Statistisk sentralbyrå (SSB) med flere. Det er videre innhentet skriftlig materiale også fra virksomheter som utvalget har hatt grunn til å tro har særlig kompetanse eller kunnskap om særskilte forhold, for eksempel knyttet til hva som kan regnes som alminnelige brukerdoser av ulike rusmidler, priser og bruksmønstre med videre. Utvalgte deler av innhentet dokumentasjon og innkomne svar følger som digitale vedlegg til utredningen.

Utvalget har avholdt fem *innspillsmøter*.³ Invitasjon til innspillsmøtene ble lagt ut på utvalgets nettside samt formidlet i e-post til aktuelle instanser, herunder brukerorganisasjoner, interesseorganisasjoner og fagmiljøer. Innspillsmøtene ga mulighet for direkte dialog mellom utvalget og de som ønsket å gi innspill. For at flest mulig skulle få anledning til å møte utvalget, ble det arrangert innspillsmøter i ulike regioner, henholdsvis i Oslo 3. november 2018, Stavanger 9. januar 2019, Bergen 14. februar 2019, Trondheim 13. mars 2019 og Tromsø 10. april 2019. En oversikt over hvilke instanser som avga innspill til utvalget i muntlig form på innspillsmøtene finnes i utredningens vedlegg 1.

Utvalget arrangerte også en egen konferanse i Oslo den 27. mai 2019 med tematikken «Barn og unge i rusreformen». Hensikten med denne

konferansen var å drøfte uroen og bekymringene mange har uttrykt når det handler om mulige konsekvenser av rusreformen overfor barn og unge. Utvalget ønsket å belyse hvorvidt en slik uro har forskningsmessig belegg, og samtidig se på hva samfunnet bør og kan gjøre for å forebygge uheldige konsekvenser reformen kan ha for holdninger til og bruk av narkotika. Konferanseprogrammet foreligger som digitalt vedlegg til utredningen.

Utvalgets medlemmer representerer i seg selv mye ekspertise på de aktuelle områdene som er omfattet av utredningen. Utvalget fant det likevel hensiktsmessig å invitere representanter for ulike etater og enkeltpersoner til å innlede om bestemte temaer på noen av utvalgets møter. Innledere er oppgitt nedenfor i den rekkefølgen innleggene ble holdt. Tittel/yrke og arbeidssted er nevnt slik det ble oppgitt da avtale om innlegg ble gjort.

- Anne-Line Bretteville-Jensen, avdelingsdirektør, Folkehelseinstituttet: «Narkotikabruk i Norge – omfang, forbruk, marked og aktører samt om narkotikabrukere i og utenfor behandling»
- Linn Gjersing, forsker, Folkehelseinstituttet: «Hva vil avkriminalisering si for de 'tunge' brukerne?»
- Thomas Anton Sandøy, forsker, Folkehelseinstituttet: «Ungdom i alternative straffereaksjonsspor»
- Ole Røgeberg, seniorforsker/nestleder, Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning: «Verdier, oppfatninger og virkemidler i ruspolitikken»
- Håvard Berge, Kriminalitetsforebyggende team, Kristiansand kommune, og Grete Pedersen, leder forebyggende seksjon, Kristiansand politistasjonsdistrikt: «System og praksis rundt bruk av ungdomskontrakt» (Kristiansand kommune)
- Jørn Jacobsen, professor, Universitetet i Bergen: «Straff, rus og sosial rettferdighet: grunnlagstenkning om overgang fra straffereettslig til helserettslig tilnærming til bruk av illegale rusmidler»
- John Reidar Nilsen, forsker, Universitetet i Bergen: «Politiets oppgaver på rusfeltet før og etter rusreformen: lovgrunnlag, forebyggende arbeid, oppgavefordeling og grensegang mellom politi, barnevern og helsetjeneste»
- Karl Harald Søvig, professor og dekan, Universitetet i Bergen: «Forholdet mellom tvang og samtykkebasert helsehjelp på rusfeltet»
- David C. Vogt, førstelektor i filosofi, Universitetet i Bergen, foredrag: «Tre grunner til å avkriminalisere narkotika»

³ Innspillsmøtene ble lagt opp slik at utvalget tok imot personer og virksomheter enkeltvis, og hver av disse holdt et 10 minutters muntlig innlegg for utvalget. Utvalget la ingen begrensninger på hvilke områder relatert til rusreformen det kunne gis innspill til, men stilte enkelte oppklarende og supplerende spørsmål underveis.

- Marit Grung, spesialrådgiver, Bergen kommune: «Rusreform og kommunale tjenestetilbud»
- John-Petter Sødahl Jamt, psykiatrisk sykepleier, St. Olavs hospital HF: «Helse- og overdoseteamet i Trondheim kommune»
- Johnny Bäckström, prosjektleder, Konfliktrådet: «Organisering av ruskontrakter i Trøndelag»
- Unni Korshavn, avdelingsleder, St. Olavs hospital HF: «Rusbehandlingstilbudet St. Olavs Hospital»
- Bjørn Henning Østenstad, professor, universitetet i Bergen: «Problemstillinger av særlig interesse for Rusreformutvalgets arbeid i NOU 2019: 14 Tvangsbegrensingsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten»

Sekretariatet har i løpet av 2018 og 2019 hatt egne møter med følgende instanser og virksomheter:

- 17. desember 2018 – møte med Helsedirektoratet om pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- 8. januar 2019 – møte med Kompetansesenter for kriminalitetsforebygging, blant annet om SLT-modellen (Samordning av lokale rus og kriminalitetsforebyggende tiltak)
- 31. januar 2019 – møter med følgende tiltak i Oslo kommune:
 - Prindsen mottakssenter
 - Brukerrommet
 - Uteseksjonen
 - LASSO (lavterskel substitusjonsbehandling i Oslo), Dalsbergstien hus
 - Ungdom og rus, legevakten i Oslo
- 13. februar 2019 – møter med følgende tiltak i Bergen kommune:
 - Strax-huset (brukerrommet)
 - Senter for Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND-senter)
- 18. februar 2019 – møte i Sentrumssamarbeidet, Oslo kommune og Oslo politidistrikt
- 22. mai 2019 – møte med to representanter fra International Narcotics Control Board (INCB) under deres besøk i Helse- og omsorgsdepartementet
- 10. september 2019 – møte med Brendan Hughes, ekspert på narkotikalovgivning ved European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) under hans besøk i Oslo
- 16. september 2019 – møte med uteseksjonen i Oslo kommune
- 30. september 2019 – møte med tingrettsdommer Åsa Bech i Oslo tingrett

Den 5. mars 2019 deltok utvalgsleder, sekretariat og medlemmer av utvalget på uteseksjonens patruljering i Oslo sentrum. Utvalget besøkte den 10. april 2019 Kafé 103, som er et lavterskeltilbud for personer som bruker narkotika, i regi av Tromsø kommune.

I tillegg til innspillmøter og andre møter med ulike aktører i Norge har utvalgets sekretariat og medlemmer av utvalget gjennomført studiereiser og deltatt på seminarer og konferanser i inn- og utland. Utvalgets sekretariat, utvalgsleder og/eller medlemmer av utvalget har vært representert på følgende konferanser og seminarer:

- 21. august 2018 – Rusreformkonferansen, Foreningen for en tryggere ruspolitikk (FTR)
- 15. oktober 2018 – Høring om livet i og rundt LAR om LAR-pasienters erfaringer, Skyggeutvalget
- 18.–19. oktober 2018 – LAR-konferansen, Oslo universitetssykehus HF og Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
- 25. oktober 2018 – Forebygging etter rusreformen, fagkonferanse, Actis
- 2.–4. november 2018 – Utdanningskonferansen 2018, Norsk narkotikapolitiforening
- 9. november 2018 – Fagdag Narkotika i skolen, Forbundet mot rusgift (FMR)
- 28. februar 2019 – seminar om georgiske og norske perspektiver på avkriminalisering av bruk av narkotika, The Georgian-Norwegian Rule of Law Association og Universitetet i Oslo, Det juridiske fakultet
- 8. april 2019 – Dialogseminar om åpne russcener, Oslo kommune
- 9. september 2019 – Drug Policy Reform in Norway, arrangert av professor Willy Pedersen som del av PROMENTA-satsingen ved Universitetet i Oslo
- 20. september 2019 – Nordic Reform Conference, Foreningen for en tryggere ruspolitikk (FTR)

For å få innblikk i andre lands regelverk og erfaringer, spesielt knyttet til avkriminalisering og liberalisering av narkotikapolitikken, har sekretariat, utvalgsleder og medlemmer av utvalget vært på studiebesøk og deltatt på konferanser i USA, Portugal, Østerrike, Danmark og Sverige.

Utvalgsleder og sekretariatet deltok den 26.–28. november 2018 på konferansen New Frontiers in Drug Decriminalization i New York, i regi av Open Society Foundations og Drug Policy Alliance.

I perioden 4.–8. februar 2019 gjennomførte utvalget en felles studiereise til Portugal. Under

studiebesøket møte utvalget følgende instanser og virksomheter:

- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)⁴
- Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT)⁵, Lisboa
- Polícia de Segurança Pública (PSP)⁶, Lisboa
- Programa de Substituição em Baixo Limiar de Exigência, Ares do Pinhal, Associação para a Inclusão Social⁷, Lisboa
- Centro de Respostas Integradas (CRI) de Lisboa⁸
- The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)⁹, Lisboa
- Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP).¹⁰ På dette møtet deltok også følgende organisasjoner, Porto:
 - Agência Piaget para o Desenvolvimento (APDES)¹¹
 - Consumidores Associados Sobrevivem Organizados (CASO)¹²
 - À Unidade Desabitação Norte (UDN)¹³
 - Programa Integrado Apoio à Comunidade (PIAC)¹⁴

Den norske ambassaden i Lisboa bisto utvalget med logistikken under gjennomføringen av besøkene i Portugal.

I perioden 18.–22. mars 2019 deltok representanter fra sekretariatet samt ett utvalgsmedlem på «The sixty-second session of The United Nations Commission on Narcotic Drugs (CND)» i Wien, i

⁴ Generaldirektoratet for intervensjoner overfor avhengighetsadferd og avhengighet (utvalgets oversettelse).

⁵ Kommisjon (nemnd) for fraråding av narkotikabruk (utvalgets oversettelse).

⁶ Ordenspolitiet, avdeling for etterforskning, oversatt fra engelsk oversettelse som utvalget mottok fra SICAD i forbindelse med studiebesøket: *Public Security Police, Division of criminal investigation*.

⁷ Mobilt lavterskel substitusjonstiltak i regi av en ikke-statlig organisasjon som arbeider for sosial inkludering.

⁸ Senter for integrerte tjenestetilbud, herunder behandling med videre (utvalgets oversettelse).

⁹ Det europeiske overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk. Oversettelse fra Folkehelseinstituttets nettsider, se Folkehelseinstituttet (2001).

¹⁰ Fakultet for psykologi og pedagogikk, Universitetet i Porto.

¹¹ En ikke-statlig organisasjon engasjert i sosialt utviklingsarbeid.

¹² Nasjonal forening for brukere av illegale rusmidler.

¹³ Utvalget besøkte her en spesialisert avrusings- og behandlingssenheter.

¹⁴ PIAC tilbyr et lokalt offentlig tjenestetilbud med formål om, ved indikasjon, å forebygge (mis)bruk av legale og illegale rusmidler og annen risikoadferd. Målgruppen for tiltaket er barn, unge og voksne under 26 år.

regi av United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) i Wien.

Ved denne anledning ble det også avholdt bilaterale møter med:

- Sveriges delegasjon
- New Zealands delegasjon
- Drug Policy Alliance¹⁵
- Irlands delegasjon
- Drug Policy Futures¹⁶ (med deltagere fra Actis, IOGT, Europeans against drugs (EURAD) og Green Crescent)
- Danmarks delegasjon
- International Drug Policy Consortium¹⁷ og Vienna NGO Committee on Drugs¹⁸
- Finlands delegasjon
- Gesundheit Österreich GmbH¹⁹

Sekretariatet gjennomførte 25.–26. mars 2019 et studiebesøk i København i Danmark hvor det avla besøk ved

- Stofintagelsesrummet H17
- Mændenes Hjem
- Stofintagelsesrummet Skyen

Under studiebesøket ble det avholdt møter med

- politikommissær Thomas Ahlburg, seksjonsleder, Nærpoliti i Indre by, om politiets gatearbeid
- forskerne Esben Houborg (Aarhus universitet, Danmark), Björn Johnson og Bengt Svensson (Malmö Universitet, Sverige) om dansk og svensk ruspolitikk
- Nanna Gotfredsen, leder, Gadejuristen

Den 10.–12. juni 2019 deltok sekretariatet på «Drug policy and decriminalization», The Stockholm Criminology Symposium 2019.

Den 27.–29. august 2019 deltok et utvalgsmedlem på Nordisk rusmiddelseminar med temaet «forebygging» i Nuuk på Grønland.

I tillegg har utvalgets medlemmer og sekretariatet holdt innlegg på en rekke seminarer og konferanser samt deltatt i debatter med videre.

Utvalget har, i tråd med utredningsinstruksen, vurdert de økonomiske og administrative konsekvensene som følger av utvalgets forslag til ny

¹⁵ Om Drug Policy Alliance, se Drug Policy Alliance (udatert).

¹⁶ Om Drug Policy Futures, se Drug Policy Futures (2019b).

¹⁷ Om International Drug Policy Consortium, se International Drug Policy Consortium (2019b).

¹⁸ Om Vienna NGO Committee on Drugs, se Vienna NGO Committee on Drugs (2016).

¹⁹ Om Gesundheit Österreich GmbH, se Gesundheit Österreich GmbH (udatert).

modell for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av narkotika til egen bruk. Som en del av dette arbeidet inngikk Helse- og omsorgsdepartementet den 31. mai 2019 en avtale med Oslo Economics om å utarbeide kostnads- og konsekvensanalyser på vegne av utvalget. Oppdraget omfatter en analyse knyttet til dagens regulering av narkotika til egen bruk og håndhevingen av den eksisterende kontrollpolitikken og en beskrivelse av kostnader direkte forbundet med opprettelse og drift av utvalgets forslag til ny reaksjonsmodell: «Rådgivende enhet for narkotikasaker». Endelige rapporter ble avgitt 28. november 2019 og foreligger som digitale vedlegg til utredningen.

Utredningens kapittel 4, «Narkotikasituasjonen i Norge», med redaksjonell tilpasning, er skrevet av Astrid Skretting, tidligere forsker ved Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).

1.5 Mindretallets dissens – redaksjonell håndtering

Et av utvalgets medlemmer, Rune Solberg Swahn, har formulert en dissens, inntatt som utredningens kapittel 20. Det har vært vurdert om Swahns dissens skulle reflekteres i teksten for øvrig og systematisk påpekes alle steder der uttrykksmåten «utvalget mener» og lignende er benyttet og der medlemmets mening avviker fra flertallet. Det er imidlertid i samråd med utvalgsmedlem Swahn – og i lys av at han subsidiært i det vesentlige slutter seg til flertallets forslag – konkludert med at det er tilstrekkelig at hans dissens gjengis i sin helhet i ovennevnte kapittel 20 og for øvrig reflekteres i de deler av utredningsteksten der dette er av særlig betydning.

Kapittel 2

Sammendrag

2.1 Oversikt over utredningen og utvalgets forslag

Del I inneholder *kapittel 1* om utvalgets oppnevning, mandat og arbeid og inneværende *kapittel 2* med sammendrag over utredningens

- del II om bakgrunn og forutsetninger for rusreform,
- del III om rettslige rammer og virkemidler i narkotikapolitikken,
- del IV om utvalgets vurderinger og forslag og
- del V om foreslåtte lovendringer og merknader til bestemmelsene.

Utvalget er bedt om å forberede gjennomføringen av regjeringens rusreform, der ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk overføres fra justissektoren til helsetjenesten.

Når det gjelder tolkningen av mandatet, er utvalget delt i et flertall og et mindretall. *Flertallet*, alle utvalgsmedlemmene unntatt Swahn, har lagt til grunn at mandatet ikke er begrenset til bestemte grupper av personer som bruker narkotika. *Mindretallet*, utvalgsmedlem Swahn, forstår mandatet slik at det er avgrenset til kun å gjelde for personer med rusavhengighet. Mindretallets dissens er inntatt som utredningens kapittel 20. Subsidiært, for det tilfelle at det skal gjennomføres en endring fra straff til helse- og velferdstiltak i det omfanget flertallet har lagt til grunn, kan mindretallet i det vesentlige stille seg bak flertallets forslag til modell.

Basert på utvalgets utredning foreslås en modell der bruk av narkotika, og erverv og innehav av en begrenset mengde narkotika til egen bruk, er ulovlige handlinger som utløser en reaksjon i form av oppmøteplikt for en rådgivningstjeneste i kommunen. Politiet vil ha ansvaret for avdekking av narkotikabruk, og det foreslås at politiet gis hjemmel til visitasjon for å kunne håndheve forbudet. Det vil også være anledning til å gjennomføre rustesting for eventuelt å avkrefte at en person har brukt narkotika i et gitt tidsrom, dersom personen ønsker

det. Det vil være politiet som treffer vedtak om oppmøteplikt for rådgivningsenheten i kommunen.

Etter gjeldende rett utløser bruk av narkotika straffansvar. Utvalget har lagt vekt på de negative konsekvensene som følger av strafflegging av brukere av narkotika, herunder stigmatisering og marginalisering. Det presiseres at andre straffebud som knytter rettsvirkninger til bruk av rusmidler, for eksempel straffebudet mot kjøring i ruspåvirket tilstand og bestemmelser om pliktmessig avhold fra rusmidler, ikke foreslås endret.

Utvalgets modell skaper muligheter for å intervenere i innbyggernes bruk av narkotika. Modellen vil bidra til å møte narkotikabruk med helse- og velferdsrettede tiltak. Av prinsipielle grunner foreslås det ikke hjemler til behandling ved tvang, eller til å yte helsehjelp uten personens samtykke. Utvalget foreslår ingen endringer i de eksisterende bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10, som hjemler tvangstiltak på grunnlag av rusmiddelbruk. Det foreslås ikke at rådgivningsenheten, eller andre offentlige tjenester innenfor helse- og velferdssektoren skal anvende straffelignende reaksjoner på narkotikabruk eller for eksempel brudd i et behandlingsforløp. Dette ville etter utvalgets syn være uheldig av hensyn til rollefordelingen mellom politiet og helse- og velferdstjenestene og tillitsforholdet mellom den enkelte og de offentlige hjelpetjenestene.

Innholdet i møtet mellom personen og rådgivningsenheten vil bero på hvorvidt personen selv ønsker rådgivning eller annen oppfølging for sin rusmiddelbruk eller andre omstendigheter i personens liv som har en tilknytning til rusmiddelbruken. Møteplikten er ment å tydeliggjøre at bruk av narkotika fortsatt er ulovlig, mens selve møtet er tenkt å danne grunnlag for at personen får hjelp og oppfølging dersom det er behov for det. Personen vil også få informasjon om potensielle konsekvenser og risikofaktorer forbundet med rusmiddelbruk.

Utvalgets forslag innebærer at politiet også etter utvalgets foreslåtte modell registrerer avdek-

kede tilfeller av bruk av narkotika eller befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk. Sakene vil kunne inngå i grunnlagsmaterialet for de av politiets forvaltningsoppgaver der opplysninger om en persons rusmiddelbruk er relevante.

Etter utvalgets syn vil det være naturlig å gjennomføre tiltak som gjør at tidligere registrerte straffereaksjoner for handlinger som foreslås avkriminalisert, ikke fremgår av attester og vandelsvurderinger. Utvalget skisserer også enkelte tiltak som vil være egnet til å styrke tjenestetilbudet rettet mot innbyggernes bruk av narkotika.

I figur 2.1 gis en oversikt over modellen som utvalgets flertall foreslår, og som utvalgsmedlem Swahn subsidiært kan stille seg bak.

2.2 Bakgrunn og forutsetninger for rusreform

I utredningens del II beskrives noen grunnleggende forutsetninger for rusreformen.

Kapittel 3 trekker opp noen historiske hovedlinjer i norsk narkotikapolitikk. Redegjørelsen beskriver fremveksten av narkotikakontroll fra vedtagelsen av opiumsloven i 1913 og frem til den straffedominerte fase fra 1965. Fra midten av 1960-tallet og frem til 1984 fant det sted en meget betydelig skjerping av straffansvaret for de mest alvorlige narkotikalovbruddene. På 1990-tallet fant det sted en betydelig økning i omfanget av strafflegging. I dette kapitlet omtales også kritikk som har vært fremsatt mot kriminalpolitikken som har blitt ført, samt forslag fra offentlige utvalg om avkriminalisering eller endringer i bruken av strafferettslige reaksjoner overfor personer som bruker narkotika. Videre beskrives utviklingen innen helse- og sosialpolitikken vedrørende narkotika fra innlemmingen av «narkomane» i edruskapsloven i 1957, tidligere rusreformer og opptrappingsplaner i nyere tid. Utviklingen av skadereduksjonstankegangen og brukervedvirkning beskrives også nærmere. Endelig beskrives kort det ruspolitiske organisasjonslivet og deretter de senere års utvikling frem mot dagens narkotikapolitiske situasjon.

I *kapittel 4* gis en oversikt over narkotikasituasjonen i Norge i dag. Kapitlet gjengir sentrale forskningsfunn vedrørende hvem som bruker narkotika, hvilke narkotiske stoffer som brukes, og i hvilket omfang de brukes. Undersøkelser viser at cannabis er det mest utbredte illegale rusmiddelet i Norge, og at en større andel menn enn kvinner rapporterer å ha brukt cannabis. Etter

cannabis er de sentralstimulerende stoffene kokain, amfetaminer og ecstasy/MDMA de mest brukte illegale stoffene som rapporteres. I likhet med cannabis er bruk av sentralstimulerende stoffer mest utbredt blant unge voksne.

I *kapittel 5* gis en oversikt over tjenestetilbudet til personer med rusproblematikk. Narkotikabruk møtes og behandles i dag med ulik intensitet og ulik varighet i helsetjenestene. Tjenestene kan fremstå fragmenterte, gis på tvers av forvaltningsnivåer og ytes av aktører i både offentlig og privat sektor.

I *kapittel 6* beskrives erfaringer i andre land med å redusere eller fjerne bruken av strafferettslige virkemidler samt med innføring av nye ikke-strafferettslige reaksjoner på narkotikalovbrudd. Utvalget er bedt om å vurdere erfaringer fra Portugal, og reformprosessen i dette landet beskrives derfor forholdsvis inngående. I 2001 ble bruk av narkotika, samt erverv og innehav av en mindre mengde narkotika til egen bruk, avkriminalisert. Samtidig ble det innført et sivilrettslig reaksjonssystem. Det ble også gjennomført en satsing på rusbehandling, herunder substitusjonsbehandling, og skadereduksjon. Utvalget har gjennomført en studietur til Portugal og vært i direkte kontakt med forskere, byråkrater, praktikere og brukere. Nemndene for fraråding av narkotikabruk er sentrale i den portugisiske modellen. Gjennomgangen av statistikk fra nemndenes saksbehandling viser at de aller fleste sakene gjelder personer uten rusavhengighet som er tatt med cannabis. I de aller fleste saker stanses saken etter gjennomført møte i nemnda, uten bruk av reaksjoner.

Erfaringene fra Portugal er mangefasetterte, og det kan ikke uten videre knyttes helt klare årsakssammenhenger mellom bestemte deler av reformen og utviklingen av narkotikasituasjonen og helsesituasjonen i landet. I norsk sammenheng har det vært bekymring for hvilken effekt avkriminalisering kan ha på ungdom og unge voksne i befolkningen. Prevalensen av narkotikabruk blant ungdom i Portugal ligger litt lavere enn gjennomsnittet i en europeisk skoleundersøkelse med sammenlignbare tall. Avstanden opp til gjennomsnittet har blitt noe lavere siden 2011. Det har i befolkningsundersøkelser som er gjennomført i årene etter reformen, vært svingninger i andelen som svarer at de har prøvd narkotika noen gang i livet, eller at de har brukt narkotika mer nylig. Samlet sett indikerer undersøkelser av hele befolkningen som er gjennomført i 2001 og senere, at flere i befolkningen har prøvd narkotika, eller bruker narkotika, sammenlignet med

det året reformen trådte i kraft. Bildet nyanseres imidlertid av at det i 2012 var en lavere prosentandel blant personer i alderen 15–34 år som oppga av de hadde brukt cannabis det siste året eller den siste måneden, enn det var i 2001. En undersøkelse blant personer henholdsvis før og etter at de gjennomførte et møte med en av nemndene som er opprettet for å behandle saker om overtredelse av det sivilrettslige narkotikaforbudet, indikerer at nemndene har en forebyggende effekt. Undersøkelsen viste at mer enn halvparten mente at møtet bidro til en forandring i deres oppfatning om narkotika, og om lag tre fjerdedeler mente at møtet hadde hatt en innvirkning på deres egen narkotikabruk.

Portugals statistikk for narkotikautløste dødsfall, som ikke nødvendigvis er direkte sammenlignbar med norsk statistikk, viser et relativt sett svært lavt antall dødsfall per år, og det skjedde en reduksjon samtidig som reformen trådte i kraft. Antallet nye tilfeller av hiv/aids har gått svært mye ned etter at reformen ble gjennomført. Kriminaliteten økte noe i årene etter reformen, men lignende trender kunne ifølge en internasjonal forskningsartikkel også observeres i Spania og Italia.

I dette kapitlet beskrives det også erfaringer fra 16 andre utvalgte land i og utenfor Europa. Omtalen av disse landene er betraktelig kortere enn redegjørelsen for reformen i Portugal. Gjennomgangen viser en betydelig variasjon i hvilke tilnærminger landene har tatt til innbyggernes narkotikabruk. Det beskrives eksempler på *de jure* og *de facto* avkriminalisering av bruk av narkotika og befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk, med og uten innføring av hjemler til å anvende administrative reaksjoner på handlingene. Det gis også enkelte eksempler på legalisering av cannabis. Omtale av legalisering av cannabis beskrives blant annet for å belyse bredden av ulike tilnærminger som tas i staters lovgivning, og tempoet i lovendringer som har skjedd de senere år når det gjelder særlig cannabis. Gjennom disse beskrivelsene tydeliggjøres også skillet mellom *avkriminalisering* og *legalisering* som to ulike narkotikapolitiske tilnærminger.

Avslutningsvis i kapitlet sammenlignes erfaringer fra andre land, og noe av forskningen på virkninger av avkriminalisering i andre land beskrives. Forskningen gir ikke empirisk belegg for å anta at avkriminalisering av narkotikabruk, eller tilhørende befatning med narkotika til egen bruk nødvendigvis forårsaker nevneverdige endringer i prevalensen av bruk i befolkningen. Et trekk ved denne forskningen er at det meste gjel-

der lovendringer knyttet til cannabis, som er det illegale rusmiddelet som er mest utbredt i befolkningen. Dette er dessuten et rusmiddel som mye av den narkotikapolitiske debatten i andre land, herunder USA, har dreiet seg om. Det drøftes også i hvilken grad erfaringer fra andre land er overførbare til Norge.

2.3 Rettslige rammer og virkemidler i narkotikapolitikken

Utredningens del III beskriver rettslige rammer og virkemidler.

I *kapittel 7* beskrives folkerettslige forpliktelser av betydning for narkotikapolitikken, herunder forpliktelser etter FNs narkotikakonvensjoner og internasjonale menneskerettighetskonvensjoner. Kapitlet beskriver også internasjonale anbefalinger om narkotikapolitikk, herunder fra instanser i FN-systemet, som FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC) og Verdens helseorganisasjon (WHO). Det beskrives en endring i den rådende tolkningen av narkotikakonvensjonene, som har betydning for statenes handlingsrom for å endre samfunnets reaksjoner på narkotikabruk fra strafferettslige reaksjoner til andre relevante tiltak. Forholdet til barns rett til beskyttelse mot de negative konsekvensene av narkotika, enhvers rett til den høyest oppnåelige helsestandard og retten til respekt for privatliv er beskrevet. En rekke aktører i FN-systemet, herunder FNs spesialrapportør for retten til helse, har tatt til orde for at statene bør avkriminalisere bruk og besittelse av narkotika til egen bruk, da strafflegging anses som et hinder for å yte god helsehjelp til utsatte grupper.

Som kjent er bruk av narkotika, og annen befatning med narkotika, uten lovlig adgang straffbart etter gjeldende norsk rett. I *kapittel 8* beskriver utvalget de gjeldende straffebudene, med vekt på de narkotikalovbrudd som knytter seg til lovbrüterens egen bruk. Det gis også en oversikt over rettstilstanden i Danmark, Finland og Sverige, samt i EU, om narkotikalovbrudd på strafferettens område.

Politiet disponerer en rekke metoder og fremgangsmåter for å effektivt utføre dagens straffebud vedrørende narkotikabruk. Enkelte metoder innebærer bruk av tvang som krever hjemmel i lov. I *kapittel 9* gis en oversikt over de *straffeprosessuelle tvangsmidler* som politiet kan benytte som ledd i etterforskningen av narkotikasaker.

Kapittel 10 inneholder en beskrivelse av bruk av strafferettslige virkemidler. Virkemidlene som

beskrives, er bøtestraff, påtaleunntatelse, oppfølging i konfliktråd og fengselsstraff (eventuelt subsidiær fengselsstraff som kommer til anvendelse for bøter som ikke er betalt og ikke kan inndrives). De fleste saker som bare gjelder bruk av narkotika, eller besittelse av noen få brukerdoser, avgjøres med forelegg. Dersom gjerningspersonen er under 18 år, benyttes gjerne alternativer til forelegg, blant annet påtaleunntatelse med vilkår om inngåelse av ruskontrakt. Kapitlet beskriver blant annet den øvre mengdegrensens for bruk av forelegg, og utgangspunkter for fastsettelse av bøter for ulike typer stoff i ulike mengder. Det finnes i liten grad opplysninger om hvilke stoffer sakene gjelder, og, der saken gjelder overtredelse av straffeloven § 231, hvorvidt det er tale om befatning med narkotika til egen bruk eller narkotika med sikte på videresalg.

I *kapittel 11* beskrives forebyggende tiltak og oppfølging av enkeltpersoner i og utenfor straffesak, herunder ved bruk av ruskontrakt. Kapitlet er ikke begrenset til rettslige rammer og virkemidler, da utvalget har ansett det mest hensiktsmessig fra et formidlingsperspektiv å samle omtalen av forebyggende innsatser her.

Kapitlet beskriver kommunenes plikt etter folkehelseloven til å drive forebyggende arbeid. Kommunenes arbeid innen tidlig identifisering og intervensjon spiller en viktig rolle i samfunnets samlede innsats for å forebygge rusproblemer i samfunnet. Skolene er en sentral arena for forebyggende innsatser mot unge mennesker, og tiltak i den forbindelse beskrives kort.

Politiet gjennomfører selvstendige forebyggende tiltak og har en rolle i samordningen av lokale forebyggende tiltak, gjennom lokale samarbeid etter modellen *Samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak* (SLT). Ruskontrakter benyttes også uten noen tilknytning til en straffesak, og dette er for sammenhengens skyld også behandlet i dette kapitlet, selv om det strengt tatt ikke utgjør et *rettslig* virkemiddel.

2.4 Utvalgets vurderinger og forslag

I utredningens del IV legger utvalget frem sine vurderinger og forslag. Formålet som søkes oppnådd med regjeringens rusreform, og henvisningen til erfaringene fra Portugal, innebærer at utvalget bør vurdere de bredere virkningene av å slutte å bruke strafferettslige virkemidler for å motvirke innbyggernes narkotikabruk. I *kapittel 12* drøftes derfor tilsiktede virkninger, og mulige utilsiktede virkninger, av avkriminalisering av

bruk av narkotika, og av tilhørende befatning med narkotika til egen bruk.

Utvalget tar utgangspunkt i at straff er samfunnets sterkeste virkemiddel for å motvirke og fordømme innbyggernes uønskede handlinger. Straff anses som et middel, og ikke som et mål i seg selv. Bruk av straff krever derfor en solid begrunnelse. Det er forventningen om de samlede konsekvenser av bruk av straff som eventuelt kan rettfærdiggjøre samfunnets bruk av straff. På grunnlag av dette tar utvalget som utgangspunkt at straff bare kan rettfærdiggjøres hvis kriminaliseringen er egnet til å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk. I tillegg må det stilles krav om at andre reaksjoner og sanksjoner vil være formålsløse eller utilstrekkelige, og at nyttevirkningene av straff er klart større enn skadevirkningene.

Redusert stigma er et eksplisitt mål med rusreformen. Det finnes flere kilder til stigmatisering av personer med rusproblemer, og det kan stilles spørsmål ved hvor mye avkriminalisering isolert sett vil redusere stigmaet. Avkriminalisering vil imidlertid, etter utvalgets syn, i alle tilfeller legge til rette for ytterligere tiltak for å endre holdninger til denne gruppen i befolkningen. Avkriminalisering fremstår også som en nødvendig forutsetning for slike ytterligere tiltak. Når straff er samfunnets sterkeste virkemiddel for å fordømme en handling, er det vanskelig å se nevneverdig rom for å redusere stigmatiseringen av personer som har utviklet, eller står i fare for å utvikle, et rusproblem, uten at personenes egen bruk av rusmidler avkriminaliseres.

Et spørsmål som henger tett sammen med spørsmålet om stigma, er om en reform som erstatter straff for mindre narkotikalovbrudd knyttet til egen bruk med helse- og velferdsrettede tiltak, vil endre innbyggernes holdninger til narkotikabruk og personer som bruker narkotika. En holdningsendring, eller normalisering, kunne tenkes å senke terskelen for eksperimentering med narkotika. Spørsmålet er sammensatt og krevende å besvare. De endringene utvalget foreslår, vil være egnet til å signalisere at bruk av narkotika fortsatt er ulovlig, samtidig som det reageres på bruk med tilbud om hjelp. Muligheten for en sivilrettslig reaksjon, og den meget høye strafferammen for omsetning av narkotika, jf. straffeloven § 231 og § 232, innebærer i seg selv et meget tydelig signal om at narkotika anses som et uønsket, og ikke et normalisert, fenomen i samfunnet.

Utvalget kan ikke se at det foreligger empirisk belegg for at avkriminalisering av bruk eller besit-

telse til egen bruk nødvendigvis vil føre til nevneverdig økning i bruken av narkotika. I lys av den samlede mengden av internasjonal forskning som nå foreligger, som ikke dokumenterer noen klar sammenheng mellom endringer i straffelovgivningen og bruken av rusmidler i samfunnet, hefter det en betydelig tvil ved antagelsen om at straffebud mot bruk av narkotika og innehav av narkotika til egen bruk samlet sett har en preventiv virkning som ikke kan oppnås med andre, mindre inngripende virkemidler. Utvalget har derfor kommet til at den beste tilgjengelige kunnskapen per i dag ikke danner grunnlag for noen sikker forventning om at *avkriminalisering* av brukere av narkotika vil føre til en nevneverdig økning i bruken av narkotika i befolkningen. Det presiseres at denne vurderingen ikke er gjort for *legalisering* av omsetning av rusmidler, som det ligger utenfor utvalgets mandat å utrede. Utvalgets forslag skiller seg på prinsipielt og praktisk viktige måter meget klart fra legalisering. Blant annet vil salg av narkotika fremdeles medføre et strengt straffansvar, og politiet vil fremdeles ha hjemmel til å gripe inn overfor brukere av narkotika, se omtale av utvalgets forslag til politiets virkemidler og vedtaksmyndighet nedenfor.

I regjeringens mandat til utvalget heter det at straffeforfølgning av bruk og besittelse av narkotika til egen bruk «kan ha stått i veien for å møte den enkelte bruker med hensiktsmessige og tilpassede tilbud og oppfølging». Utvalget antar at innretningen av det offentlige reaksjoner på rusmiddelbruk har betydning for graden av hjelpesøkende adferd hos personer med problematisk bruk av narkotika, og at fjerning av straffereaksjoner mot brukere vil kunne bidra til å styrke kontakten med det offentlige hjelpeapparatet. Enkelte empiriske studier fra andre land støtter denne hypotesen, og utvalget har ikke funnet empiriske holdepunkter som svekker den.

Både Københavns politi og representanter for politiet i Lisboa har fremholdt at en dreining bort fra straffeforfølgning av brukere av narkotika har gjort det enklere å skape kontakt mellom politiet og brukermiljøene. Utvalget har fått innspill fra politi også i Norge om at en god dialog med personer i brukermiljøene gir muligheter til å avdekke aktører i distribusjonsleddet, og at det kan være aktuelt ikke å «stresse» brukere som selv gjør noen småsalg, fordi brukerne i stedet kan hjelpe politiet med å etterforske personer lenger opp i distribusjonskjeden. Andre har stilt seg tvilende til en slik mulig effekt.

Noen polititjenestepersoner som har uttalt seg til utvalget, har gitt uttrykk for at helse- og sosial-

tjenester i kommunen ikke i tilstrekkelig grad har tatt ansvar for oppfølging av personer som bruker narkotika. Dette har, hevdes det, medført at politiet har måttet gripe inn med sine straffeprosessuelle hjemler, selv om straffeforfølgning som sådan har vært ansett som lite formålstjenlig. Dette skaper en dobbeltrolle, hvor politiet anvender straffrettslige virkemidler – for eksempel anmeldelse av forholdet og avgjørelse av saken med en påtaleunnlattelse med vilkår – der polititjenestepersoner selv anser formålet med inngrepet som hjelp og ikke straff. Utvalget mener at en overføring «fra straff til helse», som regjeringens mandat til utvalget forutsetter, innebærer en klarere plassering av ansvar for å gi innbyggerne oppfølging for rusrelatert helse- og velferdsproblematikk hos kommunens helse-, omsorgs- og sosialtjenester og en klarere håndhevingsrolle for politiet.

Utvalget er ikke kjent med forskning om hvorvidt avkriminalisering på nasjonalt nivå, ikke bare i lokale «frisoner» eller lignende, påvirker omfanget av bruk av narkotika på offentlig sted i et samfunn. Offentlige myndigheter vil også etter en avkriminalisering av brukere av narkotika ha virkemidler til å gripe inn overfor bruk av narkotika, og befatning med narkotika, i det offentlige rom. Eksempelvis danner forstyrrelse av offentlig ro og orden eller den lovlige ferdsel, samt forulemping av andre, grunnlag for innbringelse og arrestasjon etter politiloven § 9. Avkriminaliseringen som ligger i utvalgets forslag, rører heller ikke ved politiets rettslige adgang til å iverksette etterforskning dersom det er rimelig grunn til å undersøke om en person selger narkotika, noe som fra tid til annen foregår åpenlyst i åpne rusmiljøer. Slike handlinger vil fremdeles være belagt med straff på inntil to års fengsel, jf. straffeloven § 231. Bruk av nye kommunikasjonsverktøy har ført til en desentralisering av omsetningen av narkotika, noe som innebærer at forekomsten av åpne rusmiljøer i mindre grad fremstår som avgjørende for spørsmålet om nyrekruttering til narkotikabruk.

Etter utvalgets vurdering gir den beste tilgjengelige kunnskapen et nokså klart grunnlag for å konstatere at kriminalisering av bruk av narkotika har utilsiktede negative virkninger. Samtidig synes det ikke å være godt empirisk belegg for en eventuell preventiv effekt av straffleggingen, i hvert fall ikke en effekt det ikke er grunn til å tro kan oppnås gjennom bruk av alternative virkemidler. Etter dette kan utvalget ikke se at begrunnelseskravet for strafflegging av disse handlingene er oppfylt. Det kan likevel ikke gis en sikker og uttømmende beskrivelse av hva som vil være konsekvensene av avkriminalisering og innføring

av et sivilrettslig forbud, som omtales nærmere nedenfor. Dette henger sammen med at mye bruk av narkotika i befolkningen, og aktiviteten i narkotikamarkedet, holdes skjult. Det gjør det utfordrende å samle kunnskap om dagens situasjon. Det vil være av betydning å overvåke gjennomføringen av reformen og påfølgende utviklinger. Slik overvåking og oppfølging er omtalt særskilt i kapittel 17 nedenfor.

Kapittel 13 inneholder utvalgets vurderinger av virkeområdet for den foreslåtte modellen, det vil si hvor grensen skal trekkes mellom ulovlig og straffbar befatning med narkotika til egen bruk. Tilfeller av befatning med narkotika til egen bruk kan i prinsippet sorteres etter blant annet de følgende egenskapene: egenskaper ved *personen*, ulike *typer handlinger*, egenskaper ved *rusmiddelet* og egenskaper ved *situasjonen*.

Utvalgets *flertall* foreslår at modellen ikke skal avgrenses til personer som oppfyller kriteriene for en ruslidelse, og finner det altså formålstjenlig å inkludere også personer uten ruslidelser som sådan i den foreslåtte modellen. Et *mindretall*, utvalgsmedlem Swahn, forstår mandatet slik at regjeringens reform skal være avgrenset til personer med rusavhengighet, se Swahns dissens i kapittel 20.

For å gjennomføre reformen i praksis må ikke bare den rene bruken, men også handlinger som med nødvendighet henger sammen med bruken, omfattes. Dette gjelder *ervert* (med eller uten vederlag) og *innhaver*. Uttrykket «innhaver» omfatter både handlinger som utgjør besittelse etter legemiddeloven § 24 første ledd, og handlinger som utgjør oppbevaring etter straffeloven § 231 første ledd, såfremt det er tale om en mindre mengde til egen bruk, i tråd med utvalgets forslag til mengdebegrensninger. Forsøkshandlinger, for eksempel forsøk på ervert av narkotika som blir avbrutt, bør omfattes av utvalgets foreslåtte modell. Medvirkningshandlinger vil derimot ikke nødvendigvis være et holdepunkt for at personen bør ha oppfølging for rusmiddelbruk. Medvirkningshandlinger foreslås derfor ikke omfattet av utvalgets modell. Utvalget foreslår at *innførsel* og *tilvirkning* av narkotika til egen bruk forblir straffbart.

Utvalget drøfter hvorvidt bestemte typer rusmidler bør være unntatt fra reformen, og konkluderer med at det vil være formålstjenlig å inkludere alle stoffer som regnes som narkotika i modellen. Reformens formål er å treffe brukerne med bestemte virkemidler, mens salg av narkotika skal forbli straffbart, som i dag. For kun å omfatte brukeres befatning med narkotika til egen bruk,

og ikke selgere, kunne regelen utformes slik at ethvert ervert og innhaver var omfattet, så lenge det var på det rene at stoffet kun var til egen bruk. Gode grunner, herunder hensynet til praktisk gjennomførbarhet og begrensning av hvor store mengder narkotika som er i omløp, tilsier imidlertid et behov for en mengdebegrensning.

Beslagsstatistikk innhentet fra Kripos tilsier at de fleste beslag som gjøres, gjelder mindre mengder stoff. Ved hjelp av et nytt system, som er implementert fra første halvår i 2019, kan beslagsstatistikk nå sorteres etter ulike typer stoff og ulike mengdekategorier. En oppstilling Kripos har gjort, viser at halvparten av alle beslag første halvår 2019, gjaldt cannabis, og litt under en tredjedel av alle beslag var cannabis i mengder på inntil 5 gram. Statistikken gir en indikasjon på hvor stor andel av beslag som kan omfattes av utvalgets modell gitt bestemte terskelverdier, men det er ikke kjent for det enkelte beslag om det var tale om stoff til egen bruk eller ikke. Som det fremgår ovenfor, vil kun stoff som er tiltenkt innehaverens egen bruk, omfattes av modellen.

Utvalget har kontaktet en rekke instanser og organisasjoner med empirisk kunnskap om adferd blant ulike grupper av brukere av narkotika med sikte på å belyse den faktiske adferden i narkotikamarkedet i dag. Utvalgets spørsmål gjaldt blant annet hva som vil utgjøre et realistisk spenn fra høyt til lavt for hvilken mengde som ervertes utelukkende til egen bruk, og hvilken mengde som forbrukes i løpet av et døgn. Tilbakemeldingene tegner et heterogent bilde, og tilsier et spenn i hva som kan anses som forventet variasjon blant brukerne. Samtidig vil tilgjengelig informasjon om disse handlingene, som foregår i det skjulte, ikke være tilstrekkelig god til å utarbeide en statistisk modell for å beregne nøyaktig hvor stor andel av dagens kjøp og innhaver av narkotika som ville omfattes av en gitt terskelverdi. Den konkrete fastsettelsen av terskelverdier, som angir den kvantitative grensen mellom ulovlig (men ikke straffbar) og straffbar befatning med narkotika til egen bruk, beror på en avveining mellom en rekke relevante hensyn. Dersom terskelverdiene settes relativt lavt, vil det kunne innebære at flere brukere straffes for befatning med narkotika til egen bruk, men det vil samtidig kunne gjøre det vanskeligere for selgere av narkotika å innrette seg etter terskelverdiene, og vice versa dersom terskelverdiene settes relativt høyt.

Utvalget har ved denne konkrete vurderingen delt seg i et flertall og et mindretall, bestående av utvalgsmedlemmene Amundal og Swahn. *Mindre-*

tallet foreslår like eller lavere terskelverdier sammenlignet med flertallets forslag.

I *kapittel 14* behandler utvalget spørsmål knyttet til avdekking av bruk og tilhørende befatning med narkotika og vedtak om oppmøteplikt for en ny rådgivende enhet. Vedtaket om oppmøteplikt utgjør den første av tre deler i en ny reaksjonsmodell som er beskrevet nærmere i *kapittel 15* (se nedenfor).

Modellen utvalget foreslår, innebærer en avkriminalisering av bruk av narkotika og erverv og innehav av narkotika til egen bruk. Det vil derfor ikke lenger være anledning til å benytte straffeprosessuelle tvangsmidler for å avdekke dette. Utvalget mener at det er behov for adekvate virkemidler for å avdekke avkriminalisert narkotikabruk, og foreslår derfor at politiet gis visse nye hjemler til å avdekke narkotikabruk og tilhørende befatning med narkotika til egen bruk. Det er blitt vurdert, men ikke ansett formålstjenlig, å gi nye inngrepshjemler til andre offentlige tjenester enn politiet, for eksempel skoler eller helsetjenester. Det er også vurdert om deler av arbeidslivet med særlige krav til risikostyring, og foreldre eller andre pårørende, bør gis en slik hjemmel. Utvalget foreslår heller ikke at disse gruppene gis nye inngrepshjemler på generell basis, men at dette eventuelt reguleres i særlovgivning for den enkelte sektor ved behov.

Utvalget foreslår, i tråd med forutsetningen i mandatet, at politiet er den offentlige instansen som treffer vedtak om oppmøteplikt for rådgivningsenheten. Modellen som foreslås, legger opp til at rådgivningsenheten, der det anses hensiktsmessig, kan være en vei inn til hjelpeapparatet ved at man kan henvende seg dit for å komme i dialog med relevante tjenester.

Utvalget har drøftet hvilke virkemidler politiet bør kunne ta i bruk for å identifisere brukere i målgruppen for sivilrettslige tiltak. Relevante momenter ved vurderingen er formålseffektivitet, forstått som en rimelig grad av håndhevingsintensitet, ressurseffektivitet, forholdsmessig maktbruk og respekt for den enkeltes privatliv. Behovet for avdekking foreslås løst i nye bestemmelser i politiloven.

Det foreslås å gi hjemmel til å gjennomføre visitasjon av person, gjenstander og oppbevaringssted dersom det er sannsynlighetsovervekt for at personen innehar narkotika. Det foreslås ikke hjemmel til å gjennomføre personens bolig etter narkotika. Dataransaking, som innebærer ransaking og beslag av elektronisk bevis, anses ikke som et forholdsmessig inngrep i saker som

gjelder personens befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk.

Utvalgets forslag er ikke til hinder for at politiet kan benytte eksisterende straffeprosessuelle hjemler til ransaking og andre etterforskningsmetoder med sikte på å avdekke *narkotikasalg* eller andre former for befatning med narkotika som forblir straffbart. Disse hjemlene omfatter blant annet adgang til på nærmere vilkår å foreta ransaking overfor tredjepersoner, for eksempel en kjøper som ikke selv mistenkes for å ha begått en straffbar handling. Disse straffeprosessuelle hjemlene vil være tilgjengelige også etter gjennomføringen av en slik reform som utvalget foreslår.

Dersom politiet anser det overveiende sannsynlig at en person er påvirket av narkotika, eller har brukt narkotika, kan politiet gjennomføre en undersøkelse av personen ved hjelp av metoden «tegn og symptomer». Dette er en serie med undersøkelser av blant annet pupillstørrelse og tidsoppfatning som undervises ved Politihøgskolen. Resultatene gir en foreløpig indikasjon på hvorvidt personen er påvirket av visse typer rusmidler. Det lar seg ikke gjøre å gjennomføre undersøkelsen uten personens medvirkning.

Dersom politiet, enten på grunnlag av tegn og symptomer eller på grunn av andre omstendigheter, anser det overveiende sannsynlig at personen har brukt narkotika, skal personen gis tilbud om å gjennomføre en foreløpig rustest, eventuelt tilbud om å bli fremstilt for prøvetaking. Det legges til grunn at metoder som anvendes i forbindelse med foreløpig rustesting og rustesting etter vegtrafikkloven § 22 a, vil kunne anvendes så langt de passer. Dersom politiet vurderer det som overveiende sannsynlig at personen har brukt narkotika, er beviskravet for å treffe vedtak om oppmøteplikt oppfylt. Formålet med tilbud om rustesting er da å gi personen en mulighet til å tilbakevise dette.

Det finnes personer med rusavhengighet som overtrer narkotikalovgivningen nærmest daglig, og som er kjenninger av så vel politiet som offentlige helse- og velferdstjenester. Det vil, som i dag, påligge politiet å utøve et visst skjønn med hensyn til om det fremstår som nødvendig og formålstjenlig å reagere formelt i det enkelte tilfellet. Når det gjelder situasjoner der politiet bistår personer ved overdoser, mener utvalget at det bør tas stilling til oppfølgingen av disse personene som en del av tiltaket om å utarbeide pakkeforløp for oppfølging etter ikke-dødelige overdoser i *Nasjonal overdosestrategi (2019–2022)*. I situasjoner der politiet bistår og ambulanspersonell eller annet helsepersonell ikke har sett til personen, kan det etter omstendighetene være formålstjenlig at det

treffes et vedtak om oppmøteplikt for å legge til rette for adekvat oppfølging.

Utvalget har vurdert hvilket beviskrav som bør oppstilles for at politiet skal kunne gi pålegg om oppmøte for rådgivningsenheten. For å reagere strafferettslig kreves det at det er bevist utover enhver rimelig tvil at en person har begått lovbruddet. Politiets pålegg i utvalgets foreslåtte modell vil være sivilrettslige avgjørelser. Utvalget har vurdert, men ikke funnet det nødvendig, å fastsette et beviskrav som er høyere enn et krav om sannsynlighetsovervekt, som er det alminnelige utgangspunktet i sivilretten.

Etter utvalgets syn er det ikke nødvendig med en forkynning av pålegg om oppmøte for rådgivningsenheten etter bestemmelsene i domstoloven. Det er tilstrekkelig at politiet på en hensiktsmessig måte i den enkelte sak forsikrer seg om at meddelelsen er mottatt av pliktsubjektet. Det stilles ikke særskilte vilkår for beslutningskompetanse innad i politiet.

Ettersom kapasitet, kompetanse og tjenestetilbud i stor grad varierer mellom de ulike kommunene, har utvalget ikke valgt ut én bestemt måte å fastsette oppmøtetidspunktet for rådgivningsenheten på. Generelle regler om dette kan utarbeides lokalt i samarbeid mellom politiet og kommunen ved rådgivningsenheten.

Politiets oppgaveløsning omfattes av forvaltningslovens bestemmelser. Utvalget anser politiets beslutninger vedrørende visitasjon og rustesting som prosessledende avgjørelser, idet de ikke utgjør et enkeltstående tiltak overfor personen, men inngår i en prosess som vil kunne munne ut i vedtak om oppmøteplikt for rådgivningsenheten. Dette pålegget anses som et enkeltvedtak. Etter forvaltningsloven § 42 vil det være opp til politiet og eventuelt Politidirektoratet å avgjøre om en klage skal gis oppsettende virkning. Det vil derimot ikke være noen selvstendig klageadgang på politiets beslutninger angående visitasjon og rustesting. Klage over feil i slike beslutninger vil kunne påklages som en del av en eventuell klage på vedtaket om oppmøteplikt eller tas opp gjennom eksisterende mekanismer for varsling om påståtte feil i politiets tjenesteutøvelse.

Avdekket narkotika kan beslaglegges og destrueres. Utvalget har vurdert om det bør vedtas et eksplisitt skjønnsmessig unntak fra regelen om beslaglegging av narkotika, utover det som allerede ligger i ordet «kan». Problemstillingen fremstår blant annet aktuell for opiatavhengige brukere med tydelige abstinenssymptomer, eller der det fremstår sannsynlig at brukeren vil begå

vinningskriminalitet eller selge seksuelle tjenester for å skaffe penger til å kjøpe en ny brukerdose til erstatning for det beslaglagte. Etter utvalgets oppfatning er det vanskelig å regulere beslag i slike tilfeller uttømmende. Som i dag vil politiet utøve et visst skjønn med hensyn til hvilke situasjoner som krever at det reageres formelt på mer eller mindre kjent bruk av narkotika i et belastet miljø.

Politiets beslag av narkotika bør sendes til Kripas for registrering og destruksjon, som i dag. Etter dagens regler om narkotikasaker som avgjøres med forelegg, er det anledning til å avgjøre saken uten å rekvirere analyse av stoffet. Dette vil videreføres i utvalgets foreslåtte ordning, med den forskjell at den foreslåtte mengden som vil omfattes av utvalgets forslag, for noen stoffer er høyere enn dagens foreleggsgrenser, se kapittel 13.

Utvalget er i mandatet bedt om å vurdere hvorvidt personer som bryter lov eller forskrift under påvirkning av alkohol, skal inngå i modellen, og har kommet til at denne gruppen bør holdes utenfor. Kriminelle handlinger begått under påvirkning av alkohol vil spenne meget vidt, men slike forhold vil regelmessig kreve reaksjoner av en art som ligger utenfor en slik sivilrettslig modell som utvalget foreslår. Det vil her være tale om andre uønskede handlinger enn rusbruken som sådan, og utvalget antar at det vil kunne være handlinger som krever en adekvat reaksjon, blant annet av hensyn til fornærmede i saken. Dette er en oppgave som tilligger straffesakskjeden.

I *kapittel 15* beskrives samfunnets reaksjoner på bruk av narkotika. Regjeringens mål med rusreformen er å endre myndighetenes reaksjoner mot personer som tas for bruk og besittelse av narkotika, fra straff til hjelp, behandling og oppfølging. Utvalget foreslår en ny modell med en tredelt struktur. Den første delen er et pålegg om møteplikt for rådgivningsenheten. Den andre delen er selve møtet, hvor det vil bli gitt generell informasjon om narkotikaforbudet, konsekvenser av narkotikabruk og offentlige hjelpetilbud. Der som personen samtykker, kan det gjennomføres en kartlegging og individuelt tilpasset rådgivning. Den siste delen er ytterligere oppfølging og behandling basert på den enkeltes behov og samtykke.

I velferdsretten står samtykkeprinsippet sterkt. Prinsippet danner en ramme for kartlegging og oppfølging av mulige rusrelaterte problemer hos den enkelte. Utvalgets forslag innebærer at helsehjelp skal gis på en måte som harmonerer med disse bestemmelsene. Slik kartlegging, individuell rådgivning, og eventuelt ytter-

ligere oppfølging, skal bare gjøres på grunnlag av et informert samtykke.

Utvalgets forslag til reaksjonsmodell innebærer at politiet kan pålegge en person å møte for en rådgivningsenhet i kommunen der det avdekkes bruk av narkotika eller tilhørende befatning til egen bruk. Det anses ikke påkrevet å innhente samtykke fra personen saken gjelder, til å dele disse opplysningene. Deling av slik informasjon antas å falle innenfor det eksisterende lovfestede unntaket fra politiets taushetsplikt, jf. politiregisterloven § 30 første ledd, jf. politiregisterforskriften § 9-6 første ledd nr. 3 om utlevering av opplysninger til virksomheter som yter tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Rådgivningsenheten vil være en lovpålagt funksjon for kommunene, som lovreguleres gjennom en bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 7.

Utvalget har vurdert om personer som ikke aksepterer tilbud om helse- og velferdstiltak, skal ilegges noen form for sanksjoner. Rusreformens formål er å møte bruk av narkotika og besittelse av narkotika til egen bruk med tilbud om hjelp, og det er etter utvalgets oppfatning utelukket å tilbakeføre personer til straffesakskjeden hvis de ikke tar imot eller avbryter hjelpen som tilbys. Utvalget mener at også administrative sanksjoner bør utelukkes. Eventuelle unntak fra hovedregelen om at enhver skal stå fritt til å ta imot eller avslutte helsehjelp eller andre velferdstjenester, reguleres av eksisterende hjemler for bruk av tvang i lovgivningen på helsereettens område. Foranlediget av drøftelsen i kapittel 7 om Norges forpliktelser etter FNs narkotikakonvensjoner – hvor det er gitt uttrykk for en viss tolkningstilstand i spørsmålet om konvensjonene krever bruk av administrative sanksjoner etter en avkriminalisering – gir utvalget uttrykk for sitt syn på bruk av administrative gebyrer i tilfeller der oppmøteplikten ikke oppfylles.

Utvalget finner det ikke formålstjenlig å foreslå at reaksjonene «trappes opp» ved gjentatte overtredelser. Hvis en person nylig har vært pålagt oppmøteplikt og er kjent for tjenestene, vil det etter omstendighetene kunne være en adekvat håndtering at stoffet beslaglegges, uten at det innkalles til en ny samtale hos rådgivningsenheten. Rådgivningsenheten vil kunne foreta en vurdering av hensiktsmessigheten av å innkalle personen til møte etter mottatt melding fra politiet.

Utvalget foreslår ingen straffelignende reaksjoner for personer under 18 år. Rusmiddelbruk innebærer en større risiko for skadevirkninger for barn og unge enn for voksne. I tillegg har sam-

funnet et særskilt ansvar for å sørge for gode oppvekstvilkår for denne gruppen. Utvalget mener det gjennom helse- og sosialfaglige intervensjoner vil være mulig å motivere unge til å reflektere over sin rusmiddelbruk, og til å redusere eller avslutte denne, uten bruk av en straffetrussel. Utvalget foreslår ingen utvidet adgang til bruk av tvang overfor barn og unge, for eksempel i form av tvungen rustesting, som ikke allerede følger av dagens regelverk i helse- og omsorgstjenesteloven, barnevernloven eller lov om psykisk helsevern.

Utvalget har i henhold til mandatet vurdert om dagens alternative straffereaksjoner bør inngå i den nye modellen for samfunnets reaksjon på bruk og befatning med narkotika til egen bruk. Alternative straffereaksjoner forutsetter at en handling er straffbar. Ettersom utvalget foreslår å avkriminalisere narkotikabruk og tilhørende befatning med narkotika til egen bruk, er det ikke aktuelt å innføre alternative straffereaksjoner, som forutsetter et underliggende straffbart forhold.

Utvalget anbefaler ikke å innføre *tvungen* rusmiddeltesting, eller rustesting under *trussel om straffelignende tiltak*, som en del av oppfølging og kontroll. Den foreslåtte modellen er likevel ikke til hinder for at slik rusmiddeltesting kan avtales *fri-villig*.

I *kapittel 16* redegjøres det for hvordan utvalgets foreslåtte modell bør forankres organisatorisk og administrativt, og for hvordan modellens funksjoner bør innrettes.

Utvalget har, i henhold til sitt mandat, særskilt vurdert erfaringer fra reformen i Portugal, særlig de såkalte frarådningsnemndene. Etter utvalgets syn fremstår det ikke nødvendig å opprette nemnder som i Portugal for å gjennomføre en rusreform i tråd med regjeringens intensjoner. Utvalget foreslår en modell som er integrert i eksisterende etater som allerede ivaretar oppgaver overfor personer i sammenheng med deres rusmiddelbruk. En tydelig forankring i de sentrale helsemyndighetene var et uttalt suksesskriterium i den portugisiske tilnærmingen. Utvalgets modell er forankret i de ordinære helse- og velferdstjenestene, med et hovedansvar lagt til det kommunale forvaltningsnivået.

Utvalget foreslår å opprette en *rådgivende enhet for narkotikasaker*, enten i hver kommune, eller gjennom interkommunalt samarbeid mellom to eller flere kommuner der dette fremstår hensiktsmessig. Enhetens primære funksjon vil være å gi råd, informasjon og veiledning til personer som ilegges møteplikt for enheten på bakgrunn av

avdekket narkotikabruk eller befatning med narkotika til egen bruk. Utvalget mener det er nødvendig med en flerfaglig tilnærming for å kunne gi tilstrekkelig rådgivning og for å foreta en helhetlig og forsvarlig vurdering av behov hos personer med rusproblematikk. Utvalget foreslår derfor at rådgivningsenheten skal ha tilgang på både helsefaglig, herunder medisinskfaglig, psykologfaglig og sosialfaglig, så vel som erfaringsbasert kompetanse.

Saksgangen i den foreslåtte modellen vil innebære en meldings- og mottaksfase, en gjennomføringsfase og en avslutningsfase. Når politiet avdekker narkotikabruk eller befatning med narkotika til egen bruk som omfattes av utvalgets foreslåtte modell, melder politiet fra til rådgivningsenheten og ilegger personen oppmøteplikt for enheten. I hovedsak skal melding gå til personens bostedskommune for oppfølging der. På bakgrunn av meldingen fra politiet innkaller kommunen personen til et møte med rådgivningsenheten. Den nærmere mekanismen for hvordan oppmøtetidspunkt fastsettes og innkalling formidles, vil kunne fastsettes på lokalt nivå i samråd mellom politidistriktet og kommunen.

Utvalget foreslår at rådgivningsenheten gis en adgang til å vurdere hvorvidt det er formålstjenlig å kreve at møteplikten oppfylles i det konkrete tilfellet, og til unntaksvis å beslutte at personer *ikke* innkalles. En slik skjønsmessig adgang er hovedsakelig tenkt anvendt overfor personer som allerede er kjent for tjenestene og står i kontakt med aktuelle offentlige hjelpetjenester. Dette gir en mulighet til å prioritere bruken av tilgjengelige ressurser på en formålstjenlig måte og kan også bidra til å unngå en u hensiktsmessig belastning for personer som ellers ville bli innkalt til oppmøte med korte mellomrom.

Selve møtet med personen som er ilagt oppmøteplikt, gjennomføres i form av en samtale. Utvalget antar at det i utgangspunktet vil være tilstrekkelig med én person fra enheten til stede i møtet. Møtet vil ha to alternative innretninger avhengig av hvorvidt vedkommende som er ilagt møteplikt samtykker, eller ikke, til kartlegging av rusmiddelbruk, livssituasjon for øvrig samt mulig tjenestebehov. Det første alternativet omfatter personer som *ikke* gir samtykke til kartlegging og vil bestå av *generell rådgivning og informasjon*, som er obligatorisk i kraft av oppmøteplikten personen er ilagt av politiet. Det andre alternativet omfatter personer som samtykker til slik kartlegging.

Utvalgets forslag innebærer at saken avsluttes fra rådgivningsenhetens side etter gjennomført møte, og eventuell formidling av kontakt med,

eller henvisning til, relevante tjenester. Eventuell videre oppfølging skjer i de respektive tjenestene, etter personens samtykke og på grunnlag av personens tjenestebehov. Dersom personen ikke samtykker til videre oppfølging, men har et behandlingstrengende rusproblem eller annen lidelse, mener utvalget at rådgivningsenheten bør kunne oppfordre personen til å vurdere å medvirke til kartlegging. Denne formen for motive-ring er relevant når det knyttes en viss bekymring til vedkommendes liv og helse.

Utvalget har vurdert om barn og unge burde følges opp *utenfor* utvalgets foreslåtte modell. Etter utvalgets syn er det verken kostnadseffektivt eller faglig hensiktsmessig å lage to spor for reaksjoner på egen narkotikabruk basert på alder, hvorav det ene ligger i helse- og omsorgstjenesten og det andre for eksempel i barneverntjenesten. Utvalgets oppfatning er at barn og unge bør omfattes av den foreslåtte reaksjonsmodellen. Det vil imidlertid kunne være andre tiltak som er relevante overfor barn enn overfor voksne, herunder tiltak i barneverntjenesten som kan iverksettes uten barnets samtykke.

Etter utvalgets forslag skal rådgivende enhet imidlertid styrkes med barnevernfaglig kompetanse i alle saker som omhandler barn og unge under 18 år i den tverrfaglige vurderingen av tjenestebehov.

Barn og unge under 18 år som er ilagt møteplikt for enheten, skal innkalles med foreldre eller foresatte. Unntak kan gjøres dersom møteplikt for foreldre eller foresatte av særlige grunner bør unnlates, for eksempel der det er konkrete grunner til å tro at underretning til foreldre om narkotikabruk vil kunne medføre at barnet utsettes for fare. Foresatte kan gi samtykke til kartlegging av behandlings- og tjenestebehov, samt videre oppfølgingstilbud, på vegne av barn under 16 år. Ungdom som har fylt 16 år kan, etter eget ønske og dersom ungdommens modenhet tilsier det, gjennomføre samtale med rådgivningsenheten om kartlegging av egen rusmiddelbruk med videre alene, eller med en annen tillitsperson enn foreldre eller foresatte. Dette følger av alminnelige bestemmelser om mindreåriges stilling i pasient- og brukerrettighetsloven. Så lenge ungdommen er under 18 år, har foreldre, eller andre som har foreldreansvaret, likevel rett til å motta informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 fjerde ledd.

Saksbehandlingen i rådgivende enhet reguleres av gjeldende lovgivning i kommunens tjenester, i sektorlovgivning og de alminnelige reglene

om saksbehandlingen i forvaltningen som følger av forvaltningsloven kapittel III. Utvalget har ikke sett behov for å fravike gjeldende lovregulering. Forhold ved enhetens saksbehandling kan påklages etter alminnelige klageregler, men for tjenester som ytes av øvrige helsetjenester, gjelder klageadgangen som er nedfelt i den respektive sektorlovgivningen.

Behovet for et forsvarlig kunnskapsgrunnlag for riktig oppfølging, og ikke minst hensynet til brukers rettssikkerhet, tilsier at narkotikasaker registreres. Utvalget legger til grunn at opplysninger bør registreres. Adgangen til registeroppføringer bør begrenses til ansatte i kommunen som har tilknytning til rådgivningsenheten for narkotikasaker.

Utvalget foreslår at registrering av opplysninger inntil videre gjøres i eksisterende systemer i helse- og omsorgstjenesten fremfor at det utvikles og etableres et nytt journalsystem for rådgivende enhets saksbehandling og oppfølging. Utvalget legger til grunn at det kan gis adekvat beskyttelse av personopplysninger i systemene som kommunen benytter per i dag. Der hvor samtalen omfatter helsehjelp, altså der personen har samtykket til kartlegging av rusmiddelbruk med videre, vil det skrives journal på vanlig måte. På sikt kan det etableres egne moduler i journalsystemene, av hensyn både til personvern og muligheten for å skape mer treffsikker statistikk til evaluering og forskning.

Utvalget foreslår at også personer som ikke har fulle rettigheter til helsehjelp eller ikke er medlemmer av folketrygden, bør omfattes av den foreslåtte modellen. Det ville etter utvalgets oppfatning av prinsipielle grunner være svært uheldig å trekke et skille basert på nasjonalitet som får betydning for om befatning med narkotika til egen bruk skal være straffbar eller ikke. Omfanget av eventuelle helse- og velferdsrettede tiltak som kan tilrettelegges gjennom rådgivningsenheten i slike tilfeller, må vurderes konkret etter omstendighetene i saken.

I saker der barn er pårørende til en person som bruker narkotika, bør det alltid vurderes om barnet kan ha selvstendig oppfølgingsbehov fra andre deler av tjenesteapparatet, herunder tiltak fra barneverntjenesten. Det bør i så fall sikres at barnet kommer i kontakt med riktig instans, enten det er i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten.

I *kapittel 17* redegjør utvalget for sitt syn på evaluering og oppfølging av rusreformen. Utvalget peker på enkelte kunnskapsbehov for en videre utvikling av en *kunnskapsbasert* ruspolitikk.

Det legges til grunn at det bør utarbeides en plan for evaluering som inngår i kvalitetsarbeidet knyttet til modellen som utvalget foreslår. Funn i evalueringen vil kunne danne grunnlag for korrigerende eller forsterkende tiltak som bidrar til at formålene med reformen nås. Det legges til grunn at en systematisk evaluering bør pågå i en tiårsperiode, om den ikke gjøres tidsubestemt. Utvalget peker her også på ytterligere utredningsbehov på rusfeltet som sådan.

Utvalgets modell innebærer at politiet vil ha oppgaver knyttet til håndhevingen av det sivilrettslige forbudet mot narkotikabruk. I den anledning vil politiet nødvendigvis håndtere opplysninger om enkeltpersoners narkotikabruk. I *kapittel 18* vurderer derfor utvalget i hvilken grad politiet skal lagre opplysninger om sivilrettslige narkotikasaker, og for hvilke formål slike opplysninger skal kunne brukes.

Utvalget mener det vil være en god løsning å registrere opplysninger om håndheving av det sivilrettslige forbudet mot narkotikabruk og tilhørende befatning i politiets registre. For å unngå å etablere nye kostbare datasystemer kan registreringen inngå i eksisterende systemer for straffesaksbehandling eller systemer for saksbehandling av andre oppgaver.

Utvalget er kjent med at det i noen land som har gjennomført avkriminalisering, også er tatt skritt for å slette tidligere ilagte straffereaksjoner for handlingene, eller at det er vedtatt særskilte regler slik at slike reaksjoner ikke skal fremgå av politiattester. Utvalget foreslår en ordning der tidligere straffereaksjoner for overtredelse av legemiddeloven § 24 slettes, og hvor det kan søkes om å få slettet straffereaksjoner for overtredelse av straffeloven § 231, som etter reformen ikke lenger er straffbare.

Utvalget skisserer et tiltak for å lempe på gjeldsbyrden til personer med alvorlige rusproblemer, som samtidig vil kunne bidra til å styrke motivasjonen for rusbehandling.

Kapittel 19 beskriver økonomiske og administrative konsekvenser av utvalgets forslag. Der drøftes det også i hvilken grad en rusreform kan gjennomføres uten økte bevilgninger. Det vises til Oslo Economics' utredning av kostnader knyttet til dagens regulering og kostnader knyttet til utvalgets foreslåtte modell (inntatt som digitale vedlegg til utredningen).

Utvalgsmedlem Swahns dissens er inntatt i *kapittel 20*. Swahn forstår mandatet slik at utvalgets oppdrag er å foreslå en modell som skal gjelde for rusavhengige. Det anses utfordrende å kommunisere rundt betydningen av avkriminali-

sering. Det vil være relativt enkelt å sende et klart og tydelig budskap om at narkotika fortsatt er ulovlig, men mange vil trolig tolke summen av samfunnets signaler ved en avkriminalisering som at narkotika nå har blitt lovlig. Særlig gjelder dette brukere av narkotika og potensielle brukere av narkotika. En slik fortolkning vil påvirke befolkningens tilbøyelighet til å prøve narkotika. Det anses sannsynlig at politiet vil endre sin praksis i retning av å bruke betydelig mindre ressurser på å avdekke bruk og besittelse av narkotika, og muligheten til å ivareta det kriminalitetsforebyggende samfunnsoppdraget i politiets forvaltningsvirksomhet vil bli svekket. Informasjonsmengden i den enkelte sak vil bli mindre når det ikke iverksettes etterforskning, men i stedet bruker for eksempel et registreringsskjema for å registrere tid, sted, situasjon og mengde. Avkriminalisering vil også svekke effektiviteten i arbeidet med å returnere utenlandske borgere som begår narkotikakriminalitet.

Swahns *prinsipale anbefaling* er å videreføre dagens mulighet for bruk av straff, med enkelte presiseringer. Bruk av straff overfor narkotika-avhengige anbefales som hovedregel ikke, og dette kan reguleres gjennom for eksempel påtale-direktiv. For å styrke helsehjelpen bør det i tillegg til den styrkede helsehjelpen som flertallet foreslår, opprettes «drop-in»-plasser som er døgn-kontinuerlig tilgjengelige. Dagens alternative straffereaksjoner bør utvides for ikke-avhengige brukere av narkotika. Det bør innføres en obligatorisk foreldreveiledningssamtale dersom perso-

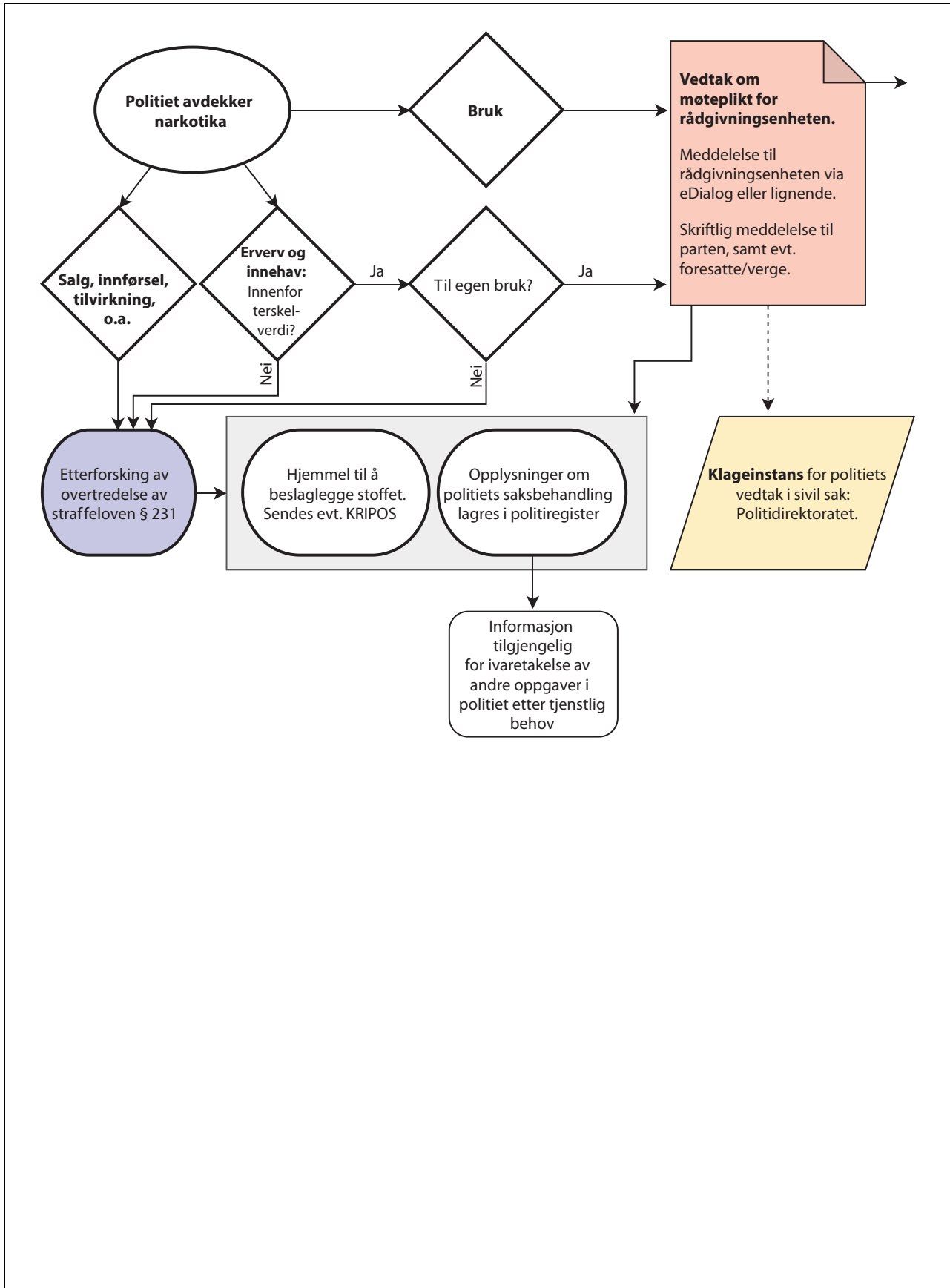
ner under 18 år tas for bruk og besittelse av narkotika. Swahn kan *subsidiært* stille seg bak utvalgets anbefalte modell, med to justeringer, dersom Stortinget skulle vedta avkriminalisering for bruk og besittelse til egen bruk for alle typer narkotika og for alle brukergrupper. Swahn anbefaler for det første at terskelverdiene som utgjør den kvantitative øvre grensen for utvalgets foreslåtte modell bør settes lavere enn det flertallet foreslår (se kapittel 13). For det annet anbefaler Swahn at politiet gis avdekkingshjelm som strekker seg like langt som dagens adgang til ransaking (se kapittel 14).

2.5 Merknader til utvalgets lovforslag og samlet lovutkast

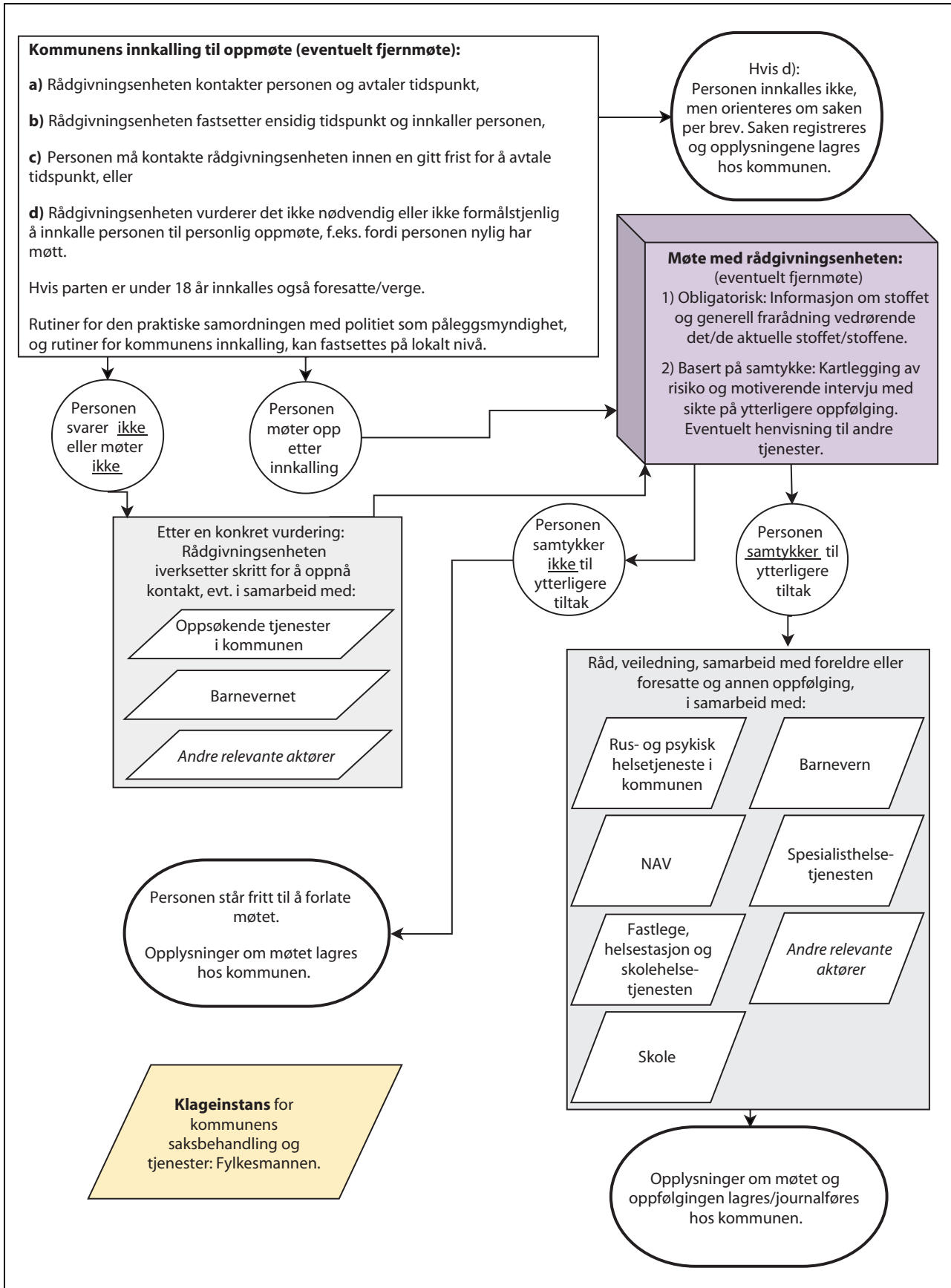
I utredningens del V beskrives lovforslag som anses nødvendige for å gjennomføre utvalgets foreslåtte reform.

I *kapittel 21* drøfter utvalget enkelte spørsmål om regelstruktur. Det legges til grunn at bestemmelser om politiets og rådgivningsenhetens oppgaver bør innlemmes i henholdsvis politiloven og helse- og omsorgstjenesteloven fremfor å gis samlet i én ny lov. Enkelte detaljer, først og fremst terskelverdiene som angir de øvre mengdebegrensningene for straffrihet etter utvalgets foreslåtte modell, foreslås regulert i forskrift.

Kapittel 22 og 23 inneholder henholdsvis merknader til de enkelte bestemmelsene, og selve lovutkastet.



Figur 2.1 Flytskjema for utvalgets foreslåtte modell (1 av 2)



Figur 2.2 Flytskjema for utvalgets foreslåtte modell (2 av 2)

Del II
Bakgrunn og forutsetninger for rusreform

Kapittel 3

Hovedlinjer i norsk narkotikapolitikk

3.1 Innledning

Norge har, sammenlignet med andre europeiske land, hatt en restriktiv narkotikapolitikk med høye strafferammer. En norsk rusreform som innebærer en dreining vekk fra straff, mot helsehjelp for brukere, vil utgjøre et historisk skifte i norsk ruspolitikk. Reformen innebærer en endring i tenkningen og holdningen til hva et rusproblem er, og hvordan vi som samfunn skal møte dette problemet. Bakgrunnen er en erkjennelse av at rusproblematikk først og fremst er en helseutfordring, ikke et straffepolitisk anliggende. I regjeringens mandat til Rusreformutvalget heter det:

«Straffefølgning av bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk har bidratt til stigmatisering, marginalisering og sosial utstøting og kan ha stått i veien for å møte den enkelte bruker med hensiktsmessige og tilpassede tilbud og oppfølging.»

I dette kapitlet går utvalget nærmere gjennom bakgrunnen for regjeringens rusreform ved å trekke hovedlinjene i norsk narkotikapolitikk, fra den straffedominerte fase fra omkring 1965 til den straffekritiske og helserettede tilnærmingen på 2000-tallet frem til dagens avkriminaliseringsdebatt.

Et karakteristisk trekk ved rusfeltets historie er at narkotikalovgivningen og det rettshåndhevende apparat som har vokst frem, har vært sterkt preget av hvilket syn på bruk av narkotika som til enhver tid har vært dominerende. Bestemte handlinger i relasjon til bestemte illegale rusmidler har blitt kriminalisert. Sentrale spørsmål er hvordan og hvorfor lovgivningen definerer bestemte handlinger som kriminelle, og hvordan overtredelser som følge av det straffes.¹

Kriminaliseringsprosesser kan imidlertid ikke bare ses i lys av selve lovgivningen (*de jure*), men også ut fra hvordan myndighetene faktisk håndhever lovgivningen (*de facto*). Det kan være stor

avstand mellom uttalte narkotikapolitiske formål og politikk i praksis. Det er derfor viktig å se narkotikapolitikken ikke bare ut fra hvordan regelverket har blitt utformet, men også i lys av hvordan det har blitt implementert, og hvilke konsekvenser dette har hatt på individ- og samfunnsnivå.

Formålet med gjennomgangen er å synliggjøre bakgrunnen for dagens regulering av narkotika til egen bruk og håndhevingen av reglene på rusfeltet. En slik historisk rekonstruksjon av politikk, rett og praksis vil kunne bidra til å belyse både tilsiktede og utilsiktede effekter av lovgivningen. Samtidig vil fremstillingen bidra til å synliggjøre rusreformens utgangspunkt og dens utfordringer.

I punkt 3.2 beskrives fremveksten av kontrollpolitikken, hovedsakelig gjennom kriminalisering av befatning med narkotika til egen bruk. Rettspolitisk kritikk av kriminaliseringen behandles i punkt 3.3. I punkt 3.4 behandles utviklingstrekk i bruken av straff, før hovedlinjer i helse- og sosialpolitikken på rusfeltet behandles i punkt 3.5. I punkt 3.6 gis en oversikt over behandlingstilbud og tiltak som tar sikte på skadereduksjon. Punkt 3.7 tar for seg brukermedvirkning og brukerorganisasjoner. Øvrig ruspolitisk organisasjonsliv beskrives overordnet i punkt 3.8. Avslutningsvis, i punkt 3.9, omtales kort noen forhold som synes å ha vært av betydning for dagens debatt om avkriminalisering,

3.2 Fremveksten av narkotikakontroll

3.2.1 Opiumslovene

Kriminalisering var ikke et sentralt tema i den første narkotikapolitiske periode, fra opiumslovene av 1913 og frem til kriminalpolitikken gjennombrudd i 1965.² Perioden blir omtalt som

¹ Houborg (2011); Ødegård (2011).

² Brit Bergesen Lind gjorde den første undersøkelsen av norsk narkotikapolitikk, se Lind (1974). Lind karakteriserer utviklingen i ulike perioder ut fra overordnede kjennetegn som «beredskapsfasen» (1913–1928), «den helsedominerte fase» (1928–1965) og «den strafferettsdominerte fase» (1965–).

en strafferettslig «beredskapsfase»,³ men narkotikapolitikken i Norge, og i store deler av Europa, ble frem til slutten av 1950-årene betraktet primært som et medisinsk anliggende.⁴ Bruken var i hovedsak knyttet til en liten andel voksne som hadde lovlig tilgang til morfin gjennom helsevesenet. Ikke-medisinsk bruk av narkotika ble sett på som et helseproblem og var mest utbredt blant medisinsk personell og pasienter som var blitt avhengige gjennom medisiner og legeforskrevede smertestillende preparater. Narkotikakontrollen hadde primært konsentrert seg om faglige kvalitetsstandarder for legers utskrivningspraksis og å sikre mot uautorisert bruk av legemidler utenfor det medisinske systemet.⁵ Helselovgivningen ble derfor skjerpet og kontrolltiltak innført for å hindre økende ikke-medisinsk bruk av medikamenter blant helsepersonell og for å få bedre kontroll med markedsføring og produksjon av potensielt avhengighetsskapende medikamenter. Samtidig ble det tidlig etablert et internasjonalt samarbeid på narkotikafeltet i form av forpliktende avtaler om streng kontroll med produksjon og innførsel av opiater og kokain som begrenset handlefriheten i narkotikapolitikken i årene fremover.⁶

I Norge ble det som fremstilles som den første narkotikapolitiske fase, innledet av at den første loven om narkotika ble vedtatt.⁷ Gjennom lov 21. juni 1913 om ind- og utførsel av opium m.m. (opiumsloven) ble det gitt særskilte lovbestemmelser om stoffer som i dag omtales som narkotika. Den direkte foranledningen til opiumsloven var Norges tilslutning til en konvensjon undertegnet i Haag i 1912 om kontroll av den internasjonale opiumshandelen (se kapittel 7 for en redegjørelse for det folkerettslige samarbeidet om bekjempelse av narkotikaproblemer).⁸ Overholdelse av konvensjonen krevde nye hjemler i norsk intern rett for restriksjoner på omsetning av opium, blant annet for å innskrenke inn- og utførsel av råopium og opium preparert for røyking.

Det ble lagt til grunn at overtredelser av forskriftene kunne straffes med bøter etter dagjeldende straffelov § 361 om overtredelse av forskrif-

ter om legemidler, gift eller andre sunnhetsfarlige stoffer, eller om nødvendig § 339 nr. 2 om overtredelse av forskrifter gitt under trussel om straff.⁹ Det ble derfor ikke inntatt noen egen straffebestemmelse i loven.

Den 1. juni 1928 vedtok Stortinget en ny lov om opium med videre. Etter lovens § 1 kom den til anvendelse på «opium og andre bedøvende stoffer, som ansees egnet til misbruk og kan lede til lignende skadevirkning – etter Kongens nærmere bestemmelse».

Bakgrunnen for utarbeidelsen av loven av 1928 var en oppfatning av at bestemmelsene for ulovlig befatning med opium og andre farlige stoffer ikke var tilstrekkelige til å motarbeide den internasjonale organiserte «smughandel».¹⁰ Dette kom til uttrykk blant annet gjennom en henstilling fra generalsekretæren for Folkeforbundet til medlemslandene om å skjerpe straffene i sin nasjonale lovgivning,¹¹ og en ny opiumskonvensjon ble inngått i 1925.¹² En henvendelse fra Oslo politikammer til Justisdepartementet beskrev utfordringer i bekjempelsen av kokainomsetning.¹³ På den annen side ville det, etter politikammerets vurdering, som i det vesentlige ble tiltrådt av riksadvokaten, «formentlig ikke være praktisk og heller ikke rettferdig å sette straff for kjøpere av giften; dels vil beviset for salg derved kunne svikte, kfr. straffeprosesslovens § 177, og derhos er vel de fleste, som misbruker giften, i den forfatning, at kurbehandling – og ikke straff – burde være det rette».¹⁴

Den nye loven forbød innførsel, omsetning, sending, gjennomførsel, utførsel og tilvirkning av stoffer som ikke var til medisinsk, vitenskapelig eller teknisk bruk, og ga regjeringen kompetanse til å gi nærmere bestemmelser om dette. Overtredelser av loven av 1928 ble gjort straffbare med bøter eller fengsel i inntil 6 måneder (eller begge deler), jf. lovens § 4. Dette svarte til straffenivået for overtredelse av brennevinslovgivningen.¹⁵ Loven var i stor utstrekning en fullmaktslov som ga regjeringen mulighet til å fastsette bestemmelser i forskrift. Blant annet skulle regjeringen fastsette hvilke

³ Lind (1974).

⁴ Ødegård (2011).

⁵ Schiøtz (2017).

⁶ Hauge (1989b).

⁷ Lind (1974).

⁸ International Opium Convention, Haag, 23. januar 1912, League of Nations, Treaty Series, vol. 8, s. 187. Konvensjonen trådte i kraft for Norge 12. november 1914. Om bakgrunnen for opiumsloven av 1913, se Ot.prp. nr. 19 (1913) s. 1–3 og Ot.prp. nr. 28 (1963–64) s. 15.

⁹ Ot.prp. nr. 19 (1913) *Om utfærdigelse av en lov om ind- og utførsel av opium m. m.* s. 4. Se også Straffelovrådet (1967) s. 6.

¹⁰ Ot.prp. nr. 38 (1928) *Om utfærdigelse av en lov om opium m.v.* s. 1.

¹¹ Ot.prp. nr. 38 (1928) s. 1.

¹² International Opium Convention, Genève 19. februar 1925, League of Nations, Treaty Series, vol. 81, s. 319. Norge sluttet seg til konvensjonen 16. mars 1931.

¹³ Ot.prp. nr. 38 (1928) s. 4.

¹⁴ Ot.prp. nr. 38 (1928) s. 5.

¹⁵ Ot.prp. nr. 38 (1928) s. 6.

stoffer som skulle omfattes av forbudet. Loven etablerte dermed dagens ordning med en narkotikaliste fastsatt i forskrift som kan oppdateres fortløpende uten behov for lovendringer.¹⁶

Som i all etterfølgende narkotikalovgivning ble det i fastsettelsen av strafferamme i opiumsloven ikke skilt mellom lovbrudd som gjaldt ulike *typer* stoffer. *Erverv* (med eller uten vederlag) og *besittelse* uten lovlig atkomst ble gjort straffbart, med samme strafferamme som innførsel og omsetning. Straffebudet ble ikke avgrenset mot kjøp av stoff til egen bruk, slik Oslo politikammer hadde tatt til orde for, men lovens ordlyd rammet derimot ikke uttrykkelig selve *bruken* av rusmidlene.

3.2.2 Den strafferettsdominerte periode

3.2.2.1 Forestillingen om narkotikaproblemet som epidemi

På 1960-tallet oppsto et nytt narkotikaproblem som skulle medføre en svært betydelig endring av samfunnets reaksjoner på narkotikalovbrudd. For det første fikk bruken innpass i yngre aldersgrupper, og det ble særlig uttrykt bekymring om ungdommers bruk av narkotika. Bekymringen knyttet til voksne menneskers ikke-medisinske bruk av legemidler kom i bakgrunnen. Et hovedtema var frykten for en fremtidig utvikling av narkotikabruken og forestillingen om den «unge narkotikabrukeren» som svak, et lett påvirkelig offer for moderne rotløshet, tap av mening og fremmedgjøring.¹⁷

I tillegg oppsto et nytt bruksmønster¹⁸ knyttet til nye stoffer, først og fremst cannabis, men også sterke hallusinogene stoffer. Oppmerksomheten ble i stor grad rettet mot farene ved bruk av cannabis, som ble sett på som et meget skadelig stoff som kunne føre til psykotiske tilstander, og hvor engangsbruk kunne føre til dyp avhengighet.¹⁹

Bruk av narkotika ble nå primært forstått som et *sosialt fenomen* og ikke lenger hovedsakelig som enkeltindivider som utviklet avhengighet på bakgrunn av medisinsk behandling. Bruken var ikke primært knyttet til bestemte problemer ved den enkelte ungdom, men ved særskilte normer, holdninger og verdier i en definert gruppe – ungdom brukte narkotika for rusens skyld, til egen nytelse og i fellesskap med andre i miljøer der den sosiale kontrollen var svak.

¹⁶ Se någjeldende forskrift 14. februar 2013 nr. 199 om narkotika.

¹⁷ Evang (1973).

¹⁸ Sandberg og Pedersen (2010).

¹⁹ Schiøtz (2017).

En epidemimodell ble styrende for forståelsen av narkomani.²⁰ Narkotikaproblemet ble ikke bare knyttet til sosialt avvik, mangel på uformell sosial kontroll og kriminalitet, men ble også sett på som *smittsomt*. I Skandinavia hadde helsedirektør Karl Evang og den svenske legen Nils Bejerot stor betydning for den sosialmedisinske epidemimodellens gjennomslag. I en toneangivende artikkel i *Läkartidningen* i 1965 skriver Bejerot at «hver misbruker bør [...] betraktes som en potensiell smitterisiko for epidemiens videre utvikling».²¹ Smittefare- og epidemimetaborene ble grunnleggende og udiskutable forestillinger i synet på narkotika, og medisinskfaglige oppfatninger om stoffenes sterkt skadelige og avhengighetsskapende virkninger preget debatten.

3.2.2.2 Åpne russcener og den politiske debatten om narkotikaproblemet

Mot slutten av 1960-tallet oppsto også et nytt narkotikarelatert fenomen som i flere tiår skulle bli gjenstand for økt bekymring, debatt og omfattende medieoppmerksomhet: «åpne russcener».²² Den første åpne russcenen for narkotika i Norge ble etablert våren 1966, da en gruppe ungdommer som brukte og omsatte narkotika, i all hovedsak cannabis, begynte å samle seg i Slottsparken i Oslo.²³ Det samme skjedde i Nygårdsparken i Bergen.²⁴ Dette markerte starten på det åpne rusmiljøet som et storbyproblem, et problem som skulle få stor oppmerksomhet og kontrollpolitisk betydning i tiden fremover. I starten besto denne russcenen av ungdom fra relativt gode kår, inspirert av ungdomsopprør og hippiekultur i USA og Europa, og den ble satt i sammenheng med en eksperimenterende og opposisjonell livstil i protest mot foreldregenerasjonens konformitetspress og materialistiske verdier.²⁵

Denne lille ansamlingen av ungdom i Slottsparken fikk omfattende dekning i norske medier.²⁶ Slottsparkmiljøet ble fremstilt som en smittekilde som kunne spre seg til en hel ungdomsgenerasjon. Bekymringen var knyttet til at

²⁰ Hauge (2000).

²¹ Bejerot (1965) i *Läkartidningen*, s. 4234, sitert på norsk i Ødegård (2011) s. 5.

²² En åpen russcene kan defineres som en permanent konsentrasjon av rusmiddelmissbrukere i et bestemt offentlig område der salg og bruk av narkotika skjer åpenlyst, se Bless, Koot og Freeman (1995).

²³ Olsen og Skretting (2006).

²⁴ Lundeberg og Mjåland (2017).

²⁵ Christie (1968), Olsen (under utgivelse).

²⁶ Ødegård (2011).

miljøets rusadferd var et uttrykk for en aksepterende holdning til nytelsesbruk av cannabis blant relativt alminnelige unge mennesker, som ikke bare var forbeholdt en liten, avvikende subkultur.

Ordsiftet om problemet med åpne russcener var til tider tilspisset. For eksempel lød et spørsmål fra en stortingsrepresentant til justisministeren i 1970 slik:²⁷

«Vil Justisministeren foerta (sic) seg noe for å rive opp i det internasjonale narkotikamiljøet i Slottsparken som på grunn av at tilreisende ungdom lærer å bruke stoffet der, er blitt en smittekilde for hele landet, og er Justisministeren merksam på at Oslos sentrale park og Slottets omgivelser på denne måte blir tilsvinet og dermed skjemmer landets hovedstad?»

I svaret fra justisministeren, som bygget på en redegjørelse fra politimesteren i Oslo, ble det blant annet uttalt at det «dreier seg om en viss type ungdom som gjerne slår seg til på bestemte sentrale steder i storbyene, særlig i tunnelbaner, torv og parker, hvor de på grunn av sitt ofte påfallende ytre og sin opptreden som regel ikke unnlater å vekke oppmerksomhet – ja, irritasjon».²⁸ Politiets vurdering var at denne ungdomsgruppen som sådan ikke representerte noe «vesentlig ordensmessig problem», men det ble opplyst at en i tiden fremover ville «ha sin oppmerksomhet rettet på forholdene».²⁹

De åpne russcenene endret karakter utover 1970-tallet. Fra å omfatte middelklasseungdom og hippiekultur ble russcenene tilholdssted for en ny subkultur av vanskeligstilte mennesker med belastet sosial bakgrunn som brukte sterkere stoffer.³⁰ Rusmiljøene ble en arena for profitbasert omsetning av stoff utenfor helsevesenet og medisinsk kontroll, og denne distribusjonen vakte bekymring. Mange som frekventerte miljøet, bar synlig preg av livsstilen og rusbruken og fremsto slitne og med dårlig helsetilstand. Det oppsto en offentlig og politisk debatt om at unge mennesker som både brukte ulovlige stoffer og var i en dårlig helsetilstand, oppholdt seg i storbyenes sentrum.³¹ Det handlet nå også om marginaliserte grupper som skaffet seg rusmidler ved hjelp av

ulike kriminelle aktiviteter, såkalt narkotikarelatert kriminalitet.

Selv om det ikke fantes sikre tall over omfanget av problemet, ble siste halvdel av 1960-tallet og første del av 1970-tallet preget av panikk, og debatten inneholdt sterke elementer av moralsk fordømmelse og av stereotype karakteristikker av de gruppene som var i befatning med narkotika.³²

Endringen i narkotikapolitikken fra 1960-tallet og til i dag må forstås ut fra at problemets karakter faktisk endret seg, men også at *forestillingen* om problemets karakter endret seg.³³ En sterk bekymring knyttet til forestillingen av rusmisbruk som smittefarlig, med stort vekstpotensial, er beskrevet som den avgjørende drivkraften bak nødvendigheten av å innføre en formell sosial kontroll av misbrukere gjennom kriminalisering av narkotika.³⁴

Ifølge en analyse av språkbruk og argumentasjon i Stortinget om narkotikaproblemet i perioden 1966–2001 var debattene i perioden 1966–1976 preget av stor grad av enighet, og i liten grad egentlig diskusjon.³⁵ En overordnet konklusjon i studien er at stereotype fremstillinger preget de narkotikapolitiske debattene, mens vitenskapelige konstruksjoner av narkotikaproblemet har spilt en underordnet rolle.³⁶ Dette innebærer at narkotikapolitikken i liten grad ble gjenstand for kritisk drøfting.³⁷

3.2.2.3 Nye lovbestemmelser i møte med nye former for bruk av narkotika: legemiddeloven av 1964 § 43 og straffeloven av 1902 § 162 (1964–68)

Lov 20. juni 1964 nr. 5 om legemidler med videre (legemiddeloven av 1964) avløste opiumsloven av 1928. Lovens § 22 gjorde det forbudt «uten lovlig adkomst å være i besittelse av narkotika mv. og å skaffe seg adgang til å få kjøpt slike varer under falske opplysninger». En forskriftsbestemmelse gitt i medhold av loven forbød også selve bruken av stoffene.³⁸ Den alminnelige strafferammen for

²⁷ Stortingstidende inneholdende 114. ordentlige Stortingsforhandlinger 1969–70, forhandlinger i Stortinget. 20. mai 1970, spørsmål 8 s. 2796.

²⁸ Ødegård (2011).

²⁹ Ødegård (2011).

³⁰ Olsen og Skretting (2006).

³¹ Olsen (under utgivelse).

³² Christie (1968); Sander (2011).

³³ Ødegård (2011) s. 4.

³⁴ Se også Houborg (2011) om en tilsvarende situasjon i Danmark.

³⁵ Sander (2011) del 6.1.

³⁶ Sander (2011).

³⁷ Sander (2011).

³⁸ Skretting og Amundsen (2018); Skretting (2013). Se også Straffelovrådet (1967) s. 8 og 19. I Høyesteretts kjennelse publisert i Rt. 1967 s. 612, ble det avgjort under dissens at lov 4. desember 1992 nr. 132 om legemidler mv. ga tilstrekkelig hjemmel til forskriftens straffebud mot bruk, selv om bruk ikke var nevnt i hjemmelsoven. Bestemmelsene ga ikke grunnlag for rettsvillfarelse som utelukket straffeskyld.

overtredelse av loven, eller forskrifter, forbud eller påbud gitt med hjemmel i loven, ble satt til bøter eller fengsel inntil tre måneder, jf. § 43. Bestemmelsens tredje ledd hevet strafferammen til 2 år dersom den straffbare handlingen gjaldt stoffer som var omfattet av lovens kapittel VI om narkotika med videre.³⁹

I september 1966 ba Justis- og politidepartementet Straffelovrådet, Det sakkyndige råd for strafferettslige spørsmål,⁴⁰ vurdere spørsmålet om hvorvidt den gjeldende straffebestemmelsen for ulovlige handlinger vedrørende narkotika var tilstrekkelig. Dette omfattet en vurdering av forhøyning av strafferammen og den lovtekniske utformingen og plasseringen av straffebestemmelsen.⁴¹ På dette tidspunktet var den strengeste straff som var blitt idømt for ulovlige handlinger knyttet til narkotika, ubetinget fengsel i 10 måneder.⁴²

Bakgrunnen for at disse spørsmålene nå ble viet fornyet interesse fra et strafferettslig synspunkt, var at narkotikaproblemer ble ansett å ha antatt en ny form (se punkt 3.2.2.1). I departementets proposisjon på grunnlag av Straffelovrådets innstilling i 1967 beskrives en ny og annerledes rusproblematikk, der stoffene brukes i grupper av ungdomsmiljøer og skaffes til veie gjennom internasjonale «narkotikabander» heller enn via ordinære medisinske kanaler.⁴³

Straffelovrådet påpekte samtidig at «forbud og straff i seg selv er utilstrekkelig til å løse vedkommendes personlige og sosiale problemer», og at det «overfor mange misbrukere først og fremst vil være behov for hjelpe- og støttetiltak, og i flere tilfelle for et kurativt påvirkningsarbeid».⁴⁴

Konklusjonen om at det likevel var behov for å strafflegge besittelse og bruk av narkotika synes hovedsakelig å støtte seg til tre grunnleggende synspunkter:

For det første viste Straffelovrådet til Bejerots forskning på smitterisiko forbundet med narko-

tikabruk, og la til grunn at «enhver misbruker av narkotiske stoffer – i en situasjon som den vi har nå – [må] betraktes som en potensiell smitterisiko for epidemiens videre utvikling».⁴⁵ Samfunnet måtte «søke å hindre utglidning på dette område ved å anvende midler som kan virke bremsende, herunder sanksjoner av strafferettslig karakter».⁴⁶

For det andre ble det lagt vekt på den antatte virkningen straffebud har på befolkningens atferd:

«Straffebud mot uhjemlet besittelse og uberettiget bruk av narkotika kan virke med til å forme almenhetens innstilling til slike giftstoffer og til å prege almenhetens adferd på dette område. Denne moral- og vanedannende virkning må anses å ha særlig betydning i en tid da bruk av slike midler blir mer alminnelig kjent enn før og appellerer til nyfikenhet og interesse, ikke minst blant ungdom. Den omstendighet at uberettiget bruk er straffbar, må også antas å virke avskrekkende overfor en del av dem som ellers kan tenkes å ville innlate seg på misbruk av narkotika.»⁴⁷

For det tredje ble det lagt vekt på at strafferettslige reaksjoner i visse tilfeller kan skape et handlingsrom for nødvendig medisinsk behandling. Det ble i denne forbindelse vist til muligheten for å bruke påtaleunntatelse eller betinget dom for å iverksette terapeutiske tiltak og muligheten for iverksette kurativt påvirkningsarbeid ved fullbyrdelse av en dom på ubetinget fengselsstraff.

På grunnlag av Straffelovrådets innstilling ble det i 1968 vedtatt endringer i bestemmelsene i legemiddeloven av 1964 om straff for bruk og besittelse av narkotika.⁴⁸ Lovens § 22 første ledd ble revidert slik at det fremgikk uttrykkelig av bestemmelsen at også *bruk* av narkotika uten lovlig atkomst var forbudt og straffbart, med en strafferamme på bøter eller fengsel i inntil 3 måneder, jf. § 43 første ledd. Etter § 43 annet ledd var innførsel, utførsel, gjennomførsel, omsetning, utlevering, sending eller besittelse av narkotika, jf.

³⁹ Se også omtale av bestemmelsen i Straffelovrådet (1967), s. 7.

⁴⁰ Det sakkyndige råd for strafferettslige spørsmål var et ekspertorgan som ble opprettet i 1947. Organet skulle utrede og legge frem forslag til endringer i straffelovgivningen etter nærmere oppdrag fra Justisdepartementet. Rådet besto av faste sakkyndige medlemmer og ble ledet av en jurist. Annen ekspertise kunne bli engasjert i enkeltutredninger etter behov. Rådet var virksomt frem til 2000. I 2019 ble Straffelovrådet imidlertid gjenopprettet.

⁴¹ Straffelovrådet (1967).

⁴² Ot.prp. nr. 46 (1967–68) *Om lov om endrede straffebestemmelser for overtredelser av regler i lovgivningen om narkotika m. m.* s. 15.

⁴³ Ot.prp. nr. 46 (1967–68) s. 5.

⁴⁴ Se Straffelovrådet (1967) s. 15–16.

⁴⁵ Straffelovrådet (1967) s. 16. Se også Ot.prp. nr. 46 (1967–68) s. 14, der Straffelovrådet skriver om en utvikling med «et epidemi-lignende narkotika-misbruk blant ungdom». Se også Ot.prp. nr. 46 (1967–68) s. 7, der departementet beskriver Straffelovrådets syn: «I denne forbindelse pekes det på at enhver narkotikamisbruker i den situasjon som vi nå har, representerer en potensiell smitterisiko for andre.»

⁴⁶ Straffelovrådet (1967) s. 16.

⁴⁷ Straffelovrådet (1967) s. 16.

⁴⁸ Se lov 14. juni 1968 om endrede straffebestemmelser for overtredelser av regler i lovgivningen om narkotika m.m.

lovens kapittel VI, straffbart med bøter eller fengsel inntil 2 år.

I lovvedtaket fra 1968 ble det også innført en ny § 162 i straffeloven av 1902. Denne nye § 162 oppstilte en strafferamme på fengsel i inntil 6 år:

«Den som til et større antall personer eller mot betydelig vederlag eller under andre særlig skjerpene omstendigheter ulovlig overdrar eller medvirker til å overdra stoffer som etter lov eller regler fastsatt med hjemmel i lov anses som narkotika, straffes med fengsel inntil seks år. Bøter kan anvendes sammen med fengselsstraff.

På samme måte straffes ulovlig tilvirkning, innførsel, utførsel, gjennomførsel, erverv, utlevering, sending eller oppbevaring av slike stoffer for å foreta omsetning som nevnt i første ledd, eller medvirkning hertil.»⁴⁹

Bestemmelsen fikk etter hvert det uoffisielle kortnavnet «proffparagrafen».⁵⁰

En viktig kontrollpolitisk diskusjon som ble reist i kjølvannet av lovreformarbeidet, var spørsmålet om farlighetskriteriet, nærmere bestemt om lovovertrедelser som omfattet cannabis, skulle straffes mildere. Skadevirkningen av cannabis i forhold til andre stoffer ble i proposisjonen fra 1967 viet særskilt oppmerksomhet. Bakgrunnen var en særskilt *orientering om hallusinogener og marihuana* utarbeidet av dosent dr.med. Nils Retterstøl som var bilagt Straffelovrådets innstilling. På grunnlag av tilgjengelig forskning basert på materiale fra Bengal, Egypt og USA, og med henvisning til foreliggende forskningslitteratur, konkluderte Retterstøl slik:

«Det er neppe tvil om at marihuana må sies å være et farlig stoff. Det er forståelig, og etter min mening, riktig at man forsøker å forhindre at dette stoff vinner innpass i vårt land, så meget mer som marihuana overhodet ikke har noen anvendelse som legemiddel.»⁵¹

På grunnlag av denne sakkyndige vurderingen la departementet til grunn at bruk av marihuana ikke i særlig grad fører til fysisk avhengighet av stoffet, men at det kan medføre psykisk avhengighet. Videre ble det påpekt at cannabis og canna-

bisharpiks var underlagt vidtgående kontrolltiltak etter FNs narkotikakonvensjon av 1961, og at en derfor ikke uten å bryte konvensjonen kunne gå inn for å behandle marihuana «som et forholdsvis uskyldig stoff».⁵² Departementet bemerket videre at man «[u]ansett hvor store eller små skader brukerne av marihuana måtte påføre seg selv» måtte ta hensyn til at den som bruker stoffet i en gruppe, i praksis vil påvirke andre til å gjøre det samme, og at «når man først har etablert et narkotikamiljø, vil det lett kunne skje en utglidning til verre misbruk».⁵³

Selv om det i lovendringsdebatten ble differensiert mellom ulike stoffer og deres potensial for avhengighet og skader ved bruk, ble det ikke foreslått ulike strafferammer for bruk eller salg av ulike stoff. Frykten for ufarliggjøring av mildere stoffer ved et slikt skille ble ansett som viktig. Oppfatningen av cannabisbruk som et startpunkt for misbruk og av den sosiale smittefaren ved enhver bruk gjorde det ikke ønskelig å forskjellsbehandle rusmidlene i strafferettslig forstand. Signaleffekten om farligheten av alle stoffer ble fortsatt ansett som et viktig narkotikabekjempende virkemiddel.

3.2.2.4 Straffeskjerpelser (1972–1981)

Strafferammene for narkotikalovbrudd i straffeloven § 162 ble i perioden 1972–1981 hevet to ganger. Etablering av et tydeligere skille mellom brukere og storskalaselgere (de profesjonelle) ble en viktig kriminalpolitisk distinksjon for de straffeskjerpene forslagene i denne perioden. En moralsk fordømmelse av selgere som profitterte på andres ulykke, var en dominerende bakgrunn for lovendringsdebatten.⁵⁴ For å ramme disse ble strafferammen i § 162 først hevet fra 6 til 10 år i 1972.⁵⁵ I forarbeidene til lovendringen ble det lagt til grunn at

«narkotikaforbrytelser av profesjonell karakter må betraktes som noen av de mest alvorlige forbrytelser i vårt samfunn. [...] Det understrekes at det er med sikte på å ramme profesjonelle narkotikaforbrytere at forhøyelsen foreslås. Forslaget har ingen betydning for straffene overfor de rene brukere, som mer må

⁴⁹ Se lov 14. juni 1968 om endrede straffebestemmelser for overtredelser av regler i lovgivningen om narkotika m.m.

⁵⁰ Ot.prp. nr. 62 (1980–81) *Om lov om endringer i straffeloven m.m.* s. 25.

⁵¹ Straffelovrådet (1967), bilag 1 s. 28.

⁵² Ot.prp. nr. 46 (1967–68) s. 18.

⁵³ Ot.prp. nr. 46 (1967–68) s. 18.

⁵⁴ Ødegård (2011).

⁵⁵ Lov 21. april 1972 nr. 18 om endringer i den alminnelige borgerlige straffelov 22. mai 1902 nr. 10.

betraktes som offere [sic] enn som gjerningsmenn».⁵⁶

I 1981 ble straffen ytterligere skjerpet. Justis- og politidepartementet konstaterte at strafferammen på inntil 10 år var «sprengt» – straffutmålingspraksis hadde beveget seg «helt opp mot maksimumsgrensen».⁵⁷ Det ble blant annet vist til dommer der det var utmålt 9 års fengsel for to personer som fungerte som kurører for et parti på 14 kilo heroin, og 10 års fengsel for personer som hadde stått for planlegging og gjennomføring av omsetning av store mengder hasj. Departementet la til grunn at det kunne tenkes enda grovere tilfeller enn dette, og at det for de grovere tilfellene ville være behov for en enda høyere strafferamme. På dette grunnlaget ble det foreslått å heve strafferammen til fengsel i inntil 15 år. Departementet presiserte at det ved dette ikke mente det var grunn til noen skjerping i straffutmålingspraksis for mindre alvorlige overtredelser av straffeloven § 162.⁵⁸ Den foreslåtte lovendringen ble vedtatt samme år.⁵⁹

Forestillingen om «de profesjonelle» som lå til grunn for straffeskjerpelsene, skulle imidlertid bli omdiskutert i de kriminalpolitiske diskusjonene som fulgte på 1980-tallet (se omtale nedenfor). Bakgrunnen var blant annet en undersøkelse av bruk av «proffparagrafen» som ble gjort av straffelovrådet (1982), som, i tråd med funn i flere tidligere og senere studier,⁶⁰ viste at paragrafen først og fremst rammet narkomane med tung rusmiddelbruk og dårlige levekår, stikk i strid med intensjonen i loven om å ramme bakmenn.

3.2.2.5 Omorganisering av straffebestemmelsene for narkotikalovbrudd og fastsetting av gjeldende strafferammer (1984)

Straffelovrådet avga i 1982 en innstilling etter mandat fra Justisdepartementet om å foreslå endringer i gjerningsbeskrivelsen og strafferammen i straffeloven § 162. Bakgrunnen for mandatet var en oppfatning om at forholdet mel-

lom legemiddeloven § 43 og straffeloven § 162, samt ordlyden i § 162, gjorde bestemmelsen vanskelig tilgjengelig.⁶¹

Straffelovrådet la til grunn at narkotika utgjør en fare for menneskers liv og helse, i likhet med enkelte andre straffbare handlinger som bar lovens strengeste straff. Samtidig ble det påpekt at sammenligningen av disse handlingene var vanskelig, ettersom det var tale om skade på personer som selv medvirket til den risiko de utsatte seg for.⁶² Basert på en undersøkelse av rettspraksis⁶³ konstaterte rådet videre at «klientellet etter strl. § 162 er blitt mindre profesjonelt preget» enn det man regnet med ved innføringen av bestemmelsen i 1968, at det hadde blitt flere saker etter bestemmelsen enn antatt, og at mange av de domfelte var preget av vanskelige familie- og oppvekstforhold:

«De rene profesjonister som selv ikke bruker narkotika, er i klart mindretall i domsmaterialet, og de helprofesjonelle toppfigurer innen internasjonal, organisert narkotikadistribusjon er knapt nok representert i materialet. Det store flertall av de domfelte selgerne ser ut til å ha utviklet seg gradvis fra stoffmisbrukere til selgere.»⁶⁴

Straffelovrådet la dessuten til grunn at det var vanskelig å vurdere hvor stor betydning den enkelte selger i virkeligheten har:

«Om en selger trekker seg ut eller blir satt ut av spill, kommer kanskje andre inn. Så lenge det finnes et marked som gir utsikt til stor fortjeneste med akseptabel risiko, må man regne med at det finnes leverandører som vil utnytte situasjonen.»⁶⁵

Det ble videre stilt spørsmål ved om straffenivået har betydning for straffens allmennpreventive virkning overfor omsetning av narkotika:

«De store narkoforhandlerne vil satse på sjansen for å unngå straff; de aller største vil oppholde seg i utlandet, langt utenfor norsk rekkevidde. Om maksimumsstraffen i tilfelle av opp-

⁵⁶ Ot.prp. nr. 5 (1971–72) *Om lov om endringer i den alminnelige borgerlige straffelov av 22. mai 1902 nr. 10* s. 5.

⁵⁷ Ot.prp. nr. 62 (1980–81) s. 28.

⁵⁸ Ot.prp. nr. 62 (1980–81) s. 28–29.

⁵⁹ Lov 12. juni 1981 nr. 62 om endringer i straffeloven m.m. (reglene om betinget dømte, prøveløslatte m.m., heving av strafferammen for grove narkotikalovbrudd, oppheving av livstidsstraffen).

⁶⁰ Lind (1974); Bødal (1982); Shammas, Sandberg og Peder- sen (2014).

⁶¹ Historikken er beskrevet i NOU 1982: 25 *Narkotikalovbrudd, ran og heleri* s. 7–10. Se også Ot.prp. nr. 23 (1983–84) s. 20.

⁶² NOU 1982: 25 s. 34.

⁶³ Forsker Kåre Bødal gjennomførte denne undersøkelsen, som ble publisert i boken *350 narkotikaselgere* i 1982.

⁶⁴ NOU 1982: 25 s. 32.

⁶⁵ NOU 1982: 25 s. 34.

dagelse og pågripelse er 15, 20 eller 21 år, må antas å spille en underordnet rolle.»⁶⁶

Rådet mente videre at det for straffebestemmelse-nes allmennpreventive virkning var «langt viktigere at grensekontrollen og narkotikapolitiets spanings- og etterforskningsvirksomhet er mest mulig effektiv».⁶⁷

Straffelovrådet fant likevel tilstrekkelige grunner som talte for en adgang til å benytte lovens strengeste straff. En høyere strafferamme ble ansett ønskelig dersom man skulle lykkes å få tak i en av de «virkelig store organisatorer av den internasjonale handel med de aller farligste narkotika». Videre ble det anført at straffeskjerpelsen kunne ha en viss symbolverdi «som uttrykk for samfunnets syn på straffverdigheten av forholdet».⁶⁸

Det ble derfor foreslått å heve maksimumsrammen til fengsel i inntil 21 år for grove narkotikalovbrudd som gjaldt et meget betydelig kvantum av særlig farlig stoff. For grove narkotikaovertrædelser skulle maksimalstraffen være fengsel i 15 år dersom saken gjaldt et *særlig farlig stoff*, og fengsel i 10 år for andre typer narkotika. Dersom det gjaldt et «ubetydelig kvantum av stoff som ikke regnes til de særlig farlige», skulle forholdet etter Straffelovrådets forslag derimot ikke straffes etter straffeloven § 162, men etter det mildere straffebudet i legemiddeloven § 43.⁶⁹

Straffelovrådet foreslo følgende definisjon av særlig farlig stoff: «heroin, morfin, amfetamin, kokain, LSD og andre stoffer som i farlighetsgrad kan sidestilles med noen av disse».⁷⁰ For de andre stoffene påpekte rådet at det var en «slik vesensforskjell i farlighet sammenliknet med de harde stoffene, at det også bør komme til uttrykk i strafferammen».⁷¹ Det ble dessuten ansett som ønskelig å muliggjøre en enklere behandling av de mindre alvorlige narkotikaovertrædelser, gjennom en avgjørelse om bøteforelegg eller en advarsel gitt av politiet.⁷²

Straffelovrådets forslag ville innebære at momenter som i praksis har stor betydning for

påtalemaktens og domstolenes faktiske reaksjoner på narkotikalovbrudd, nemlig stoffets art og farlighet, ble nedfelt i loven.⁷³ Straffelovrådets forslag om å la stoffets farlighet få avgjørende betydning ble ikke videreført i Justis- og politidepartementets proposisjon. Departementet medga at det var problematisk at den eksisterende bestemmelsen, som ikke skilte mellom ulike typer stoffer, ga «så liten veiledning med hensyn til straffverdigheten av de enkelte lovbrudd og derved ved straffutmålingen».⁷⁴ Imidlertid mente departementet at det ville være uheldig om en ulik maksimumsstraff «skulle bidra til en større sosial akseptering av for eksempel cannabis eller tolkes slik at myndighetene ser på en betydelig omsetning av slike stoffer som mindre alvorlig».⁷⁵

Samtidig med hevingen av strafferammen for de mest alvorlige narkotikalovbruddene til inntil 21 års fengsel ble strafferammen for bruk eller besittelse av narkotika satt til fengsel i inntil 6 måneder, jf. legemiddeloven § 43 annet ledd. For besittelse innebar dette en reduksjon fra den tidligere strafferammen på inntil 2 år, mens det for bruk innebar en dobling av strafferammen. Som følge av hevingen av strafferammen for bruk av narkotika gikk lovbruddet fra å være en *forseelse* til en *forbrytelse*, jf. dagjeldende straffelov § 3. Etter departementets syn fikk man dermed markert lovbruddets grovhet. *Forsøk* på bruk av narkotika ble etter dette straffbart, noe som etter departementet syn ikke var urimelig.⁷⁶

Det ble påpekt at det var hensiktsmessig at politiet, som følge av hevingen av strafferammen for bruk, heretter kunne pågripe og varetektsfengsle personer som var mistenkt kun for bruk av narkotika.⁷⁷

Perioden 1965–1984 ble dermed en fase preget av straffeskjerpelser og kontrolltiltak.⁷⁸ Den strafferettslige utviklingen i denne perioden står i en særstilling i både norsk og internasjonal målestokk.⁷⁹ Det hersket en sterk tiltro til effekten av høye straffer, og avskrekkelse av dem som sto i fare for å begynne å bruke narkotika, særlig de unge, preget straffediskusjonene.

⁶⁶ NOU 1982: 25 s. 35

⁶⁷ NOU 1982: 25 s. 35.

⁶⁸ NOU 1982: 25 s. 34–35.

⁶⁹ Se Straffelovrådets lovutkast § 162 første ledd annet punktum.

⁷⁰ NOU 1982: 25 s. 58.

⁷¹ Straffelovrådets lovutkast § 162 tredje ledd tredje punktum, inntatt i NOU 1982: 25 s. 35.

⁷² NOU 1982: 25 s. 33 og 47.

⁷³ Slik Justisdepartementet la til grunn i Ot.prp. nr. 23 (1983–84) s. 18–19.

⁷⁴ Ot.prp. nr. 23 (1983–84) *Om lov om endringer i straffeloven m. v. (narkotikalovbrudd, ran og heleri)* s. 19.

⁷⁵ Ot.prp. nr. 23 (1983–84) s. 19.

⁷⁶ Ot.prp. nr. 23 (1983–84) s. 15–16.

⁷⁷ Se Ot.prp. nr. 23 (1983–84) s. 15.

⁷⁸ Hauge (1992).

⁷⁹ Olsen (under utgivelse).

3.2.3 Straffelovkommisjonens forslag til avkriminalisering (2002)

Mens straffelovgivningen i 1980- og 1990-årene hadde gått mest i straffeskjerpende retning, kan Straffelovkommisjonens⁸⁰ innstilling i 2002 betraktes som et tydelig brudd i norsk narkotika-kontrollpolitikk. For første gang fremmet et offentlig utvalg forslag til lovendringer for å avkriminalisere bruk av narkotika, samt erverv og besittelse av narkotika til egen bruk.⁸¹

Forslaget må ses i sammenheng med en sterk økning i bruk av narkotikastraffer fra midten av 1990-tallet, som nådde en foreløpig historisk topp i 2001,⁸² uten at de høye straffesammene hadde noen beviselig avskrekkende effekt på befolkningens bruk av narkotika.⁸³ Innstillingen ga generelt uttrykk for et langt mer nyansert syn på straff som adferdsstyrende virkemiddel enn det synet som tidligere hadde preget narkotikadebatten.⁸⁴ Kommisjonen la til grunn at det kreves en moralsk begrunnelse for å gjøre en bestemt handlemåte straffbar, etter som selve straffleggingen innebærer at staten tilfører innbyggerne et tilsiktet onde.⁸⁵ Det ble påpekt at lovgiver

«i mange sammenhenger har hatt en for optimistisk tro på hva som kan oppnås med straff. I mange tilfeller kan det se ut til å ha vært en kort vei fra en handlingstype har vært mislikt av de styrende myndigheter, til den har blitt belagt med straff. Forholdet mellom straffens nyttevirkninger og omkostninger har ikke alltid blitt tilstrekkelig vurdert i denne sammenhengen».⁸⁶

⁸⁰ Straffelovkommisjonen var et ekspertutvalg som først ble oppnevnt i 1980 for å foreta en fullstendig revisjon av hele straffelovgivningen, se Finstad (2005–2007). Kommisjonens utga i perioden 1983–2002 flere utredninger. Delutredningen NOU 2002: 4 *Ny straffelov – Straffelovkommisjonens delutredning VII*, der avkriminalisering ble foreslått, var det siste arbeidet kommisjonen utførte.

⁸¹ Flertallet i Straffelovkommisjonen, som gikk inn for å avkriminalisere bruk av narkotika, besto av medlemmene Coward, Hauge og Sulland, se NOU 2002: 4 s. 80–81 og s. 330–331. Mindretallet, som ikke sluttet seg til forslaget om avkriminalisering, besto av lederen Høgetveit og medlemmet Fossgard, se NOU 2002: 4, s. 81 og 331.

⁸² FHI (2018c).

⁸³ Rettssosiologen Ragnar Hauge, som var medlem av kommisjonen, beskriver hvordan den strenge strafferettspolitikken var basert på en oppfatning av at narkotikaproblemet forverret seg, uten at dette hadde forskningsmessig belegg, se Hauge (2000).

⁸⁴ Andenæs (2002).

⁸⁵ NOU 2002: 4 kapittel 4.2.3.

⁸⁶ NOU 2002: 4 s. 83.

Kommisjonens flertall, som foreslo avkriminalisering, anså det å hindre utbredelsen av narkotika som en oppgave av helse- og sosialpolitisk art, der andre virkemidler enn straff måtte benyttes.⁸⁷ Det ble lagt vekt på at skadefølgeprinsippet, som innebærer at «straff bare bør brukes som reaksjon på handlinger som medfører, eller kan medføre, at noen påføres skade», tilsier at den enkeltes egen bruk av narkotika ikke rettfærdiggjør bruk av straff mot brukeren.⁸⁸

Videre ble menneskelige hensyn knyttet til belastningen ved den stigmatiseringen som straffeforfølgningen innebærer, brukt som argument for avkriminalisering. Det ble lagt til grunn at den «stigmatiserende effekt som en strafforfølgning har, vil [...] kunne føre til at de sosiale båndene til ikke-brukende miljøer svekkes, og at vedkommende lettere vil kunne fortsette i et brukermiljø».⁸⁹ Også et lavt straffenivå vil ramme urimelig, mente kommisjonens flertall. For de langtkomne brukerne talte etter flertallets syn «rent menneskelige hensyn» for en avkriminalisering. Kommisjonen påpekte også at det finnes hjemler for å gripe inn overfor brukere av narkotika innen helse- og velferdsretten og barnevernloven.⁹⁰

Annen befatning med narkotika skulle fortsatt være straffbart, jf. kommisjonens lovutkast § 25-1, som i stor grad videreførte straffeloven 1902 § 162. Kommisjonen sto også samlet om en nedkriminalisering ved et forslag om en reduksjon av maksimumsstraffene for narkotikaforbrytelser og en reduksjon av narkotikastraffene generelt.

Kritikken mot kriminaliseringen og straffenivået på narkotikafeltet innebar en prinsipiell drøfting av behovet for å unngå uforklart forskjellsbehandling i lovreguleringen. I innstillingen ble det argumentert for at det var et misforhold mellom straffenivået for narkotikalovbrudd og for annen kriminalitet, for eksempel særdeles alvorlige sedelighetssaker og drap. Kommisjonen fremhevet også som et problem at straffesammene i Norge sto i en særstilling i forhold til de andre nordiske landene. Det ble vist til at maksimumsstraffen for narkotikaforbrytelser hadde blitt betydelig forhøyet i løpet av relativt kort tid, fra maksimumsstraffen på inntil 2 års fengsel som gjaldt frem til 1968, til den betydelige skjerpelsen til inntil 21 års fengsel i 1984, uten at det hadde

⁸⁷ NOU 2002: 4 kapittel 9.11.1.

⁸⁸ NOU 2002: 4 kapittel 4.2.2.

⁸⁹ NOU 2002: 4 kapittel 9.11.1.

⁹⁰ NOU 2002: 4 kapittel 9.11.1.

hatt «nevneverdig betydning for omfanget av den ulovlige narkotikaomsetningen her i landet».⁹¹

Kommisjonen foreslo 10 års fengsel som øverste strafferamme for grov narkotikaovertrødelse.⁹² Bestemmelsen om grov narkotikaovertrødelse skulle bare komme til anvendelse på overtrødelsler som gjaldt «et meget betydelig kvantum av et særlig farlig stoff».⁹³ Kommisjonen kom til enighet om at det er en vesensforskjell i farlighet mellom cannabisstoffene og de harde stoffene, slik som heroin, kokain og amfetamin, og at dette burde gjenspeiles i lovgivningen. Det ble dermed foreslått å lovfeste et skille i straffebestemmelsen på grunnlag av farligheten til stoffet som overtrødelsen gjelder, noe som også var blitt foreslått av Straffelovrådet om lag 20 år tidligere.⁹⁴ Befatning med cannabis ble, basert på en slik vurdering av farlighet, ikke ansett som en handling som kunne betegnes som en grov narkotikaovertrødelse. Kommisjonen påpekte at slike lovbrudd like fullt vil kunne straffes med flere års fengsel, og at forslaget dermed ikke kunne utlegges som noen form for aksept av for eksempel cannabis.⁹⁵ Skyldkravet for uaktsom narkotikaovertrødelse ble foreslått hevet til grov uaktsomhet.

Forslaget var en dramatisk endring i forhold til den daværende lovgivning,⁹⁶ og disse endringene ble ikke videreført i departementets behandling av Straffelovkommisjonens innstilling. Departementet la vekt på at en avkriminalisering ville bli oppfattet som en legitimering av narkotikabruk.⁹⁷ Signaleffekten av en avkriminalisering overfor unge ble det mest tungtveiende argumentet fra Justisdepartementet for å videreføre straffetrussele mot bruk av narkotika.⁹⁸ I tillegg ble hensynet til skader og belastninger for pårørende gjort tydelig gjeldende. Etter departementets syn hadde kommisjonen lagt til grunn en for snever forståelse av skadefølgeprinsippet:

«Et flertall i Straffelovkommisjonen trekker skadefølgeprinsippet så langt at det går inn for å avkriminalisere narkotikamisbruk, jf. utred-

ningen side 80–81. Her gjør imidlertid synspunktet om at en avkriminalisering kan tolkes som en legitimering seg gjeldende. I tillegg kommer at alvorlig misbruk i betydelig grad også fører til psykiske skader og belastninger hos gjerningspersonenes nære pårørende. Indirekte har det derfor en skadevirkning. I tillegg kommer de store samfunnsmessige virkningene narkotikamisbruk fører med seg. Etter departementets syn tilsier derfor skadefølgeprinsippet at bruk av narkotika fortsatt bør være straffbart. Straffens preventive virkninger er særlig viktige for å hindre at barn og unge begynner å bruke narkotika i en sårbar oppvekstsituasjon».⁹⁹

Departementet uttalte også at det generelt er uenig i at bare helse- og sosialpolitiske virkemidler bør brukes for å bekjempe narkotikabruk. Det ble vist til at «et slikt syn ikke har fått gjennomslag ellers i Europa».¹⁰⁰ Imidlertid støttet departementet langt på vei kommisjonen i at det overfor langtkomne brukere er uhensiktsmessig med straff. Generelt erkjente departementet at «menneskelige hensyn» bør spille en større rolle, særlig i møte med «langvarige rusmisbrukere», og at alternative straffereaksjoner oftere skal tas i bruk i saker om «mindre alvorlige narkotikaovertrødelsler».¹⁰¹

Dette signaliserte en vilje til mer tilpassede reaksjoner overfor problembrukere. Departementet tok samtidig avstand fra synspunktet om at «det er moralsk uakseptabelt å – reelt sett – straffe tunge misbrukere i den hensikt å holde andre fra å bruke stoff».¹⁰² Det å straffe den enkelte for samtidig å avholde andre fra å gjøre tilsvarende handlinger var ifølge departementet *kjernen* i allmennprevensjonen, og det ble vist til at straffleggingen var viktig for å markere grunnleggende verdier i samfunnet.

Departementet la til grunn at andre reaksjoner eller sanksjoner ikke ville være tilstrekkelige, men drøftet i den forbindelse bare tvangshjemele i sosialtjenesteloven og barnevernloven eksplisitt. Disse tvangstiltakene ville ikke kunne benyttes overfor personer «som er i en nybegynnerfase med narkotikabruk». På et slikt tidlig stadium mente departementet at strafferettslige tiltak ville være nødvendige for å sette grenser.¹⁰³

⁹¹ NOU 2002: 4 kapittel 9.11.3.

⁹² Dette forslaget var dermed i stor grad harmonisert med straffenivået i de øvrige nordiske land. Maksimumsstraffen for narkotikalovbrudd i Sverige og Finland var på fengsel i inntil 10 år, mens det i Danmark var 16 år.

⁹³ NOU 2002: 4 kapittel 1.9.11.

⁹⁴ NOU 1982: 25.

⁹⁵ NOU 2002: 4 kapittel 9.11.1.

⁹⁶ Se også Andenæs (1994a).

⁹⁷ Ot.prp. nr. 90 (2003–2004) *Om lov om straff (straffeloven)*.

⁹⁸ Ot.prp. nr. 22 (2008–2009) *Om lov om endringer i straffeloven 20. mai 2005 nr. 28 s. 93–94*.

⁹⁹ Ot.prp. nr. 90 (2003–2004) s. 91.

¹⁰⁰ Ot.prp. nr. 22 (2008–2009) s. 94.

¹⁰¹ Ot.prp. nr. 22 (2008–2009) s. 90.

¹⁰² Ot.prp. nr. 22 (2008–2009) s. 94.

¹⁰³ Ot.prp. nr. 22 (2008–2009) s. 94.

Avgjørende argumenter for departementets beslutning om ikke å ta til følge forslaget om avkriminalisering synes dermed å ha vært at strafflegging markerer at narkotika er uønsket i samfunnet, og at strafflegging for innbyggerne, særlig unge, til å avstå fra å eksperimentere med narkotika.

Hvorvidt det fantes empirisk bevis for at bruk av straff faktisk hadde hatt en preventiv effekt, og om avskrekking hadde vært et virkningsfullt virkemiddel for å redusere rusmiddelbruk blant unge, ble ikke drøftet i denne forbindelse.

3.2.4 Offentlige utredninger av alternativer til straff (2010–2011)

3.2.4.1 Stoltenbergutvalget

Det siste tiåret har en kontrollpolitisk vilje til oppmykning av straffnivået kommet til uttrykk i en rekke initiativ til å utrede behovet for straff samt å utvikle og finne modeller for et større mangfold av alternative straffereaksjoner.

I 2009 satte regjeringen ned et utvalg ledet av Thorvald Stoltenberg (Stoltenbergutvalget) med formål om å vurdere og foreslå tiltak for den gruppen av narkotikabrukere som var mest marginalisert, og som hadde de største psykiske og somatiske helseutfordringene. Utvalgets mandat var omfattende, men omhandlet ikke en vurdering av avkriminalisering. Oppdraget var å finne ut «hvordan hjelpetilbudene bedre kan innrettes, tilrettelegges og tilpasses den aktuelle målgruppen».¹⁰⁴

Utvalget avga i juni 2010 sin rapport, som besto av 22 forslag knyttet til forebygging, behandling og alternative straffereaksjoner for å bedre de rusavhengiges hverdag.¹⁰⁵ To av disse forslagene innebar å innføre straffefrie reaksjoner for mindre alvorlige narkotikalovbrudd.¹⁰⁶ I saker om bruk eller besittelse av brukerdoser med narkotiske stoffer skulle det tilbys avtaler om oppfølging som alternativ til påtale og anmerkning i strafferegisteret (forslag 3) dersom rusbrukeren samtykker i et behandlingsopplegg eller godtar andre former for kontroll og oppfølging. Utvalget foreslo (forslag 4) at slike tiltak skulle organiseres under en nemndsordning, etter inspirasjon fra Portugal-modellen. Slike tverrfaglige nemnder skulle vurdere tiltak for personer som pågripes for bruk og besittelse av narkotika. I forslaget ble det satt en absolutt grense for personer som tas for

kjøp og salg av narkotika, selv om disse lovbruddene var knyttet til egen bruk. Enhver form for kjøp og salg skulle fortsatt straffefølges av politi og rettsapparat. Forslaget innbar med andre ord å avkriminalisere bruk og besittelse av brukerdoser, men å opprettholde straffnivået for annen mindre alvorlig narkotikakriminalitet knyttet til egen bruk.

3.2.4.2 Alternative straffereaksjoner for mindre alvorlig narkotikalovbrudd

Behovet for å konkretisere Stoltenbergutvalgets forslag førte til at regjeringen 16. desember 2010 oppnevnte en arbeidsgruppe som skulle se nærmere på alternative reaksjoner mot mindre alvorlig narkotikarelatert kriminalitet.¹⁰⁷ Mandatet innebar «å tenke nytt om reaksjoner ved narkotikarelatert kriminalitet» og vurdere disse overfor ulike målgrupper.¹⁰⁸ Arbeidsgruppen utredet, vurderte og konkretiserte Stoltenbergutvalget to forslag, om å tilby avtaler om oppfølging som alternativ til påtale og anmerkning i strafferegisteret og å etablere tverrfaglige nemnder som skulle vurdere tiltak for personer som pågripes for bruk og besittelse av narkotika. Selv om Stoltenbergutvalgets forslag innebar avkriminalisering, var dette ikke en politisk aktuell løsning. Arbeidsgruppen vurderte dermed ikke dette spørsmålet nærmere. I juli 2011 publiserte arbeidsgruppen sin rapport.¹⁰⁹

Forslagene i rapporten innebar en nedkriminalisering, ettersom straffnivået skulle reduseres og gjeldende straffereaksjoner erstattes med mindre inngripende reaksjonsformer. Det ble lagt vekt på at reaksjonene skulle være fleksible og tilpasses lovovertrederens særlige situasjon og forhold til narkotikabruk. Intervensjonene skulle inntas som vilkår for en betinget straffereaksjon, som hovedregel en betinget påtaleunntatelse, alternativt en betinget dom. Personens samtykke var en forutsetning for deltagelse. Ved fravær av samtykke, eller dersom vedkommende gjentatte ganger brøt vilkårene for de alternative reaksjonene, skulle saken bli behandlet som en ordinær straffesak.

Arbeidsgruppen gikk imidlertid ikke inn for at disse programmene skulle implementeres innenfor en ny organisatorisk struktur, slik Stoltenbergutvalgets forslag om innføring av system med en nemndsmodell ville innebære. Tiltakene skulle

¹⁰⁴ Stoltenbergutvalget (2010) s. 9.

¹⁰⁵ Stoltenbergutvalget (2010) s. 9.

¹⁰⁶ Stoltenbergutvalget (2010) s. 15–16.

¹⁰⁷ Justis- og politidepartementet (2011).

¹⁰⁸ Justis- og politidepartementet (2011) s. 4.

¹⁰⁹ Justis- og politidepartementet (2011) s. 4.

heller videreutvikles innenfor rammen av den allerede eksisterende ordningen med oppfølgings-team, underlagt konfliktrådets organisasjon.

Til forskjell fra hos Stoltenbergutvalget ble ikke målgruppen for tiltakene begrenset til utelukkende å omfatte lovbrudd knyttet til bruk og besittelse av narkotika, jf. legemiddeloven § 24 første ledd og § 31 annet ledd). Arbeidsgruppen la til grunn at mange narkotikabrukere som oppbevarer og selger små kvanta for å finansiere egen forbruk, det vil si handlinger i det nedre sjiktet av dagjeldende straffelov § 162 første ledd, også vil kunne være hjelpetrengende. Av individualpreventive grunner burde disse ikke ekskluderes fra muligheten til å nyttiggjøre seg alternativ til straff. Arbeidsgruppen fant imidlertid ikke grunn til å gå nærmere inn på grensedragningen over hva som skal regnes som små og store kvanta, men mente dette spørsmålet burde bli overlatt til påtalemyndigheten og domstolene.

Arbeidsgruppens rapport ble sendt på høring,¹¹⁰ men forslagene ble ikke, etter det utvalget er kjent med, ytterligere fulgt opp av departementet. Utvalget tar forbehold om at rapportenes faglige anbefalinger og metodikk for oppfølging kan ha hatt innflytelse på kriminalomsorgens praksis innenfor de allerede eksisterende – og på det tidspunktet kommende – alternative straffereaksjonene, herunder ruskontrakt som vilkår ved påtaleunntatelse, Narkotikaprogram med domstolskontroll og ungdomsoppfølging.

3.3 Tidlig kriminaliseringskritikk

Opprettholdelse av straffenivået har i hele kriminaliseringsfasen vært forankret i en bred politisk enighet. Utenfor de politiske miljøene vokste det imidlertid tidlig frem en tydelig kritisk offentlighet, kanskje særlig fra de samfunnsfaglige forskningsmiljøene. I Norge kom en narkotikapolitisk opposisjon, representert av sentrale forskere og jurister, med kritikk av narkotikaforbudets uheldige virkninger sterkest til uttrykk fra midten av 1980-tallet.¹¹¹

Brit Bergesen Lind var blant de første som studerte utviklingen av den norske narkotikakontrollpolitikken.¹¹² Lind viste hvordan bestemte myndighetspersoner i helse- og justis-

sektoren var premissleverandører for forståelsen av narkotikaproblemet. Hun diskuterte også hvordan mediene sterkt bidro til å sette narkotikaproblemet på dagsordenen, men at mediedekningen samtidig skapte en offentlig panikk ved å tegne et uproporsjonalt bilde av farene ved og den faktiske utbredelsen av narkotika.

Christie og Bruuns bok *Den gode fiende*¹¹³ var en av de første utgivelser i Norden som på bakgrunn av forskning tok opp spørsmålet om kontrollpolitikken legitimitet og konsekvenser. Blant annet stilte de spørsmål ved forestillingene om stoffenes farlighet som lå til grunn for straffetenkningen, og de påviste problemer som oppstår ved å trekke grenser mellom de ikke-aksepterte psykoaktive stoffer, som cannabis og heroin, og de aksepterte, som tobakk og brennevin. Brukerne av narkotika straffes, mens brukerne av andre rusmidler går fri. Det ble hevdet at oppfatningene om aksepterte og ikke-aksepterte stoffer er kulturelt og historisk betinget og vil skifte over tid.

Videre ble den såkalte trappetrinnshypotesens¹¹⁴ empiriske grunnlag, der cannabis ble betraktet som inngang til bruk av heroin, utfordret. Denne forestillingen var en straffepolitisk viktig forutsetning, som Christie og Bruun mente var misvisende. Det ble også pekt på at «narkotikahaiene» først og fremst var en politisk figur, uten empirisk belegg. Det kategoriske skillet mellom brukere og bakmenn som lå til grunn for den samtidige straffetenkningen, tegnet ikke et realistisk bilde av de faktiske forhold. I tillegg ble det stilt spørsmål om hvorvidt mange av de skadevirkninger som er tillagt bruken av stoffene, i realiteten kan tilbakeføres til selve kontrollsystemet og de sanksjoner brukerne utsettes for.

Christie og Bruun pekte mot det de mente var misvisende forestillinger som lå til grunn for kriminalpolitikken og kostnadene ved den. Samtidig pekte de på mulige pragmatiske reformer. Det var imidlertid de mer ytterliggående politiske for-

¹¹² Ifølge Willy Pedersen (2010) ble «det kritiske programmet» først lansert i doktoravhandlingen til Brit Bergesen Lind (senere Denstad), se Lind (1974).

¹¹³ Christie og Bruun (1985).

¹¹⁴ «Gateway»-teorien, eller «trappetrinnshypotesen», ble første gang lansert i det anerkjente tidsskriftet *Science* i 1975 av den medisinske sosiologen Denise B. Kandel, se Kandel (1975). Hypotesen, som fikk stort gjennomslag, sier at personer som bruker mildere rusmidler, som for eksempel cannabis, øker risikoen for også å prøve tyngre rusmidler, som amfetamin, kokain og heroin. På grunn av utbredelsen av cannabis, og fordi det ofte er det første illegale rusmidlet som blir utprøvd, har det ofte fått betegnelsen «inngangsportstoffet». Se nærmere om teorien i Melberg, Jones og Bretteville-Jensen (2010).

¹¹⁰ Se Justis- og beredskapsdepartementet (2012) for å lese høringsuttalelsene.

¹¹¹ Noen av de mest toneangivende kritikerne av narkotikapolitikken på den tiden var Brit Bergesen Lind, Ketil Lund, Ketil Bruun, Johs. Andenæs, Nils Christie og Ragnar Hauge.

slagene, som legalisering og anbefalingen om å selge hasj på apotek, som fikk mest offentlig oppmerksomhet. De prinsipielle innvendingene mot den eksisterende straffepolitikken fikk ikke politisk gjennomslag.

Kritikken mot den repressive straffelinjen satte også kontrollskadene av straff og innsattes perspektiv på dagsordenen.¹¹⁵ Det ble argumentert med at straff hadde utilsiktede konsekvenser, og pekt på det uforholdsmessige i å idømme misbrukere lange fengselsstraffer – uten at de høye strafferammene hadde noen beviselig effekt.¹¹⁶ Stigma knyttet til straffeforfølging ble diskutert, og det ble også pekt på at fengsel primært fungerer som en «forbryterskole», gjennom en kriminaliseringsprosess der lovbrøttere gjennom soningsoppholdet tilegner seg ferdigheter og sosiale relasjoner som bidrar til at risikoen for tilbakefall til rus og kriminalitet øker.¹¹⁷ Dette ble underbygget av tilbakefallsstudier, som viste at siktede for narkotikalovbrudd har høyere tilbakefallsprosent enn siktede i andre lovbruddsgrupper.¹¹⁸

Denne forskningen fikk politisk betydning, ved krav om mer humane og innholdsrike fengselsforhold og bedring av innsattes yringsfrihet. Den bidro også til at innsatte selv fikk en tydeligere stemme i straffediskusjonene, særlig gjennom opprettelsen av den innsattdrevne organisasjonen Norsk forening for kriminalreform (KROM) i 1968.

Et vedvarende tema har også vært at straff rammer sosialt skjevt.¹¹⁹ To studier problematiserte anvendelsen av tidligere straffelovs § 162 (proffparagrafen) og satte særlig to forhold på den politiske dagsordenen:¹²⁰ For det første rammet

narkotikalovgivningen hovedsakelig de sosialt og økonomisk vanskeligstilte, og for det andre var de fleste av de domfelte etter straffeloven § 162 også brukere av narkotika og ikke først og fremst involvert i den illegale narkotikaøkonomien som profittmaksimerende selgere.

Oppmerksomheten om denne gråsoneproblematikken som forskningen påviste, førte imidlertid ikke til en liberalisering av lovgivningen. At kontrollpolitikken rammet den flytende overgangen mellom bruker og selger på en uheldig måte, ble diskutert ved flere anledninger, men fikk ingen konsekvenser for lovgivningen. Straff ble fastslått som nødvendig for å markere samfunnets syn på alvorligheten av å være i befatning med narkotika.

Levekårsundersøkelsene blant innsatte i fengsler spilte senere en viktig rolle i å besvare hvem de innsatte var, og hva som skiller dem fra andre befolkningsgrupper.¹²¹ Denne forskningen dokumenterte at innsatte i fengsler generelt er fattigere og dårligere stilt enn den øvrige befolkningen, og at innsatte med rusproblemer er særlig dårlig stilt. På denne bakgrunn ble det tydeliggjort at innsatte utgjør en særlig sårbar gruppe fanger som har behov for omfattende hjelpetiltak, knyttet til både somatisk og psykisk helse og rusbehandling.

Samtidig ble det også problematisert at den allmennpreventive begrunnelsen fikk en så sentral rolle i strafferetten på narkotikafeltet.¹²² Straffeteorienes individualpreventive formål handler om å straffe for å forhindre at vedkommende skal gjenta handlingen, det vil si befatningen med narkotika, mens det allmennpreventive formålet innebærer at straff skal avskrekke andre fra å utføre bestemte handlinger. Professor Johs. Andenæs har påpekt at den politiske situasjonen på narkotikafeltet var dominert av en moralsk indignasjon og hevnmotiver og en overbevisning om at lovovertrederen fortjener straff. Slike situasjoner, hevder han, gjør at preventive grunner blir brukt mer ukritisk i straffelovgivningen.¹²³ Straff blir brukt som virkemiddel for å uttrykke en moralsk fordømmelse ved å påføre gjerningspersonen et onde, og dette er straffens formål.

Straffens manglende virkning ble underbygget av undersøkelser som viste at bruk av narkotika økte nærmest i takt med straffenivået på 1990-tallet.¹²⁴ Den mest markante økningen i bruk av

¹¹⁵ Andenæs (1994b); Giertsen (1995); Hauge (1992); Mathiesen (1965).

¹¹⁶ En pioner i den fengselskritiske forskningen nasjonalt og internasjonalt er den norske rettssosiologen Thomas Mathiesen. I sin doktoravhandling *The defences of the weak* (1965) gjennomførte han en av de første etnografiske studiene av fengslenes indre liv. Hans studie bidro til å synliggjøre de innsattes perspektiv og opplevelse av straff og fengselsinstitusjonenes indre liv. Mathiesen dokumenterte smerten ved å sone og hvordan en fangekultur oppstår som et forsvar mot lidelsene, krenkelsene og den umyndiggjøring som et frihetstap innebærer. For en diskusjon av boka og norsk fengselsetnografi, se Lundeberg og Mjåland (2012).

¹¹⁷ Hauge (2001).

¹¹⁸ Bøldal (1972); Thorsen, Lid og Stene (2009).

¹¹⁹ Bøldal og Fridhov (1989).

¹²⁰ De første empiriske studiene som gjorde dette til tema, var Bøldals (1982) bok om 350 narkotikaselgere og Bøldal og Fridhavs (1989) undersøkelse *Straff som fortjent?*, som kartla til sammen 440 narkotikaselgere som i perioden 1980–1988 var dømt til mer enn 3 års fengsel etter den såkalte proffparagrafen (straffeloven § 162).

¹²¹ Bøldal (1982); Friestad og Hansen (2004); Revold (2015).

¹²² Jacobsen (2004a).

¹²³ Andenæs (1994b).

¹²⁴ Hauge (1996); Ødegård, Bretteville-Jensen og Skretting (2002).

narkotiske stoffer skjedde på 1990-tallet, etter at maksimumsstraffen på 21 år var innført. Bruken av straff rammet imidlertid i liten grad de stereotipe storselgerne som var det primære målet. Den rammet i stedet i stor utstrekning de hjelpetrenende og vanskeligstilte brukerne og hindret heller ikke økende innførsel og bruk av narkotika.

Den utbredte bruken av fengselsstraff overfor behandlingstrengende rusmiddelbrukere med store utfordringer på flere livsområder, samt forholds- og hensiktsmessigheten av slik straff, ble en viktig del av den videre avkriminaliseringsdebatten. Andenæs stilte med sin kjente formuleringsspørsmål om hvorvidt dette innebar en «feilinvestering i straff».¹²⁵

Det ble også vist til kontrollpolitikkenes utilsiktede effekt – dens kriminalitetsskapende effekt på en rekke områder. Andenæs fremhever det han kaller «en skyggeside» ved narkotikakriminaliteten som man ikke har ved andre forbrytelser: «Det er den strenge kriminaliseringen som skaper det høye prisnivået, og dermed brukerens behov for å finansiere sitt forbruk ved tyveri og andre lovbrudd (eller for kvinnes vedkommende prostitusjon).»¹²⁶ Oppmerksomheten var også knyttet til at et høyt straffenivå kunne føre til en brutalisering av narkotikamiljøet med økt vold.

De kriminaliseringskritiske diskusjonene hadde en relativ liten påvirkning på samtidig praktisk politikk. Med henblikk på dette har tidligere høyesterettsdommer Ketil Lund karakterisert norsk narkotikapolitikk som en «virkelighetsresistent misgjerning».¹²⁷

På denne bakgrunn kan det hevdes at det på det narkotikapolitiske feltet i Norge har vært stor avstand mellom politikk og vitenskap.¹²⁸

Samtidig har de problemstillingene som ble reist, vært viktige ved at de ga grobunn for en mer markant motstand mot straffskjerpelser, som skulle følge utviklingen på 1980-tallet. Forskningen har skapt oppmerksomhet om kontrollkostnadene generelt og soningsforholdene for innsatte med rusproblemer spesielt og gitt grunnlag for å utvikle tiltak som har bidratt til å gjøre

fengselsopphold mindre belastende, mer meningsfulle og konstruktive.

3.4 Historiske utviklingstrekk i bruk av straff

3.4.1 Økende omfang

Kontrollpolitikk og straff i et samfunn kan ikke bare studeres gjennom lovgivningen. Det må også undersøkes hvordan den faktisk har kommet til anvendelse. Selv om den norske narkotikalovgivningen i stor grad har stått uendret siden 1980-tallet, har straff blitt brukt i ulik grad overfor ulike brukergrupper. Dette har sammenheng med det handlingsrommet de rettshåndhevende organer har i implementering av lovverket. Den faktiske rettshåndhevelsen vil være avhengig av en rekke forhold, som prioritering, ressurser og hvilke politistategier som til enhver tid regnes som de mest effektive. Håndhevingsintensiteten og straffutmåling vil også variere ut fra de skiftende narkotikapolitiske utfordringene og ulike forestillinger om hva som er den mest tilgjengelige og hensiktsmessige reaksjonsformen.

Narkotikakriminalitet blir hovedsakelig avdekket av politiet. Omfanget av saker vil dermed i stor grad være betinget av politiets prioriteringer og innsats og kan ikke uten videre forstås som et speilbilde av den til enhver tid faktisk forekommende narkotikabruk.

En historisk oversikt over narkotikasakene viser at bruk av straff har vært omfattende, men at strafferettspraksisen på narkotikafeltet har gjennomgått betydelige endringer fra 1980 og til i dag.

Narkotikasakenes dominans i kriminalitetsbildet kan illustreres ved å se på hvor stor andel narkotikasakene har utgjort av den registrerte kriminaliteten for alle lovbruddskategorier.¹²⁹ Siktete for narkotikaforbrytelser utgjorde i 1970 3,45 prosent av alle siktede, mens andelen i 2007 hadde økt til 40 prosent. I 2009 var narkotikakriminalitet hovedlovbrudd i 43 prosent av alle forbrytelsessakene og den klart største forbrytelsesgruppen.¹³⁰ Totalt steg andelen straffedømte for narkotikaovertrедelser i perioden 1980–2002 fra 6 til 42 prosent.¹³¹

Statistikk fra de siste tiårene viser at siden første tiltale ble tatt ut mot en cannabisbruker i 1965, har det vært en dramatisk økning i omfang

¹²⁵ Andenæs stilte spørsmålet om hvorvidt «narkotikapolitikken har vært vårt århundres største feilinvestering i straff» for første gang i 1994, i artikkelen «Liberalisering av narkotikalovgivningen», se Andenæs (1994a). Imidlertid ble denne diskusjonen kanskje først offentlig etter at et intervju av ham der samme sitat fremgikk, ble vist i en *Brennpunkt*-dokumentar om narkotikapolitikk 27. august, se Brennpunkt (1996).

¹²⁶ Andenæs (1994b) s. 80.

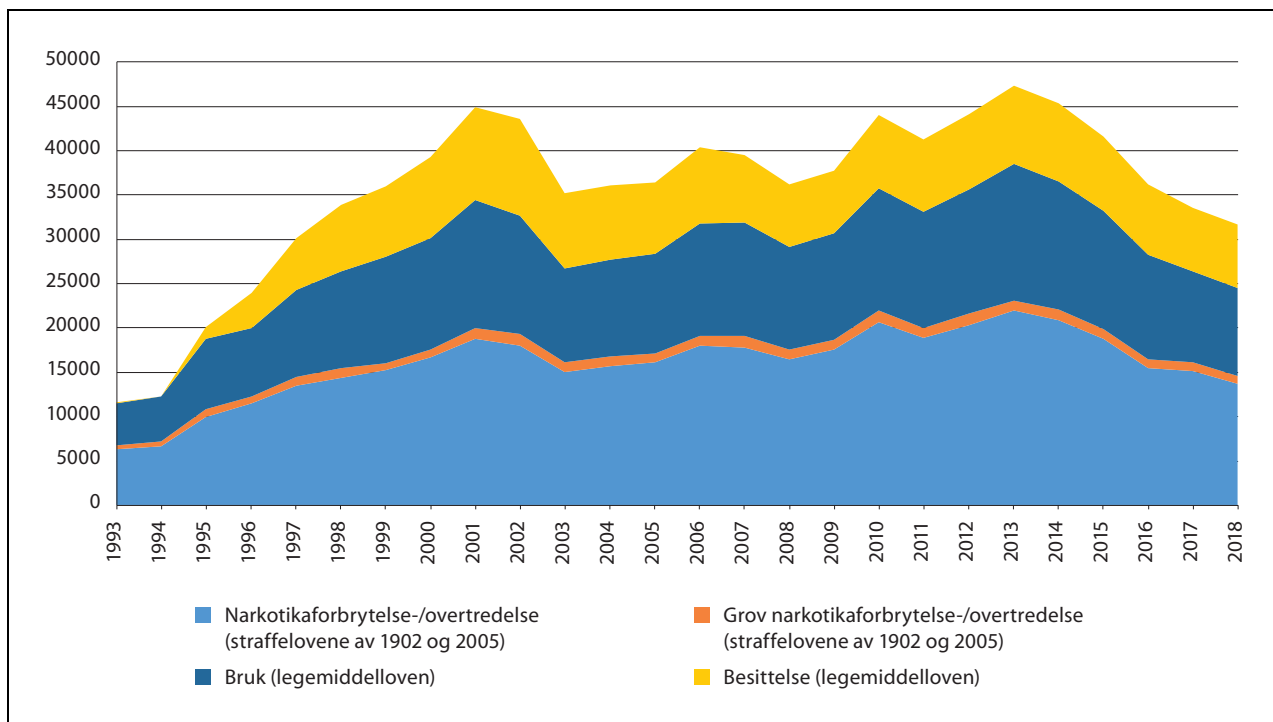
¹²⁷ Foss og Strøm-Gundersen (2010).

¹²⁸ Fjær (2005); Pedersen (2010); Skretting (2014).

¹²⁹ Norsk kriminalstatistikk viser ikke hvilket rusmiddel narkotikasakene gjelder.

¹³⁰ Lid og Stene (2011).

¹³¹ Hauge (2004).



Figur 3.1 Antall anmeldte narkotikalovbrudd 1993–2018

av siktelsler for narkotikalovbrudd frem til 2014.¹³² Mens antallet narkotikalovbrudd i perioden 1974–1979 lå relativt stabilt på om lag 900 personer i året, viser statistikken utover 1980- og 1990-tallet en nærmest eksplosiv økning i antall straffereaksjoner.¹³³ I 1980 gjaldt dette 1400 siktede. På 1990-tallet skjedde en fordobling i antall saker til om lag 3000 på årsbasis. Politiets anmeldelser av bruk og besittelse av narkotika økte med 405 prosent fra 1993 til et foreløpig historisk toppnivå i 2013.¹³⁴

Utviklingen siden 2014 viser at omfang av saker fortsatt ligger på et høyt nivå, men at det samtidig har skjedd en markant nedgang, som illustreres i figur 3.1.

Siden toppnivået i 2013 har det skjedd en betydelig reduksjon i denne type straffesaker. Sammenlignet med 2014 viser tallene fra 2018 en 20,7 prosent nedgang i antall anmeldte narkotikalovbrudd etter legemiddeloven.¹³⁵ I 2018 ble det påtaleavgjort 18 738 forhold som gjaldt narkotikalovbrudd etter legemiddeloven, som utgjorde 55 prosent av alle narkotikalovbruddene.

¹³² Tallmaterialet viser antallet saker og ikke antall personer. I noen tilfeller vil samme person ha begått flere overtredelser i løpet av året.

¹³³ Skretting og Amundsen (2018).

¹³⁴ Shammas, Sandberg og Pedersen (2014).

¹³⁵ POD (2019a).

Nedgangen kan ha sammenheng med at politiet i mindre grad aktivt oppsøker situasjoner for å avdekke bruk. Særlig gjelder dette av sosiale og helsemessige hensyn knyttet til vanskeligstilte heroinbrukere.¹³⁶ Dette må ses i sammenheng med at riksadvokaten i 2014 ga politiet instruks om at straffeforfølgningen av mindre alvorlige narkotikasaker skal nedprioriteres, og at alternative reaksjoner heller skal velges når det er mulig.¹³⁷

3.4.2 Fra fengsel til bot og oppfølging

De kriminalpolitiske diskusjonene har ikke bare handlet om straffenivået, men også om hva som skal være straffens innhold og formål. Selv om narkotikasakene har vært dominerende i kriminalstatistikken, har *narkotikastraffenes omfang og innhold* variert betydelig siden de siste straffebestemmelsene ble innført på midten av 1980-tallet.

I starten ble så å si samtlige narkotikasaker behandlet av domstolene, og de fleste sakene medførte idømmelse av betinget etter ubetinget fengselsdom.¹³⁸ På 1980-tallet endret imidlertid de strafferettslige reaksjonsformene seg betydelig.

¹³⁶ POD (2019a).

¹³⁷ Riksadvokaten (2/2014).

¹³⁸ Sandøy og Hauge (2019) s. 41.

Forelegg ble den dominerende reaksjonen for overtredelse av legemiddeloven. Disse endringene hadde sammenheng med domstolenes rettskaperende rolle i straffutmålingen. Domstolene, anført av Høyesterett, begynte i økende grad å idømme bøtstraff fremfor fengselsstraff i slike saker. På 1990-tallet gjaldt dette også de mildeste narkotikastraffene hjemlet i straffeloven knyttet til erverv og oppbevaring av mindre mengder narkotika, som ikke var knyttet til videresalg. Dette førte til at påtalemyndigheten endret sin rettspraksis. Forelegg ble den foretrukne reaksjonen, og færre saker ble brakt for domstolen. I 1980 var forelegg nesten ikke i bruk.¹³⁹ I 1990 ble forelegg ilagt i omtrent halvparten av sakene og i 2010 i 69 prosent av sakene.¹⁴⁰

Samtidig økte bruken av betinget påtaleunntatelse, særlig overfor unge. Betinget påtaleunntatelse var en ubetydelig reaksjonsform på begynnelsen av 2000-tallet. Imidlertid har påtalemyndigheten endret sin praksis, slik at betinget påtaleunntatelse nå har blitt den mest brukte reaksjonen for aldersgruppen 15–17 år (se kapittel 10). Bakgrunnen er at ileggelse av forelegg ble betraktet som en lite hensiktsmessig reaksjon overfor unge, fordi det ble antatt å ha liten rehabiliterende effekt. I aldersgruppen 15–17 år ble betinget påtaleunntatelse i 2014 brukt dobbelt så ofte som forelegg.¹⁴¹ Dette innebærer at påtalemyndigheten unnlater å fremme straffesak såfremt den siktede ikke begår ny kriminalitet og overholder nærmere bestemte individuelt tilpassede vilkår om oppfølging av hjelpetiltak. Dreiningen mot mer rehabiliteringsrettede reaksjonsformer med unge som målgruppe viser seg også i at ungdomsstraff og ungdomsoppfølging ble innført i 2014.¹⁴²

Forelegg er imidlertid fortsatt den klart dominerende reaksjonsformen som ilegges voksne lovovertridere. Strafferettsapparatet skiller således i stor grad mellom voksne og unge i valg av reaksjonsform.

Endringene viser samtidig at påtalemyndigheten har fått en viktigere rolle i praktisering av narkotikalovgivning knyttet til narkotikabruk. Den legger en større andel av reaksjonene enn tid-

ligere og bruker mer differensierte reaksjonsformer, med varierende vilkår og inngrepsnivå.¹⁴³

Selv om vilkår i straffegjennomføring formelt blir regnet som mindre tyngende enn tradisjonell straff, vil det av den unge lovovertrideren kunne føles langt mer inngripende enn tidligere reaksjoner, som bot. Det er dermed omdiskutert om disse reaksjonene kan betegnes som mildere eller mindre inngripende, og om disse endringene skal karakteriseres som et tegn på en faktisk oppmykning og nedkriminalisering.¹⁴⁴

En rettsutvikling med gradvis reduksjon i straffenivået med bruk av forelegg og en noe lavere håndhevingsintensitet kan samtidig indikere at det i en viss utstrekning i praksis er en bevegelse mot en faktisk ned- og avkriminalisering av bruk av narkotika. Særlig gjelder dette overfor de mest marginaliserte og hjelpetrukkende brukerne.

3.4.3 Rehabilitering og fengselsstraff

En økt behandlingsoptimisme i kriminalpolitikken viser seg i at det i de siste tiårene har vært en betydelig satsing på å tilby hjelp, tjenester og tiltak med rusavhengige straffedømte som målgruppe (se kapittel 10). Et mer differensiert straffegjennomføringstilbud er etablert for å styrke kriminalomsorgens mulighet for behandling og forebyggende arbeid.¹⁴⁵ Straffegjennomføringsloven av 2001 bedret også muligheten for soning etter § 12, som åpner for at deler av straffen kan gjennomføres ved behandlingstilbud utenfor fengsel (se kapittel 10). Kriminalomsorgens ansatte har også som oppgave å gi hjelp til å motivere de innsatte til å starte en endringsprosess, jf. straffegjennomføringsloven § 3.

Det er straffens individualpreventive begrunnelse som kommer sterkest til uttrykk i stortingsmeldingen *Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn*, som kom ut i 2008.¹⁴⁶ Her lanseres også den såkalte *tilbakeføringsgarantien*, som slo fast at innsatte skal garanteres *individuelt tilrettelagt hjelp* til å skaffe seg en tilfredsstillende bolig, utdanning eller opplæring, arbeids-, helse- og sosialtjenester og økonomisk rådgivning. Garantien innebar også et krav om et sektoroverskridende forpliktende samarbeid for å danne en

¹³⁹ Sandøy og Hauge (2019) s. 41.

¹⁴⁰ Sandøy og Hauge (2019) s. 42.

¹⁴¹ Sandøy og Hauge (2019) s. 44, figur 2.2, oversikt over reaksjonstype i aldersgruppen 15–17 år, 2002–2014, basert på tall fra SSB.

¹⁴² Se Prop. 135 L (2010–2011) *Endringer i straffeloven, straffeprosessloven, straffegjennomføringsloven, konfliktrådsloven m.fl. (barn og straff)*.

¹⁴³ Lid (2016) s. 55.

¹⁴⁴ Se Holmboe (2017); Lid (2016); Sandøy (2018).

¹⁴⁵ Lundeberg og Mjåland (2019).

¹⁴⁶ St.meld. nr. 37 (2007–2008) *Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn*.

bro over glippsonen mellom fengsel og kommunen for å hindre tilbakefall.¹⁴⁷

Denne økte rehabiliterende satsingen kan tolkes som et uttrykk for en revitalisering av individualprevensjonens rolle i kriminalpolitikken. Alternative og individuelt tilrettelagte straffeinnsatser fremstilles som potensielt både mer kriminalitetsforebyggende, humane, nyttige og konstruktive investeringer i straff.

3.5 Hovedlinjer i helse- og sosialpolitikken

3.5.1 Innledning

Den norske narkotikapolitikken handler om langt mer enn bare straff og kontroll.¹⁴⁸ Helse, behandling og forebygging er og har vært bærende prinsipper i narkotikapolitikken, som i ruspolitikken generelt. I stortingsmeldingen fra 1975 om narkotikaproblemer ble misbruk av avhengighetskapende stoffer omtalt primært som et *helseproblem*.¹⁴⁹

Men også 40 år før dette var det en forståelse av at rusproblematikk hadde helsemessige og sosiale implikasjoner som krevde en annen tilnærming enn den straffeorienterte. Dette kom blant annet uttrykk gjennom opprettelsen av edruehetsnevndene i 1932, se omtale i punkt 3.5.2.

Den delen av helse- og sosialpolitikken som omfatter rusfeltet, har imidlertid gjennomgått en betydelig utvikling de siste tiårene, og tilbudene for brukere som ønsker hjelp, er blitt mer mangfoldige og bruker- og rettighetsorienterte. Synet på personer som bruker narkotika, har også endret seg. Avhengighet eller bruk av rusmidler som medfører skade, betraktes i større grad ut fra et helse- og sykdomsperspektiv enn som uttrykk for personens moralske karakter. Men også før dette hadde helsemessige og sosiale hensyn en viss gjennomslagskraft i tilnærmingen til personer med rusproblemer.

En viktig bakgrunn for å forstå dagens narkotikapolitiske situasjon og diskusjoner er de endringer i sosial- og helsepolitikken som fulgte lovreformene på 1980-, 1990- og 2000-tallet. En

mer rettighetsorientert, helsesentrert og skadereuserende tilnærming fikk gradvis større betydning. Sosialtjenesten, og senere helsetjenesten, fikk hovedansvaret for rusfeltet. Et endret syn på rusproblemet kom også til uttrykk i at helseperspektivet fikk en stadig sterkere forankring i det rusfaglige arbeidet, både på statlig og kommunalt nivå. Det ble samtidig lagt større vekt på tverrsektorielle løsninger. Dette politiske skiftet kommer tydelig til uttrykk i tidsperiodens sentrale dokumenter, reformer, begivenheter og i den videre utviklingen av et mer differensiert behandlings- og tjenestetilbud.

3.5.2 Lov om edruehetsnevnder og behandling av drikkfeldige og narkomane (edruskapsloven)

En autoritet knyttet til avholdsbevegelsen, legen og skribenten Johan Scharffenberg, foreslo tidlig på 1900-tallet at det skulle opprettes edruskapsnemnder og steder som skulle gi alkoholikere og familiene deres råd og hjelp. Disse ideene var grunnleggende for det som ble lov 26. februar 1932 om edruehetsnevnder og behandling av drikkfeldige (edruskapsloven). I alle kommuner hvor det var gitt bevilling til salg eller skjenking av brennevin, vin, fruktvin, mjød eller øl med mer enn 2,5 volumprosent alkohol skulle det oppnevnes en «særskilt edruehetsnevnd», heretter omtalt som edruskapsnemnd. Edruskapsnemndene skulle «virke for bedre edruehetsforhold i kommunen», jf. lovens § 3. Dette omfattet blant annet å «ta seg av drikkfeldige og yde råd og hjelp til deres pårørende», jf. bestemmelsens første ledd nr. 1.

Nemndene hadde plikt til å iverksette undersøkelser dersom de mottok melding fra vedkommende selv eller pårørende, verge, overformynder, prest, lege, vergerådet, fattigstyret, forsorgs- og verneforeninger eller politiet, jf. § 4. Politiet skulle i henhold til lovens § 4 nr. 3 gi melding til edruskapsnemnden i oppholdskommunen om alle personer som var ilagt straff for beruselse tre ganger i løpet av de siste 12 månedene.

Lovens §§ 4 til 7 hjemlet relativt betydelige inngrep overfor de såkalt drikkfeldige. Nemnden kunne opplyse saken ved å undersøke vedkommendes hjem og oppta forklaring fra vedkommende selv eller andre personer som var kjent med forholdene. Nemndene kunne også innhente uttalelser fra andre offentlige myndigheter, jf. lovens § 4 nr. 4.

Gjennom samtaler med personen skulle nemnden «søke å bevege vedkommende til bedre livs-

¹⁴⁷ Se særlig St.meld. nr. 37 (2007–2008) kapittel 14 om *tilbakeføringsgarantien*. Regjeringens nasjonale strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff (2017–2021) viser en satsing på å samordne og forbedre det samlede straffereaksjons- og behandlingstilbudet under straffegjennomføring for personer med rusproblemer eller avhengighet.

¹⁴⁸ Skretting (2014).

¹⁴⁹ St.meld. nr. 66 (1975–76) *Om narkotikaproblemer*, s. 3.

førsel», jf. § 5 første ledd. Dette kunne omfatte blant annet å hjelpe personen til å få arbeid, eller å få personen til å inngå i en ordning hvor lønn ble forvaltet av personens ektefelle eller en annen person. Nemdene kunne videre foreslå at personen oppsøkte lege, eller tok opphold i et kursted.

Etter lovens §§ 6 og 7 kunne det treffes beslutning om anbringelse i kursted, pleiehjem, tvangsarbeidsanstalt eller annen godkjent anstalt, dersom drikkingen førte til at personen 1) mishandlet sin ektefelle eller sine barn, eller utsatte barna for «sedelig forderv eller vanrøkt», 2) forsømte sin forsørgelsesplikt, 3) voldte fare for sig selv eller andre, eller gjentatte ganger forulempet sine omgivelser, 4) falt fattigvesenet eller sin familie til byrde, eller 5) forødet eller forspilte sitt gods «så det må fryktes for at det kan opstå trang for ham selv eller hans familie».¹⁵⁰ Beslutning om dette ble truffet av vergemålsretten etter begjæring fra edruskapsnemnden. Såfremt personen avga et skriftlig løfte om å leve totalavholdende, og dette ble ansett troverdig, kunne saken utsettes, og dersom løftet ble holdt i ett år, kunne saken heves, jf. § 11.

På 1950-tallet anslo Helsedirektoratet at det var om lag 500 misbrukere av opioider og amfetamin og nesten 3000 misbrukere av barbiturater.¹⁵¹ I en innstilling avgitt til Sosialdepartementet i 1950 påpekte Alkoholistforsorkomiteén at man savnet generelle regler om det offentliges adgang til å «ta seg av narkomane og om tvangsmessig adgang til å behandle disse folk i sykehus eller kursted».¹⁵² På grunnlag av komiteens innstilling ble det i 1957 gjort endringer i edruskapsloven som brakte «narkomane» inn under lovbestemmelsene om behandling av «drikkfeldige».¹⁵³ Dette innebar at kommunale edruskapsnemnder blant annet kunne pålegge innleggelse av en person til undersøkelse, behandling eller kur på grunnlag av vedkommendes narkotikabruk, jf. lovens § 6 a. På nærmere vilkår kunne nemndene vedta anbringelse i kursted eller sykehus i inntil to år uten personens samtykke, jf. § 7.

Et forsøk med et behandlingstilbud for narkomane ble etablert på Ørje Kursted, før pasientene i 1961 ble overført til den første spesialiserte insti-

tusjonen for behandling av personer som var avhengige av narkotika, Statens klinikk for narkomane på Hov i Land.¹⁵⁴

Om lag ti år etter lovendringen ble det i Ot.prp. nr. 46 (1967–68) påpekt at ordningen ikke fungerte særlig effektivt. To tiår senere ble det konstatert at utskillelsen av saker om rusmisbruk i en særskilt nemnd innebar en «oppsplitting og særbehandling» som edruskapsvernet led under.¹⁵⁵ I 1984–87 hadde om lag tre fjerdedeler av alle kommuner fått dispensasjon fra lovkravet om egne edruskapsnemnder. Det ble ofte i stedet opprettet en ordning med felles helse- og sosialstyre.¹⁵⁶

Edruskapsloven ble beskrevet som den av sosiallovene som virket mest foreldet, idet den blant annet la stor vekt på tvang begrunnet «vel så mye i samfunnsbeskyttelse som i hjelp til den enkelte».¹⁵⁷ Utformingen av lovens vilkår ble oppfattet som «svært moraliserende», og det ble påpekt at lovens saksbehandlingsregler bidro til å gjøre den lite anvendelig: «De er temmelig kompliserte og er i stor utstrekning bygget på et straffeprosessuelt mønster. De virker derfor nokså fremmed for et moderne, behandlingsorientert hjelpeapparat.»¹⁵⁸

3.5.3 Lov om sosiale tjenester mv. (sosialtjenesteloven)

Sosialtjenesteloven av 1991 avløste edruskapsloven av 1932. Dagens ordning med fylkesnemnder ble opprettet, og det ble utformet nye bestemmelser om bruk av tvang overfor personer med rusmiddelproblemer.¹⁵⁹ Noe av bakgrunnen for dette finner vi i at synet på problematisk rusmiddelbruk som uttrykk for karakterbrist og dårlig moral som måtte reguleres av særlover etter hvert ble erstattet med et mer nyansert syn på hva som var de bakenforliggende årsakene til rusproblemer, både på individ- og samfunnsnivå. Lovreguleringen av tjenestestiden, behandlingstilbud, sosial omsorg med videre var frem til begynnelsen av 1990-årene til dels både gammeldags og utdatert, og det ble erkjent at det var et behov for å revidere lovverket knyttet til disse sektorene. Regelverket knyttet til edruskapsvern og alkoholstomsorgen med

¹⁵⁰ Lov 26. februar 1932 nr. 1 om edruelighetsnevnder og behandling av drikkfeldige §§ 4, 5, 6 og 7. Lovens tittel ble endret ved lov 5. juni 1964 nr. 15 og lov 12. juni 1987 nr. 70 (lov om edruskapsvern).

¹⁵¹ Waal (2014) s. 11.

¹⁵² Innstilling II fra Alkoholistforsorkomiteén om utbygging av vår alkoholistforsorg, avgitt 1950 s. 29. Innstillingen er inntatt som vedlegg til Ot.prp. nr. 54 (1957).

¹⁵³ Lov 6. juli 1957 om endringer i lov om edruelighetsnevnder og behandling av drikkfeldige av 26. februar 1932.

¹⁵⁴ Waal (2014) s. 12. Se også Johansen mfl. (2018) s. 248.

¹⁵⁵ Se NOU 1985: 18 *Lov om sosiale tjenester mv.* s. 29.

¹⁵⁶ Se NOU 1985: 18 kapittel 16.2.1.

¹⁵⁷ NOU 1985: 18 s. 30.

¹⁵⁸ NOU 1985: 18 s. 30.

¹⁵⁹ Se Ot.prp. nr. 29 (1990–91) kapittel 6 og 9 for en nærmere redegjørelse.

videre var både preget av et foreldet syn på brukere av rusmidler og lite egnet til å møte nye grupper av rusmiddelbrukere:

«Samfunnsutviklingen har ført til at de sosiale problemene har endret karakter. Lovene er derfor dårlig tilpasset dagens problemer og er mindre effektive instrumenter i realiseringen av målene i sosialpolitikken.»¹⁶⁰

Blant annet på denne bakgrunn satte Sosialdepartementet ned et utvalg som skulle utrede forslag til ny sosialtjenestelov,¹⁶¹ som ble fremmet for Stortinget i 1990.¹⁶² Sosialtjenesteloven trådte i kraft i 1993¹⁶³ og avløste tre tidligere lover som til da hadde regulert rusfeltet, herunder hva gjelder behandling og sosialfaglige tiltak.¹⁶⁴

Den kommunale sosialtjenesten fikk etter den nye loven et overordnet ansvar for tjenester til personer med rusproblemer, og ansvaret omfattet også forebyggende tiltak, jf. § 3-1, og den enkelte brukers familie og nettverk, jf. § 6-1. I tillegg ble det gitt adgang for kommunene til å fremme saker om tilbakehold av rusmiddelmissbrukere i «egnet» institusjon inntil tre måneder med sikte på avrusning og for å motivere til å «etablere en positiv innstilling til behandling».¹⁶⁵ Avgjørelsesmyndigheten i tvangssaker fremmet etter sosialtjenesteloven ble lagt til fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker. En vesensforskjell fra tidligere tvangslovgivning var imidlertid at det var vedkommendes risiko for skade på seg selv som utgjorde vilkår for anvendelse av tvang, ikke hensynet til tredjepart eller samfunnet generelt. Et unntak var bestemmelsen om tvang overfor gravide rusmiddelbrukere, som ble begrunnet med hensyn til mulig skade hos fosteret.

3.5.4 Rusreform I og II

Fra og med 1993 var behandlingen av personer med rusproblemer underlagt sosialtjenesteloven, og sosialfaglige perspektiv og sosialpedagogisk¹⁶⁶ behandlingsmetodikk hadde en fremtredende

posisjon i behandlingstilbudene. Kommunene og fylkeskommunene hadde et delt økonomisk ansvar for rusbehandling i institusjon, og fylkeskommunene hadde det overordnede ansvaret for at det fantes rusbehandlingstilbud i fylket, jf. sosialtjenesteloven¹⁶⁷ §§ 7-1 og 7-2.

En utfordring i rusfeltet var blant annet den uønskede variasjonen som fantes nasjonalt, både med tanke på tilgang til behandling og variasjoner i faglig kvalitet på det behandlingstilbudet som ble gitt. Etter hvert var man også i økende grad oppmerksom på at personer med rusproblemer også kunne ha store utfordringer knyttet til psykisk helse, mange også med en høy somatisk sykdomsbelastning,¹⁶⁸ og dødeligheten var høy blant dem med den mest alvorlige rusmiddelbruken. Det var videre en erkjennelse av at det var et behov for å sikre høyere faglige standarder og bidra til mer likeverdige tjenestetilbud, ikke minst samme tilgang til rusbehandling i hele landet.

Allerede i 2002 var det blitt gjennomført en sykehusreform¹⁶⁹ der staten overtok eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene gjennom opprettelsen av de regionale helseforetakene.

I 2003 vedtok Stortinget å overføre deler av det fylkeskommunale ansvaret for *rusmiddelmissbrukere* (Rusreform I).¹⁷⁰ Det ble da trukket et skille mellom spesialiserte helsetjenester (til rusmiddelmissbrukere), som ble et statlig ansvar, og institusjoner for rusmiddelbrukere, som omfattet såkalte spesialiserte sosiale tjenester og omsorgsinstitusjoner, som forble på fylkeskommunalt nivå. En målsetting for Rusreform I var «[å] legge det organisatoriske grunnlaget for en styrking av spesialisthelsetjenesten overfor rusmiddelmissbrukere».¹⁷¹

I januar 2004 trådte Rusreform II i kraft. De regionale helseforetakene overtok med det hele ansvaret for spesialisthelsetjenester til rusmiddelavhengige, som tidligere hadde ligget til fylkes-

¹⁶⁰ NOU 1985: 18 s. 11.

¹⁶¹ NOU 1985: 18.

¹⁶² Ot.prp. nr. 29 (1990–91).

¹⁶³ Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (opphevet).

¹⁶⁴ Henholdsvis lov 5. juni 1964 nr. 2 om sosial omsorg, lov 26. februar 1932 nr. 1 om edruskapsvern og edruskapsnemnder og lov 30. mars 1984 nr. 13 om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitutioner m.v.

¹⁶⁵ Ot.prp. nr. 29 (1990–91) *Om lov om sosiale tjenester m.v. (sosialloven)* s. 7.

¹⁶⁶ Sosialpedagogikk er et fagområde innen pedagogikk som behandler oppdragelse og undervisning i vekselvirkning med samfunnet. I videre betydning brukes begrepet om det praktiske arbeidsområdet på grensen mellom sosialt og pedagogisk arbeid ved barneinstitusjoner, fritidshjem, ungdomsklubber og spesialinstitusjoner, se Tjeldvoll (2014).

¹⁶⁷ Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (opphevet).

¹⁶⁸ Se også Ostling mfl. (2014).

¹⁶⁹ Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*

¹⁷⁰ Ot.prp. nr. 3 (2002–2003) *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for rusmiddelmissbrukere)*.

¹⁷¹ Ot.prp. nr. 54 (2002–2003) *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)*.

kommunene. Kommunens ansvar for rusmiddel-misbrukere forble i hovedsak uendret etter rusreformen. Fortsatt var kommunen forpliktet til å yte sosiale tjenester etter sosialtjenesteloven og tjenester etter kommunehelsetjenesteloven også til personer med rusproblematikk. Sosialtjenesten fikk beholde sin status som henvisende instans, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-12, og fastlegene fikk henvisningsrett til rusbehandling.

Reformen var viktig for rusfeltet, ikke minst fordi ruslidelser nå ga pasientrettigheter etter pasientrettighetsloven¹⁷² og rett til behandling i spesialisthelsetjenesten i den nye disiplinen som fikk navnet «tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddel-misbruk», nå oftest kalt tverrfaglig spesialisert *rusbehandling* (TSB).

De regionale helseforetakene ble tillagt ansvaret for å sørge for at det tilbys TSB til innbyggerne i de respektive regioner, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd nr. 5. Det tverrfaglige aspektet var et bevisst valg og avgjørende for å kunne beholde den sosialfaglige og miljøterapeutiske behandlingsmetodikken som allerede var en sentral del av behandlingstilbudene, i tillegg til den medisinske kompetansen som ble tilført gjennom overføring til spesialisthelsetjenesten.

Samtidig som det ble etterstrebet en mer helserettet rusbehandling, var det likevel en forståelse av at det var behov for å styrke samhandlingen mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Et sentralt virkemiddel i den sammenhengen var en lovfestet rett til individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester.¹⁷³

Rusreformen ble evaluert i 2006.¹⁷⁴ Evalueringsrapporten konkluderte med at det forvaltningsmessige målet om statlig overtagelse av kommunalt og fylkeskommunalt ansvar, der behandlingstilbudet ble underlagt de samme lovkrav som gjaldt for spesialisthelsetjenesten for øvrig, ble innfridd. Derimot kunne evalueringen ikke påvise at pasientenes behandlingsbehov ble ivaretatt på samme måte som i spesialisthelsetjenesten for øvrig, eller at bemanningsfaktoren i TSB var på samme nivå som på andre spesialisthelseområder. Rapporten pekte også på at reformens øvrige mål, som tverrfaglige og helhetlige tjenester, individuell tilrettelegging med videre

ikke syntes å være nådd, med unntak av at tjenestene faktisk var blitt mer tverrfaglige:

«Til nå synes implementeringen av rusreformen å ha ført til et mer fragmentert og rigid tilbud, med mange brudd i behandlingsforløpene og mindre individuelt tilpasset behandling som resultat. Den største utfordringen for de tverrfaglige spesialiserte tjenestene for rusmiddel-misbrukere blir dermed å utvikle samhandlingsmodeller og praksisformer som oppfyller faglige krav til sammenhengende og tilpasset behandling [...]»¹⁷⁵

3.5.5 NAV-reformen og lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV-loven)

I 2005 la regjeringen frem forslag til ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV-reformen).¹⁷⁶ Reformen samordnet med dette tre tidligere etater: den kommunale sosialtjenesten og de statlige etatene Aetat (Arbeidsmarkedsetaten) og trygdeetaten, regulert gjennom NAV-loven.¹⁷⁷ Bakgrunnen for reformen var en opplevelse av at disse tre etatene, som til dels hadde felles formål, ikke samhandlet godt nok, bidro til fragmenteringen av velferdstjenestene¹⁷⁸ og brukere ble kasteballer mellom systemene.¹⁷⁹ Den nye konstruksjonen fikk navnet «Ny arbeids- og velferdsforvaltning» med akronymet NAV, som nå er etatens egenavn.

Reformen hadde følgende mål:

- flere i arbeid og aktivitet, færre på stønad
- enklere for brukerne og tilpasset brukernes behov
- en helhetlig og effektiv arbeids- og velferdsforvaltning¹⁸⁰

Det ble lagt opp til stor grad av frihet for den statlige delen av NAV-etaten og kommunen til å velge organisering internt. Den statlige delen av NAV og kommunen avtaler seg imellom hvilke tjenester som skal inngå i den kommunale delen av NAV-kontoret, jf. NAV-loven § 14 om samarbeid og oppgavedeling. Det betyr at det finnes variasjo-

¹⁷⁵ Lie og Nesvåg (2006) s. 136.

¹⁷⁶ St.prp. nr. 46 (2004–2005).

¹⁷⁷ Lov 16. juni 2006 nr. 20 om arbeids- og velferdsforvaltningen.

¹⁷⁸ NOU 2004: 13 *En ny arbeids- og velferdsforvaltning. Om samordning av Aetats, trygdeetatens og sosialtjenestens oppgaver*, s. 89.

¹⁷⁹ St.meld. nr. 14 (2002–2003) *Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten*, s. 4.

¹⁸⁰ St.prp. nr. 46 (2004–2005) s. 9–10.

¹⁷² Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerretegheter (pasient- og brukerreteghetsloven).

¹⁷³ For nærmere omtale av individuell plan, se Helsedirektoratet (2015c).

¹⁷⁴ Lie, Nesvåg og Allred (2006).

ner i tjenesteinnhold mellom de ulike NAV-kontorene.¹⁸¹

Generelt skulle reformen sikre at etatene samarbeider om å yte tjenester til personer med behov for tjenester fra flere instanser, og at ingen faller mellom tjenestene eller forblir i en uavklart situasjon. Dette gjelder i stor grad også mennesker med rusproblemer, som kan motta statlige ytelser, som arbeidsavklaringspenger, sykepenger, uføretrygd med videre, men også kan ha nytte av arbeidsrettede tiltak, som er organisert på kommunalt nivå. Mange kan også ha behov for økonomisk sosialhjelp, midlertidig bolig med videre, som ligger til sosialtjenesten.

Sosialtjenesten har beholdt sin rett til å henviser til TSB samt anledning til å fremme saker om tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10, avhengig av hvordan kommunene har organisert sitt rusarbeid.

3.5.6 Opptappingsplan for rusfeltet (2007–2010) og Meld. St. 30 (2011–2012)

3.5.6.1 Opptappingsplan for rusfeltet (2007–2010) (2012)

Det har vært utarbeidet flere stortingsmeldinger på rusfeltet, henholdsvis i 1975,¹⁸² 1985,¹⁸³ 1996¹⁸⁴ og 2011¹⁸⁵ som har tatt sikte på å samle kunnskap og gi retning til det ruspolitiske arbeidet. I 1979 la regjeringen frem en plan for økt innsats mot narkotikaproblemer,¹⁸⁶ som også tilførte feltet økonomiske ressurser, og som la vekt på sosialfaglige tiltak og behandling, forebygging og kontroll.¹⁸⁷ Også i perioden 2003–2005 og 2006–2008 hadde regjeringen dedikerte handlingsplaner mot rusmiddelproblemer,¹⁸⁸ forankret i henholdsvis Sosialdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet.

Etter hvert så man likevel et behov for en mer systematisk opprustning av rusfeltet og som et uttrykk for at helseperspektivet var blitt langt mer

fremtredende, var det daværende helseminister Sylvia Brustad, som i 2007 lanserte *Opptappingsplan for rusfeltet (2007–2010)*.¹⁸⁹ Planen skulle opprinnelig løpe ut 2010, men ble forlenget frem til 2012.

Bakgrunnen for opptappingsplanen var den bekymringen som har vært til stede hva gjelder bruk av narkotika i samfunnet siden 1960-årene, og ikke minst den høye overdosedødeligheten. Planen var også et svar på de mangler og utfordringer tjenesteapparatet sto overfor, både faglig og kapasitetsmessig. Det ble blant annet vist til Helse-tilsynet, som hadde påpekt at «en økende andel av personer med rusmiddelavhengighet har omfattende og sammensatte problemer, og at de ikke mottar nødvendige og forsvarlige tjenester».¹⁹⁰ Opptappingsplanen tok også utgangspunkt i erfaringer fra rusreformen av 2004 og de behov for videreutvikling av kompetanse og samhandling som fulgte av denne. Helsedirektoratet omtalte opptappingsplanens mål og tiltak på følgende måte:

«Opptappingsplanen [...] har blant annet som intensjon å gi rusreformen et faglig innhold, med tiltak for å ruste opp kapasiteten i kommuner og spesialisthelsetjenesten, samt øke kvaliteten på det samlede tilbudet.»¹⁹¹

Det ble videre vektlagt at tjenestene nå skulle ha mer individuelt tilrettelagt utforming, og at det var behov for bedre samhandling og mer sammenhengende forløp.¹⁹²

Helsedirektoratet anslår at rusfeltet samlet sett ble styrket med 1,035 milliarder kroner (prisjustert 2012)¹⁹³ i forbindelse med opptappingsplanen. I og med at planen som sådan ikke ble evaluert, og at man i liten utstrekning hadde konkret kunnskap for eksempel om kapasitet i de kommunale tjenestene fra før planen ble iverksatt, er det vanskelig å si noe entydig om effektene av opptappingsplanen.

3.5.6.2 Meld. St. 30 (2011–2012) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk*

Opptappingsplanen ble avløst av en ny melding til Stortinget på rusfeltet i 2012,¹⁹⁴ som blant

¹⁸¹ Se omtale på NAVs nettsider, NAV (2013b).

¹⁸² St.meld. nr. 66 (1975–76) *Om narkotikaproblemer*.

¹⁸³ St.meld. nr. 13 (1985–86) *Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken*.

¹⁸⁴ St.meld. nr. 16 (1996–97) *Narkotikapolitikken*.

¹⁸⁵ Meld. St. 30 (2011–2012) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol – narkotika – doping*.

¹⁸⁶ St.prp. nr. 138 (1978–79) *Om plan for økt innsats mot narkotikaproblemer*.

¹⁸⁷ Skretting (2013).

¹⁸⁸ Sosialdepartementet (udatert) og Arbeids- og sosialdepartementet (2005).

¹⁸⁹ Helse- og omsorgsdepartementet (2007).

¹⁹⁰ Helse- og omsorgsdepartementet (2007) s. 12.

¹⁹¹ Helsedirektoratet (2012b) s. 5.

¹⁹² Helsedirektoratet (2012b).

¹⁹³ Helsedirektoratet (2012b) s. 6.

¹⁹⁴ Meld. St. 30 (2011–2012).

annet pekte på betydningen av å komme tidligere inn i problemforløp, å skape bedre sammenheng i og mellom tjenestenivåer samt bidra til helhetlige og sammenhengende tjenestetilbud. Meldingen varslet også den kommende overdosestrategien, og ikke minst gikk meldingen gjennom Stoltenbergutvalgets rapport om narkotika fra 2010,¹⁹⁵ med tilhørende forslag.

3.5.7 Samhandlingsreformen (2012–2016) og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen, *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, ble lagt frem i 2008. Allerede i forordet til reformen omtales personer med rusproblemer som en av gruppene som taper på manglende samhandling.¹⁹⁶ I presentasjonen av reformen ble det lagt vekt på behovet for samhandlende tjenestenivåer – derav navnet – for å sikre gode tjenester og forløp og forebygge behandlingsavbrudd. Videre ble det lagt vekt på behovet for en «venstreforskyvning» av ressursene, det vil si mer penger til forebygging for å hindre økt sykdomsbelastning i fremtiden.

I tillegg til ulike økonomiske insentiver, som for eksempel kommunenes betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter og overføring av ressurser fra helseforetakene til kommunene, var de lovpålagte samarbeidsavtalene¹⁹⁷ mellom de regionale helseforetakene og kommunen et sentralt virkemiddel for å oppnå målene i samhandlingsreformen.

De store reformene som allerede var implementert, som Rusreformene og NAV-reformen, samt samhandlingsreformen som var igangsatt, forutsatte også endringer i reguleringen av de kommunale helsetjenestene.

I 2010 la Helse- og omsorgsdepartementet frem forslag til en egen helse- og omsorgstjenestelov¹⁹⁸ til erstatning for kommunehelse- og sosialtjenesteloven og sosialtjenesteloven. I tillegg ble det foreslått endringer i andre lover, blant annet i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Den nye helse- og omsorgstjenesteloven,¹⁹⁹ som trådte i kraft i 2012, tydeliggjorde primær-

helsetjenestens ansvar overfor personer med rusproblematikk, jf. § 3-1 annet ledd. For personer med rusproblemer kunne det også ses som en ytterligere forsterkning av helseperspektivet knyttet til rusmiddelbruk som allerede var uttrykt gjennom Rusreform II i 2004.

Den delen av kapittel 6 av sosialtjenesteloven som omhandlet tilbakehold uten samtykke overfor personer med rusproblematikk, ble, med små endringer i ordbruken, tatt inn i helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 10. Se for øvrig utredningens kapittel 5 for nærmere omtale av tjenestetilbud og tiltak overfor personer med rusproblematikk.

3.5.8 Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)

I 2015 la regjeringen frem et forslag til en ny opptrappingsplan for rusfeltet for perioden 2016–2020.²⁰⁰ Opptrappingsplanen tar utgangspunkt i tre innsatsområder; tidlig innsats for å forebygge rusavhengighet, behandling og oppfølgings-tjenester etter behandling. Planen er hovedsakelig innrettet mot mennesker som allerede har – eller som står i fare for å utvikle – et rusproblem. De rent primærforebyggende innsatser forutsettes ivaretatt innenfor rammene av folkehelsearbeidet.

Opptrappingsplanen har en økonomisk ramme på 2,4 milliarder kroner.²⁰¹ Veksten i TSB er eksplisitt holdt utenfor og skal ivaretas gjennom den såkalte gylne regel, som ble gjeninnført i 2015.²⁰² Planen legger til grunn at utfordringene på rusfeltet er størst i kommunal sektor, og planen tar derfor sikte på å bidra til kapasitetsvekst i kommunalt rusarbeid. Samtidig er det også tiltak i planen som skal bidra til kvalitetsutvikling i tjenestene, mer tilpassede og fleksible tjenester og ikke minst økt brukermedvirkning.

Helsedirektoratet har fått ansvaret for å følge opp Helse- og omsorgsdepartementets tiltak i planen og koordinerer også innsatsen fra berørte direktorater og andre aktører. FAFO evaluerer planen på oppdrag fra Helsedirektoratet og har

¹⁹⁵ Stoltenbergutvalget (2010).

¹⁹⁶ St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen*.

¹⁹⁷ Se nærmere om samarbeidsavtalene i Helse- og omsorgsdepartementet (udatert).

¹⁹⁸ Prop. 91 L (2010–2011).

¹⁹⁹ Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

²⁰⁰ Prop. 15 S (2015–2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*.

²⁰¹ I henhold til Prop. 1 S (2019–2020) er opptrappingsplanens økonomiske målsetting allerede oppfylt.

²⁰² Prop. 1 S (2014–2015) Helse- og omsorgsdepartementet: Regelen om at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling hver for seg skal ha årlig vekst som er større enn veksten i somatikk, videreføres og innebærer at disse fagområdene gis høy prioritet.

levert to rapporter i forbindelse med evalueringsoppdraget.²⁰³

3.6 Behandlingstilbud og skadereduksjon

3.6.1 Behandlingstilbudene

Med utgangspunkt i bekymringen for bruk av narkotika i ungdomsgenerasjonen ble tiltak som ute-seksjonen i Oslo opprettet i 1969. I Bergen ble det i 1971 opprettet et psykiatrisk (ungdoms)team (PUT), som skulle gi behandling til ungdom med rusproblematikk. I 1974 ble et tilsvarende team opprettet i Oslo.²⁰⁴ St.meld. nr. 66 (1975–76) *Om narkotikaproblemer* fremmet forslag om å formalisere polikliniske psykiatriske ungdomsteam, og slike team begynte å vokse frem mot slutten av 1970-årene, forankret i psykisk helsevern. Med statens overtagelse av den fylkeskommunale sykehusdriften i 2002,²⁰⁵ fulgte PUT-ene med og er i dag mange steder en del av det polikliniske rusbehandlingstilbudet innen TSB.

Fra 1970-årene ble institusjonsbehandling en sentral del av tilnærmingen til personer med rusproblemer, spesielt de unge. I tidens ånd ble disse institusjonene i stor utstrekning organisert som bo- og arbeidskollektiver, hvor solidaritets- og fellesskapsideologien fra 1970-årene var fremherskende. Det første kollektivet i Norge, Sollia, ble opprettet av Statens klinikk for narkomane i 1970.²⁰⁶

Hivproblematikken blant injiserende brukere medførte også en betydelig vekst i antall institusjonsplasser fra siste halvdel av 1980-tallet.²⁰⁷ Mange av rusbehandlingstilbudene ble opprettet av stiftelser og organisasjoner, ideelle og religiøse. Dette har bidratt til at det har vært et mangfold av faglige behandlingstilnæringer og perspektiver på rusmiddelbruk og rusproblematikk.²⁰⁸

Med Rusreform II i 2004 fikk de regionale helseforetakene (RHF-ene) tillagt ansvaret for å yte TSB i sine regioner. I tillegg til selv å ha både akutt-, avrusings-, poliklinisk behandlings- og døgnbehandlingstilbud i egen regi anskaffer RHF-ene en betydelig mengde døgnplasser fra private tilbydere gjennom anbuds konkurranser. De pri-

vate aktørene som leverer helsetjenester er omfattet av de faglige kompetansekrav som følger av å være en spesialisthelsetjeneste og må følge de nasjonale faglige retningslinjer på rusfeltet som utgis av Helsedirektoratet. De står dermed noe mindre fritt enn tidligere til selv eksklusivt å definere innhold og innretning (herunder lengde på døgnbehandling) av sitt behandlingstilbud.

3.6.2 Skadereduksjon

3.6.2.1 Økt oppmerksomhet om skadereduksjon

Skadereduksjonstilnærmingen i folkehelsearbeidet knyttet til håndteringen av befolkningens rusproblemer fikk på 1990-tallet økt innflytelse både i forskning, politikk og praksis.²⁰⁹ En viktig bakgrunn var den sterke økningen av injiserende heroinbrukere over hele Europa med dårlig helsetilstand.²¹⁰ Antallet heroinbrukere i Norge fordoblet seg i løpet av 1990-tallet.²¹¹ Mange av brukerne av heroin og andre stoffer hadde høy sykdomsbelastning. Dødeligheten i gruppen var høy, og narkotikadødsfallene fikk stadig større oppmerksomhet i mediene.²¹² Hivepidemien på 1980-tallet og den raske spredningen av hiv blant injiserende brukere bidro til å sette fart i utviklingen av skadereduserende tiltak. De åpne russcenene, ofte svært synlige, ble dominert av stadig flere særlig forkomne injiserende brukere. Dette førte til at den offentlige og politiske bekymringen økte.

Begrepet «skadereduksjon» omfatter den politikk og de tiltak som søker å redusere skader av rusmiddelbruk, og må forstås som et mangfoldig begrep som inkluderer et vidt spekter av «skader» (helseskader, sosiale skader, økonomiske skader), ikke bare på brukere av narkotika selv, men også på nærstående og samfunnet for øvrig. En slik bred forståelse av skadereduserende tiltak og målet med disse kom første gang politisk tydelig til uttrykk i stortingsmeldingen fra 1996:

«Selv om målet for vår innsats er rusfrihet, vil det forekomme situasjoner der misbrukerne ikke har et uttalt ønske om å komme seg ut av misbruket. I disse tilfellene må hjelpeapparatet bidra til skadereduserende og stabiliserende tiltak. [...] Med skadereduksjon forstås tiltak

²⁰³ Hansen mfl. (2018 a og b).

²⁰⁴ Statens helsetilsyn (2000).

²⁰⁵ Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*

²⁰⁶ Fekjær (2016) s. 65.

²⁰⁷ Sosial- og helsedepartementet (1996).

²⁰⁸ Mjåland (2008).

²⁰⁹ Rhodes og Hedrich (2010).

²¹⁰ Ødegård (2011).

²¹¹ Antallet sprøytebrukere økte fra 4000–5000 i 1989 til 9000–12 000 i 1999, se Ødegård, Bretteville-Jensen og Skretting (2002).

²¹² Ødegård (2011).

for å redusere de skadelige virkningene av et pågående narkotikamisbruk, for den enkelte misbrukers helse og for samfunnet. Eksempler på slike tiltak er informasjon til misbrukere for å forebygge overdoser, og utdeling av rene sprøyter og kanyler for å forebygge smitte og hindre spredning av leverbetennelser og HIV. Tiltakene er forankret i en helsemessig tilnærming til narkotikamisbrukere og de akutte helseproblemene misbruket ofte fører med seg.»²¹³

Skadereduksjon var likevel kontroversielt, fordi tiltakene var rettet mot å hindre skadene ved rusmiddelbruk og ikke rusmiddelbruk i seg selv.²¹⁴ Visjonen om et narkotikafritt samfunn, som etter utvalgets forståelse først ble uttrykt i et offentlig policydokument i forbindelse med stortingsmeldingen fra 1985,²¹⁵ ble oppfattet å være under press. Det ble en opphetet debatt knyttet til om skadereduksjon innebar en undergraving av forbudet og en liberalisering av narkotikapolitikken ved at nullvisjonen om et narkotikafritt samfunn med dette ble forlatt.²¹⁶ I stortingsmeldingen om narkotikapolitikken fra 1996 ble det uttalt at det «ikke [er] realistisk å tro at narkotikaproblemene skal kunne løses innen overskuelig framtid».²¹⁷ Ifølge stortingsmeldingen skulle en restriktiv narkotikapolitikk, og visjonen om et narkotikafritt samfunn, likevel stå ved lag:

«Liberalisering ville først og fremst ha den negative signaleffekten at samfunnet ikke lenger vurderer narkotika som et alvorlig problem. Liberalisering ville også etter alt å dømme øke tilgjengeligheten av narkotika og føre til økt misbruk. Det er derfor viktig å holde fast ved det langsiktige, overordnede politiske målet; å arbeide fram mot et samfunn fritt for misbruk av narkotika.»²¹⁸

3.6.2.2 Smittevern og lavterskeltilbud

Det første skadereduserende tiltaket, som ble innført i 1988, møtte – til tross for motstanden mot liberalisering av narkotikapolitikken – lite motstand.²¹⁹ Det dreide seg om utdeling av rene

sprøyter og kanyler for å forebygge overdoser, smitte og spredning av sykdommer. Sprøyteutstyr ble i oppstarten først kun utdelt fra «aids-informasjonsbussen» i Oslo. I dag er imidlertid sprøyteutdeling nærmest et landsdekkende tiltak.²²⁰

En viktig skadereduserende satsing, spesielt i storbyene, har vært en utbygning av gatenære lavterskel helsetilbud og væresteder som drives både av kommuner og ideelle organisasjoner. Et fellestrekk ved tiltakene er at målgruppen er personer med rusproblemer, de er åpne på dagtid og uten timebestilling eller egenandeler med videre (derav «lavterskel»).

3.6.2.3 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Tiltak for å forebygge overdosedødsfall og redusere skader av heroinbruk har vært hovedformålet for mange skadereduserende tiltak. Etablering av substitusjonsbehandling i Norge, kalt legemiddelassistert rehabilitering (LAR), har kanskje vært den største og viktigste satsingen. Det første metadontiltaket i Norge ble igangsatt i Oslo på begynnelsen av 1990-tallet som et forsøksprosjekt for hivpositive sprøyteinjisierende brukere med langt kommet immunsvikt.²²¹

Metadonbehandling var imidlertid ikke ukontroversielt.²²² Motstanden synes å være knyttet til det tradisjonelle målet om rusfrihet for alle som bruker narkotika, og forestillingen om det narkotikafrie samfunnet. I tillegg ble det også problematisert fra ulikt hold at legemidler kunne komme til erstatning for annen behandling eller andre rehabiliterende innsatser.

I 1997 vedtok Stortinget likevel substitusjonsbehandling²²³ som et permanent og landsdekkende tilbud.²²⁴ På relativt kort tid ble LAR den dominerende behandlingen for opioidavhengighet. I 2017 var det nærmere 7600 pasienter i

²²⁰ Olsen og Skretting (2006).

²²¹ Sosial- og helsedepartementet (1996) s. 49.

²²² Skretting (1997).

²²³ Substitusjonsbehandlingen hadde først navnet *metadon-assistert rehabilitering* – MAR. Etter at andre medikamenter enn metadon, primært buprenorfin, ble tatt i bruk, ble navnet på tiltaket endret til *legemiddelassistert behandling* – LAR.

²²⁴ St.meld. nr. 16 (1996–97) og Innst. S. nr. 184 (1996–1997) om 1) narkotikapolitikken og 2) forslag fra stortingsrepresentant Ellen Chr Christiansen om å legalisere narkotika og å avkriminalisere brukerne. Som en kuriositet i denne sammenhengen kan det nevnes at Stortinget under sin behandling av saken ikke bifalt følgende forslag (forslag nr. 10) fra representant Ellen Chr. Christiansen (uavhengig): «Stortinget ber Regjeringen legge frem de nødvendige forslag for å legalisere narkotika og å avkriminalisere brukerne.»

²¹³ St.meld. nr. 16 (1996–97) s. 26.

²¹⁴ Blindheim (2003).

²¹⁵ St.meld. 13 (1985–86) s. 6.

²¹⁶ Schiøtz (2017).

²¹⁷ St.meld. nr. 16 (1996–97) s. 9.

²¹⁸ St.meld. nr. 16 (1996–97) s. 9.

²¹⁹ Skretting (1996).

LAR.²²⁵ En av de viktigste grunnene til denne økningen har vært endring av inntakskriterier og de dokumenterte positive effektene, særlig i form av lavere sykkelighet, dødelighet og kriminell aktivitet.²²⁶

3.6.2.4 Fra sprøyterom til brukerrom

En kraftig økning i overdosedødsfall fra 1980, med 60 dødsfall,²²⁷ til toppåret i 2001, med hele 405 døde, var foranledningen for en prøveordning med et såkalt sprøyterom i Oslo i 2005. Formålet med sprøyterom er å forebygge overdoser, å styrke brukerens verdighet, å øke brukerens kontakt med helse- og sosialfaglige tjenester og å bedre hygienene rundt inntak av rusmidler.²²⁸ Målgruppen for disse tiltakene var hardt belastede brukere som i et visst omfang inntok narkotikaen i det offentlige rom.

I lovgivningen om sprøyterom, som først ble vedtatt som en midlertidig lov i 2004, ble det slått fast at personer med lovlig adgang til sprøyterommet ikke skal straffes for inntaket av narkotika, eller besittelse av en brukerdose som skal inntas på sprøyterommet.²²⁹ Både i og i umiddelbar nærhet av sprøyterommene ble besittelse av narkotika til egen bruk i praksis straffritt for rommets brukere.

Sprøyterommet førte til en narkotikapolitisk debatt med mange vanskelige prinsipielle avveininger, først og fremst fordi mange mente dette la til rette for bruk av skadelige og forbudte stoffer.²³⁰ Det ble oppfattet som et skritt i retning av å legalisere narkotika og med det svekke Norges posisjon i internasjonalt narkotikasamarbeid.

Det ble også fryktet at narkotikabrukere som også er selgere, i praksis ville bli gitt en slags frisoner. Videre ble det også argumentert med at sprøyterom går på tvers av prinsippet om likhet for retten, siden enkelte brukere ville få adgang til

å bruke narkotika uten frykt for straff. At noen brukergrupper skulle fritas for straff, og at dette skulle forbeholdes bruken av de mest skadelige narkotiske stoffene, var ikke i tråd med den øvrige narkotikapolitiske reguleringen.

På tross av at sprøyterom kanskje har vært det mest kontroversielle tiltaket, ble forsøksloven gjort permanent i 2009.²³¹ Evalueringene av ordningen har vist at en slik plassorientert avkriminalisering kan skape bedre betingelser for skade-reduksjon ved at rusbrukere slipper kontroll og straff, i mindre grad blir stigmatisert, får være i fred og kan ta seg tid til å tilberede stoff til egen bruk, med mindre risiko for feildosering og hurtige injiseringer.²³²

I 2016 ble det etablert et sprøyterom også i Bergen kommune.

Inntil 2018 var det bare heroin som var omfattet av straffrihet, og injisering var eneste tillatte inntaksmåte. Det ble av flere problematisert at sprøyteromsordningen ikke understøttet Switchkampanjen, som var et av de viktigste tiltakene i Nasjonal overdosestrategi.²³³ Kampanjen handler om å motivere til overgang fra injisering til tryggere inntaksmåter, hovedsakelig inhalering, som er langt mindre helseskadelig enn injisering og reduserer faren for overdose til et minimum.

I 2018 erklærte regjeringen i sin politiske plattform²³⁴ at den ville «styrke innsatsen mot overdosedødsfall, ved at det i brukerrom åpnes for å injisere flere stoffer som gir risiko for overdosedødsfall. Det skal også gis opplæring i overgang fra injisering til mer skånsom bruk for tunge rusavhengige». Regjeringen la deretter frem forslag til endringer i sprøyteromsloven,²³⁵ som ble vedtatt av Stortinget samme år. Endringene innebar også at betegnelsen «sprøyterom» ble endret til «brukerrom».²³⁶

3.6.2.5 Heroinassistert behandling (HAB)

Stoltenbergutvalget hadde allerede i 2010 foreslått et tidsbegrenset forsøksprosjekt der behandling med heroin skulle inkluderes i LAR. Dette ble

²²⁵ Per 31. desember 2017 var det registrert i alt 7622 pasienter i LAR, se Waal mfl. (2018) s. 4.

²²⁶ Se for eksempel Bukten (2012) og Strang mfl. (2012).

²²⁷ I 1980 ble det registrert 60 overdosedødsfall. I 2000 var tallet økt til 267, se Ødegård, Bretteville-Jensen og Skretting (2002).

²²⁸ Olsen og Skretting (2007).

²²⁹ Dette ble vedtatt som midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika § 2 bokstav b. Slike handlinger er ellers straffbare med inntil seks måneders fengsel, jf. lov 4. desember 1992 nr. 132 om legemidler § 31 annet ledd, jf. § 24 første ledd. Den midlertidige loven om sprøyterom ble gitt virkningstid på tre år fra ikrafttreddelsen, jf. den opprinnelige loven § 7. I 2007 ble dette forlenget til fem år, se lov 15. juni 2007 nr. 34. Straffriksregelen står i gjeldende lov 2. juli 2004 nr. 64 om ordning med brukerrom for inntak av narkotika § 4 bokstav b.

²³⁰ Skretting (2001).

²³¹ Se endringslov 19. juni 2009 nr. 69.

²³² Olsen og Skretting (2007).

²³³ Switch-kampanjen og andre tiltak er videreført og nye tiltak påbegynt i ny nasjonal overdosestrategi for perioden 2019–2022, se Helsedirektoratet (2014c).

²³⁴ Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre, Framskrittspartiet og Venstre, se Regjeringen (2018).

²³⁵ Prop. 13 L (2018–2019).

²³⁶ Lov 20. desember 2018 nr. 113 om endringer i sprøyteromsloven m.m. (utvidelse av type narkotiske stoffer m.m.) del III.

møtt med stor motstand i fagmiljøene. Det ble tatt til orde for at slik behandling ble ansett som lite kostnadseffektivt, og at det i stedet burde satses på å videreutvikle tilbudet om annen substitusjonsbehandling.²³⁷ I 2018 gikk regjeringen likevel inn for å gjennomføre forsøk med heroinassistert behandling. Opprettelsen av et forsøksprosjekt har vært planlagt i 2019, men er ennå ikke igangsatt.²³⁸ Formålet er å nå en svært hjelpetrenende gruppe rusavhengige og hjelpe dem til å få et mer verdig liv. Målgruppen for heroinassistert behandling er en liten gruppe mennesker med omfattende rusavhengighet som det har vist seg vanskelig å nå med dagens behandlingstilbud.

3.7 Brukermedvirkning, brukerkompetanse og brukerorganisasjoner

3.7.1 Brukermedvirkning på individnivå

Forvaltningsloven av 1967 § 11 innførte en generell veiledningsplikt for forvaltningsorganer, som for så vidt var et uttrykk for at borgeres rettigheter overfor staten ble tydeligere.²³⁹ Dette ble enda tydeligere fra 1995, da det i § 11 første ledd ble lagt til følgende: «Formålet med veiledningen skal være å gi parter og andre interesserte adgang til å vareta sitt tarv i bestemte saker på best mulig måte.»²⁴⁰

Fra midten av 1970-tallet og utover 1980- og 1990-tallet gjennomgikk forvaltningen store endringer gjennom forvaltningspolitiske programmer og handlingsplaner, med vekt på avbyråkratisering, demokratisering og en mer «brukerrettet» tilnærming i alle deler av offentlig sektor, også innenfor velferdssektoren.²⁴¹

Retten til brukermedvirkning ble tatt inn i regelverket da sosialtjenesteloven²⁴² erstattet den tidligere sosialomsorgsloven.²⁴³ Før dette var det for eksempel i sosialtjenesten en generell plikt til å opplyse en sak så godt som mulig, men ikke eksplisitt uttrykt at brukeren skulle kunne

²³⁷ Vegstein 2010. Se også Waal, Ohldieck og Clausen (2017).

²³⁸ Se omtale av forsøksprosjektet på regjeringens nettsider, Regjeringen (2019a). For en beskrivelse av prosjektet, se rapport av Eide mfl. (2019).

²³⁹ Lov 10. februar 1967 nr. 10 om behandlingsmåten i forvaltningssaker.

²⁴⁰ Lov 12. januar 1995 nr. 4 om endringer i forvaltningsloven m.v.

²⁴¹ Direktoratet for forvaltning og IKT (2010).

²⁴² Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (opphevet) § 8-4 «Plikt til å rådføre seg med klienten»: «Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med klienten. Det skal legges stor vekt på hva klienten mener.»

²⁴³ Lov 5. juni 1964 nr. 2 om sosial omsorg (opphevet).

komme til orde, eller at vedkommedes mening skulle tillegges vekt ved tjenesteutformingen. Dagens sosialtjenestelov pålegger kommunene en plikt til å rådføre seg med tjenestemottager ved utformingen av tjenestetilbudet, jf. § 42.

Pasient- og brukerrettighetsloven av 1999 ga pasienter og brukere av helsetjenesten rett til medvirkning, jf. lovens § 3-1.²⁴⁴

Brukermedvirkning på individnivå, forstått som (reell) innflytelse på utformingen og utmålingen av tjenestetilbud, det være seg i kommunen likevel i spesialisthelsetjenesten, forekommer nok derimot i varierende grad i den daglige tjenesteutøvelsen. Det vil i stor grad være kommunen som vurderer en persons tjenestebehov etter pasient- og brukerrettighetsloven 2-1 a. Tjenester som tilbys, kan i utgangspunktet være tjenester kommunene allerede har tilgjengelig, og de utmåles i henhold til kommunenes ressurser. Det vil i den sammenhengen alltid måtte ligge krav om forsvarlighet til grunn for tjenesteyting.

Spesialisthelsetjenesten skal på samme måte foreta en vurdering av hvorvidt en person har krav på spesialisthelsetjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b, og fastsetter på hvilket nivå behandling skal gis (for eksempel døgnbehandling eller poliklinisk behandling), samt frist for behandlingsstart.

Under gjennomføring av behandling, både i poliklinikk og i TSB-institusjon, gjelder også pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.

Ordningen med fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4, er også tenkt å gi pasienter større grad av valgfrihet innen helsesektoren og kan ses i sammenheng med den «brukerrettingen» av forvaltningen som er nevnt ovenfor.

3.7.2 Brukermedvirkning på systemnivå

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 pålegger kommunene et ansvar for å sikre pasienters og brukeres innflytelse på systemnivå. Tilsvarende bestemmelse finnes i NAV-loven § 6.

Se mer om brukermedvirkning i utredningens kapittel 5.

3.7.3 Brukerkompetanse

At egenerfaring med rusproblemer anses som en ressurs i arbeidet med rehabilitering av andre personer med rusproblemer, er ikke av ny dato. Et

²⁴⁴ Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter, sist endret ved lov 21. juni 2019 nr. 43.

eksempel er opprettelsen av organisasjonen *Alcoholics Anonymous* (AA) i 1935, som fikk en avlegger i *Narcotics Anonymous* (NA) i 1953.²⁴⁵ Tanken var at personer som hadde sluttet å bruke rusmidler, kunne støtte og bistå hverandre i å opprettholde rusfrihet. Selvhjelp og selvhjelpsgrupper²⁴⁶ bygger på samme idé om at et egenopplevd problem kan løses gjennom interaksjon med andre som har opplevd det samme, samtidig som den enkelte selv kan bistå andre i deres håndtering av sine problemer og utfordringer.

I tillegg er erfaring som pasient og tjenestemottager etter hvert blitt ansett som en viktig kompetanse i behandlings- og rehabiliteringsarbeidet. Det er opprettet egne stillinger som erfaringskonsulenter, medarbeidere med brukererfaring med videre.²⁴⁷

3.7.4 Brukerorganisasjoner

Brukerorganisasjonene²⁴⁸ på rusfeltet vokste frem på 1990-tallet, da rettighetsperspektivet og brukermedvirkning i større grad fikk gjennomslag og etter hvert også ble lovfestet i helse- og sosialsektoren. Organisasjonene har betydd svært mye for anerkjennelsen av brukermedvirkning. Felles for mange av brukerorganisasjonene i Norge er at de etter hvert har blitt godt integrert i både nasjonale og internasjonale organisasjons- og fagnettverk og med det fått en faglig tyngde som har bidratt til at de nå er sentrale premissleverandører for politikktutformingene på rusfeltet, et felt der de ruspolitiske organisasjonene, religiøse og ideelle, nesten hadde rådd grunnen alene.

3.8 Ruspolitiske organisasjoner

3.8.1 Tradisjonelle ruspolitiske organisasjoner

I Norge er det en rekke organisasjoner som på ulikt vis arbeider for å forebygge og redusere bruk av rusmidler i befolkningen.²⁴⁹ Noen har

²⁴⁵ Se omtale av NA på deres nettsider, *Narcotics Anonymous* (2019).

²⁴⁶ Se mer om selvhjelp og selvhjelpsgrupper hos Nasjonalt kompetansemiljø for selvorganisert selvhjelp (2019).

²⁴⁷ Se mer om erfaringskompetanse hos Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helsearbeid (udatert).

²⁴⁸ Organisasjonen A-larm (den gang A-Klinikkens venner) ble etablert i 1995 som den første brukerorganisasjonen, og RIO Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon ble etablert året etter, i 1996. Andre organisasjoner er Foreningen for Human Narkotikapolitikk (FHN), proLAR, MARBORG og Det nytter! (en bruker- og pårørendeorganisasjonen på rusfeltet under Stiftelsen KRAFT).

alkohol som hovedtema, andre narkotika, men de fleste synes å forholde seg til begge deler. Felles for mange av disse organisasjonene, hva enten de har hatt politisk eller religiøs forankring, er at de springer ut av avholdsbevegelsen.²⁵⁰

De ruspolitiske organisasjonene har hatt stor politisk gjennomslagskraft og har vært premissleverandører for mye av den ruspolitiske utviklingen, ikke minst som pådrivere for utvikling av behandlings- og rehabiliteringstilbud. Selv om det ideologiske utgangspunktet har vært forskjellig, har i all hovedsak disse organisasjonene vært omforent i sin holdning til narkotika og nesten uten unntak sluttet opp om målet om det «narkotikafrie samfunn». Få av disse organisasjonene har tatt til orde for å lempe på forbudslinjen hva angår narkotika, uavhengig av det enkelte rusmiddels skadepotensial. Enkelte har også vært tydelige motstandere av skadereducerende tiltak, det være seg utlevering av brukerutstyr, substitusjonsbehandling eller etablering av sprøyterom, og nå også avkriminalisering.²⁵¹

3.8.2 «Nye» ruspolitiske organisasjoner

Utover 2000-tallet har imidlertid den relativt homogene massen av ruspolitiske organisasjoner og virksomheter blitt utfordret av nye organisasjoner, ofte kalt *rusliberalister*, som argumenterer både for avkriminalisering og til dels også legalisering.²⁵² Disse aktørene fremholder det uforholdsmessige i straffetilnærmingen knyttet til bruk av narkotika, peker på negative konsekvenser av en repressiv kontrollpolitikk, nasjonalt

²⁴⁹ Det er svært mange organisasjoner som kan anses å falle inn under definisjonen av en ruspolitisk organisasjon. Utvalget nevner her paraplyorganisasjoner som Actis og Fagrådet, som omfavner flere organisasjoner, og enkeltorganisasjoner som Ungdom Mot Narkotika (UMN), Forbundet Mot Rusgift (FMR) og Norsk Narkotikapolitiforening (NNPF).

²⁵⁰ Eksempler på slike organisasjoner var Arbeidernes Edruskapsforbund (1932), nå Arbeiderbevegelsens Rus- og Sosialpolitiske Forbund og Kristenfolkets Edruskapsråd (1925).

²⁵¹ Se Endal (2003).

Actis, Fagrådet innen rusfeltet i Norge, Forbundet Mot Rusgift, Landsforbundet mot stoffmisbruk, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon og Ungdom Mot Narkotika er eksempler på organisasjoner som stilte seg tvilende til eller gikk imot forslag om permanent videreføring av sprøyteromsloven i 2008, jf. Ot.prp. nr. 59 (2008–2009). Forbundet Mot Rusgift (FMR) har også markert seg tydelig mot avkriminalisering, se for eksempel presisering av FMRs standpunkt på deres nettside, Forbundet Mot Rusgift (2018).

²⁵² Eksempler på slike «nye» organisasjoner er Foreningen Tryggere Ruspolitikk (FTR), Normal og EmmaSofia.

og globalt, og stiller spørsmål ved enkelte forbudte rusmidlers faktiske skadepotensial. Dessuten fremheves ofte det rent prinsipielle knyttet til personlig valg og retten til å bestemme over hva man velger å tilføre sin egen kropp.

Tidligere var flere slike organisasjoner marginalisert og avfeid som lite seriøse legaliseringstilhengere, men de siste årene har de hatt en ikke-ubetydelig påvirkningskraft i samfunnsdebatten, ikke minst på politiske partier. Spesielt gjelder dette for ungdomspartiene, hvorav flere nå også argumenterer for å legalisere narkotika, i alle fall cannabis.²⁵³

3.9 De senere års utvikling frem mot dagens diskusjon om avkriminalisering

Forståelsen av narkotikaproblemet har gjennomgått betydelige endringer siden det oppsto i Norge på midten av 1960-tallet, og de politiske tiltakene har vært forankret i ulike perspektiver.²⁵⁴ Men på tross av en tydeligere helsetilnærming og brukerorientering er fortsatt de to til dels motsetningsfylte hovedlinjene med henholdsvis straff og hjelp beskrivende for dagens narkotikapolitiske situasjon. Stadig flere behandlingstilbud og skadereuserende tiltak innføres, og personer med ruslidelser defineres som syke i den forstand at ruslidelser utløser rett til nødvendig helsehjelp både på kommunalt- og spesialisthelsetjenestenivå. Samtidig opprettholdes en repressiv narkotikapolitikk som antas å kunne hindre eller begrense tilgangen til helsehjelp og produsere en rekke kontrollskader.

Erkjennelsen av at straffeforfølgning kan hindre hjelp, og bidra til stigma og marginalisering, har i større grad preget den politiske debatten de senere år og gjort at diskusjonen om avkriminalisering igjen har blitt satt på den politiske dagsordenen. Dette har også sammenheng med at avkriminalisering har fått bred internasjonal og forskningsmessig anerkjennelse.

En viktig internasjonal begivenhet som fikk stor oppmerksomhet, var Portugals avkriminalisering av bruk, samt erverv og innehav av narkotika til egen bruk, i 2001 (se utredningens kapittel 6). Dette fikk etter hvert internasjonal aksept gjennom omtale som beste praksis av

²⁵³ Se for eksempel på nettsiden til Fremskrittspartiets Ungdom (2016) om ti grunner til å legalisere cannabis.

²⁵⁴ Ødegård (2011).

presidenten for kontrollorganet International Narcotics Control Board (INCB) i 2015.²⁵⁵

Både FNs generalsekretær, FNs spesialrapportør for retten til helse²⁵⁶ og FNs høykommissær for menneskerettigheter har anbefalt stater å vurdere nedkriminalisering eller avkriminalisering av besittelse og bruk av narkotika. Hovedargumentet er at strafflegging på flere vis er til hinder for å fremme retten til helse,²⁵⁷ og at det bør vurderes alternativer til strafflegging av dem som bruker narkotika.²⁵⁸ Også blant annet Verdens helseorganisasjon (WHO) og FNs utviklingsprogram (The United Nations Development Programme) har erklært et ønske om avkriminalisering.

Av vesentlig betydning for anerkjennelsen av avkriminalisering er også en relativ unison helse- og medisinskfaglig forskning.²⁵⁹ Det rådende synet i internasjonal forskning om ruspolitikk er at avkriminalisering vil være det klart beste alternativet i et folkehelseperspektiv. Kriminalisering av narkotikabruk og -besittelse og intensivt straffeforfølgning av brukere har store negative implikasjoner for rusbrukeres livssituasjon og helse. En kunnskapsoppsummering publisert av en internasjonal ekspertgruppe i det internasjonale medisinske tidsskriftet *The Lancet* konkluderer med at kriminalisering

«have contributed directly and indirectly to lethal violence, communicable-disease transmission, discrimination, forced displacement, unnecessary physical pain, and the undermining of people's right to health».²⁶⁰

En annen viktig internasjonal begivenhet var FNs spesialsesjon om narkotika (UNGASS), som ble holdt i New York i 2016. Frem mot UNGASS

²⁵⁵ Sipp (2015) s. 5.

²⁵⁶ «Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health» (2010) kapittel III og VII.

²⁵⁷ UNHCHR (2015) avsnitt II og VII.

²⁵⁸ FNs generalsekretær Ban Ki-moon, se United Nations Secretary-General 2015:

«Our shared response to this challenge is founded on the international drug control conventions. In full compliance with human rights standards and norms, the United Nations advocates a careful re-balancing of the international policy on controlled drugs. We must consider alternatives to criminalization and incarceration of people who use drugs and focus criminal justice efforts on those involved in supply. We should increase the focus on public health, prevention, treatment and care, as well as on economic, social and cultural strategies.»

²⁵⁹ Csete mfl. (2016); Houborg, Frank og Bjerger (2014); Olsen (2017).

²⁶⁰ Csete mfl. (2016) s. 1429.

mobiliserte sivilsamfunnet, spesielt brukerorganisasjonene, støttet av både forskermiljøer og ruspolitiske aktivister, opp mot sine respektive lands delegasjoner med tanke på å fremme helse- og menneskerettighetssituasjonen for brukere av narkotika og hindre de konsekvensene av stigma som påføres brukere av narkotika gjennom kriminaliseringsregimene. Menneskerettighetsperspektivet, vektlegging av kontrollskader og krav om avkriminalisering av bruk og befatning med narkotika til egen bruk var elementer i dette.

Den internasjonale utviklingen må antas å ha hatt betydning for at avkriminalisering ble satt på den narkotikapolitiske dagsordenen i Norge fra om lag 2015. Særlig har det helserettslige perspektivet blitt avgjørende for oppslutningen om endringen i den ruspolitiske tilnærmingen.

Dette var helseminister Bent Høies utgangspunkt i 2016, da han for første gang i et debattinnlegg i *Dagbladet* under tittelen «Hjelp, ikke straff, narkotikabrukere»²⁶¹ lanserte ideen om en rusreform. Den ruspolitiske programerklæringen helseministeren uttrykte i dette innlegget, innebar at oppfølging av personer som tas for narkotikabruk, skulle flyttes fra justissektoren til helse-tjenesten.

Utgangspunktet for ministerens syn var en erkjennelse av at «[s]traff og bøter mot narkotikabruk og besittelse gjør ofte mer skade enn gagn på både samfunn og den enkelte». I innlegget skiller Høie mellom «nye brukere» og de «som er avhengige av stoffer», men var klar på at en reform må gjelde alle brukere:

«Å gi dem bøter og et rulleblad kan gjøre skråplanet brattere. Disse bør heller hjelpes på rett spor, der man kan gripe fatt i de bakenforliggende årsakene for at de søker rus. Å bli tatt for narkotikabruk bør bli et vendepunkt, ikke ende

²⁶¹ Høie (2016).

opp som den [sic] første av mange stopp på en kriminell løpebane.»

I samme debattinnlegg uttrykte Høie at å kalle dette for avkriminalisering ikke var heldig, fordi dette ikke utelukkende handlet om å slutte å straffe, men om å erstatte straff med hjelp:

«Derfor synes jeg ordet avkriminalisering er lite heldig. Det holder ikke bare å si [at] vi ikke skal straffe og bøtelegge brukere. Vi må også sette kommunene, Nav og helsetjenesten i stand til å gjøre det som trengs for å følge opp dem som tas for bruk og besittelse.»

Argumentene mot straff for bruk av narkotika som Høie igjen brakte på den politiske agendaen, var på mange måter de samme som kriminaliseringskritikerne hadde forfektet fra 1980-tallet. Også motargumentene i det offentlige ordskiftet i dag følger de samme hovedlinjene som ved tidligere anledninger da avkriminalisering har vært brakt på banen, for eksempel av straffelovkommisjonen i 2002²⁶² og Stoltenbergutvalget i 2010.²⁶³ Argumentene mot avkriminalisering er blant annet knyttet til den såkalte signaleffekten: Det antas at når straffetrusselen fjernes, vil narkotikabruk ufarliggjøres, normaliseres og øke, spesielt i ungdomsbefolkningen. Videre pekes det på hva avkriminalisering kan bety for politiets mulighet til effektivt å etterforske innførsel og omsetning, og hva eventuell økt bruk kan bety for samfunnssikkerheten.²⁶⁴ Utvalget redegjør blant annet for denne argumentasjonen i utredningens kapittel 12.

²⁶² Se Justis- og politidepartements vurderinger av straffelovkommisjonens forslag om avkriminalisering i Ot.prp. nr. 90 (2003–2004) s. 91.

²⁶³ Se høringsuttalelser til Stoltenbergutvalgets rapport om narkotika på regjeringens nettsider, Regjeringen (2010).

²⁶⁴ Se eksempel kronikk i *Frøya Nyheter*, Pollestad (2019).

Kapittel 4

Narkotikasituasjonen i Norge

4.1 Innledning

I det følgende gis en kortfattet oversikt over narkotikasituasjonen i Norge. Datakildene er blant annet spørreundersøkelser i ulike deler av befolkningen, beslag av narkotika, narkotikalovbrudd, narkotikarelaterte dødsfall og pasienter i behandling for narkotikaproblemer. Det vil variere hvorvidt det foreligger opplysninger frem til og med 2018. For mer utfyllende informasjon henvises det til de angitte kildene.

Først gjøres det i punkt 4.2 rede for narkotikabruk i befolkningen generelt, deretter, i punkt 4.3, for problembruk. Forhold ved narkotikamarkedet omtales i punkt 4.4, og i punkt 4.5 gjøres det rede for konsekvenser av narkotikabruk, herunder skader og narkotikautløste dødsfall. Avslutningsvis omtales narkotikakriminalitet i punkt 4.6.

4.2 Bruk av narkotika

4.2.1 Oversikt

Det er flere faktorer som påvirker bruk av narkotika. Hvorvidt en person prøver et narkotisk stoff, hvorvidt han eller hun fortsetter å bruke stoffet, og hvor ofte og hvor mye som brukes, vil blant annet avhenge av pris og tilgjengelighet, lovgivning, opplevd sannsynlighet for straffereaksjoner, sosial påvirkning, normklima og individuelle faktorer.

Når vi skal gi et bilde av personer som rapporterer bruk av narkotika, kan disse personene deles inn i grupper:

- *eksperimentbrukere*, det vil si de som bruker / har brukt narkotika én eller noen få ganger og så slutter / har sluttet
- *rekreasjonsbrukere*, det vil si de som bruker / har brukt narkotika mer eller mindre jevnlig, men uten at det nødvendigvis fører / har ført til nevneverdige problemer
- *problembbrukere*, det vil si de som bruker / har brukt narkotika i et omfang som fører til helse-

messige, sosiale og/eller økonomiske problemer

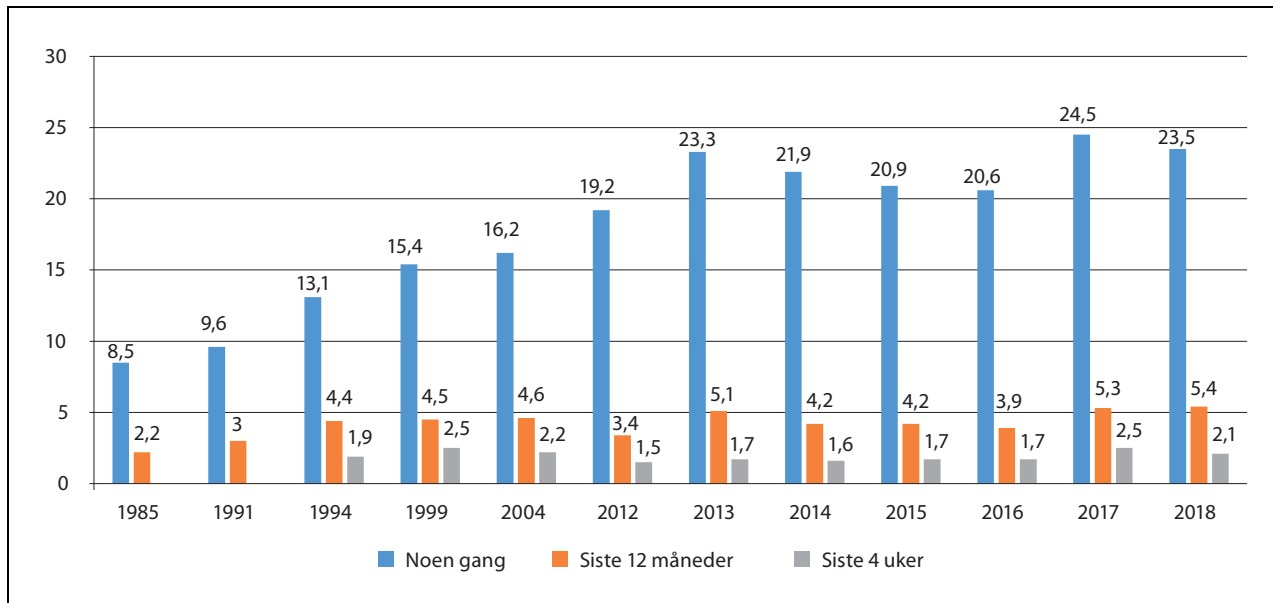
Akutte skader som følge av bruk kan inntreffe blant alle de tre gruppene, men risikoen for negative konsekvenser vil vanligvis øke med hva og hvor mye som brukes, samt varighet av bruken. Spørreskjemaundersøkelser i den generelle befolkningen gir først og fremst informasjon om eksperiment- og rekreasjonsbruk. Personer som bruker narkotika eller andre rusmidler på en slik måte at de kan klassifiseres som problembbrukere, er av ulike grunner vanskeligere å nå med slike undersøkelser. Dette gjelder eksempelvis de som injiserer heroin eller andre opioider. For å få kunnskap om omfanget av den mer problematiske bruken, må en derfor ha spesialundersøkelser. En tilnærming kan her være å innhente informasjon fra personer som er i kontakt med ulike hjelpe-/behandlingstjenester på grunn av sin rusmiddelbruk.

4.2.2 Bruk i befolkningen som helhet

Daværende Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)¹, Folkehelseinstituttet (FHI) og Statistisk sentralbyrå (SSB) har i en årrekke foretatt spørreundersøkelser om bruk av rusmidler blant et representativt utvalg av befolkningen i alderen 16–64 år.

Undersøkelsene viser at cannabis er det mest utbredte illegale rusmiddelet i Norge. Figur 4.1 viser andelen som i perioden 1985–2018 har oppgitt å ha brukt cannabis henholdsvis *noen gang*, i løpet av de *siste 12 måneder* og i løpet av de *siste 4 uker*. Vi ser at andelen som oppga å ha brukt cannabis *noen gang*, økte fra rundt 9 prosent i årene 1985–1991 til et gjennomsnitt på 22 prosent for perioden 2013–2018. Andelen som oppga nylig bruk, er langt lavere, og fra midten av 1990-tallet og frem til 2018 har den vært ganske stabil, ved at

¹ Statens institutt for rusmiddelforskning er nå en del av Folkehelseinstituttet.



Figur 4.1 Andel i alderen 16–64 år som oppga å ha brukt cannabis *noen gang*, *siste 12 måneder* og *siste 4 uker*, 1985–2018

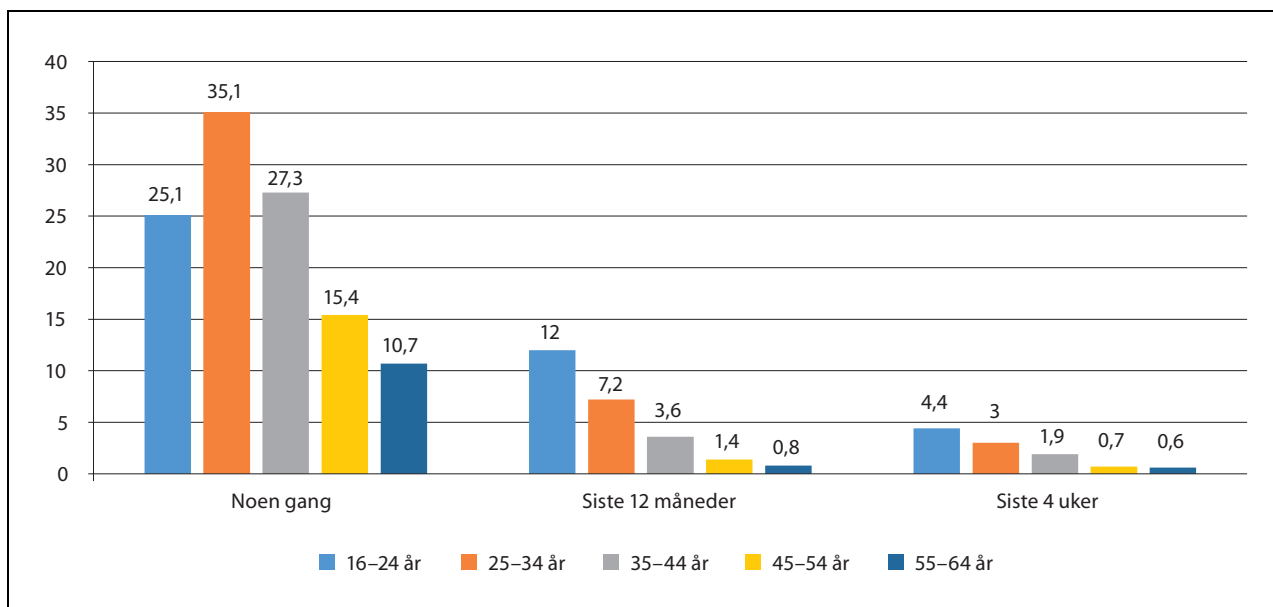
Kilde: SIRUS/SSB/FHI.

rundt 5 prosent har oppgitt bruk i løpet av de *siste 12 måneder* og rundt 2 prosent i løpet av de *siste fire uker*. Til sammenligning var det 83 prosent som i 2018 oppga å ha drukket alkohol i løpet av de *siste 12 måneder*.² Det er viktig å understreke at de fleste som rapporterer bruk av cannabis,

² Bye (2018).

bare har brukt stoffet noen få ganger. Det ser med andre ord ut til at de fleste som oppgir å ha brukt cannabis *noen gang*, er det vi kan kalle *eksperimentbrukere*.

Spørreskjemaundersøkelsene viser ellers at en større andel menn enn kvinner rapporterer å ha brukt cannabis. Ser vi på årene 2016–2018 samlet, finner vi at 28 prosent blant menn oppga å ha



Figur 4.2 Andel i ulike aldersgrupper for årene 2016–2018 samlet som oppga å ha brukt cannabis *noen gang*, *siste 12 måneder* og *siste 4 uker*

Kilde: SSB/FHI.

brukt cannabis *noen gang*, mens det samme gjaldt rundt 18 prosent av kvinner. Tilsvarende var det snaut 6 prosent blant menn og 3 prosent blant kvinner som oppga bruk i løpet av de *siste 12 måneder*, og henholdsvis 3 og 1 prosent som oppga bruk i løpet av de *siste fire uker*.

Hvorvidt en person har brukt cannabis, varierer også mye med alder. Figur 4.2 illustrerer dette ved at det er langt høyere andeler i de yngste enn i de eldste aldersgruppene som for årene 2016–2018 oppga å ha brukt cannabis henholdsvis *noen gang*, i løpet av de *siste 12 måneder* og i løpet av de *siste fire uker*. Men har man først prøvd cannabis én gang, er det en erfaring man har med seg livet ut, slik at andelen for *noen gangs* bruk stort sett reflekterer andelen som prøvde cannabis mens de var unge.

Undersøkelsene for 2016–2018 viser ellers at de fleste som prøver cannabis, gjør dette første gang mens de er i tenårene; gjennomsnittlig debutalder i aldersgruppen 16–64 år var 18,9 år. Mer enn to av tre (69 prosent) av dem som oppga å ha brukt, var 19 år eller yngre første gang de prøvde, og bare 2 prosent var over 30 år.³ Cannabis brukes ofte sammen med alkohol eller andre rusmidler. Eksempelvis viser en undersøkelse at halvparten av dem som oppga å ha brukt cannabis, hadde drukket alkohol like før *første gang* de brukte stoffet.⁴ En tilsvarende andel oppga å ha brukt alko-

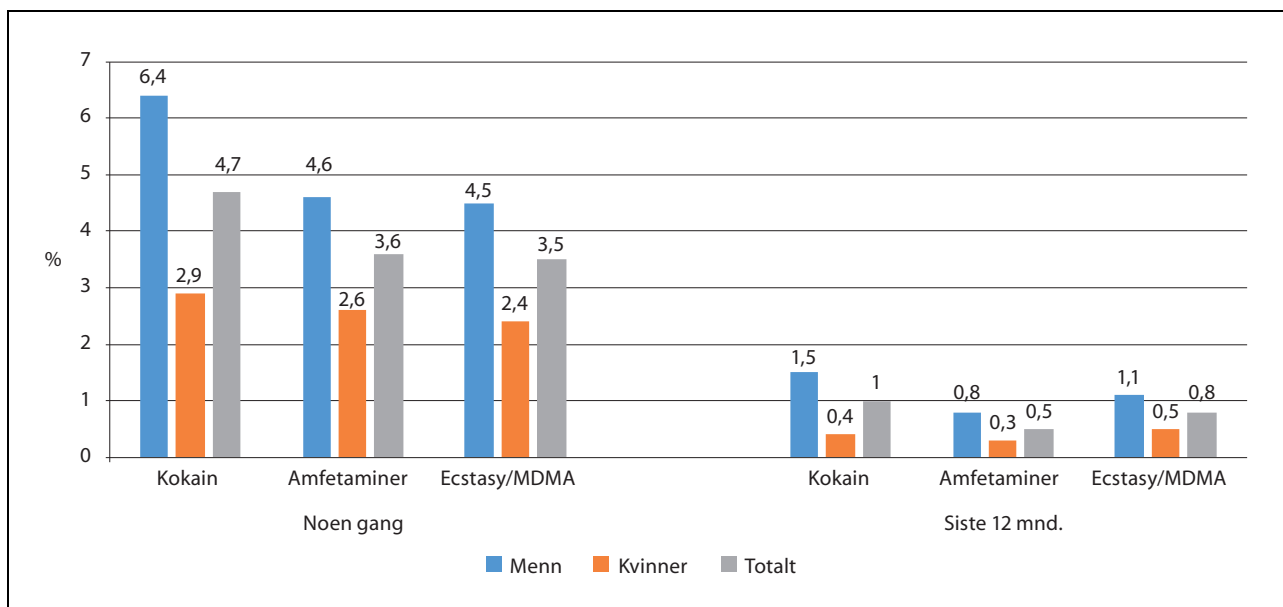
hol i forkant av cannabisbruken *forrige gang* de brukte rusmiddelet.

Selv om omtrent en fjerdedel av befolkningen oppgir at de har prøvd cannabis, har – som allerede nevnt – de fleste av dem bare brukt stoffet én eller noen få ganger. For årene 2016–2018 oppga i overkant av 20 prosent av dem som hadde brukt cannabis *noen gang*, at det bare dreide seg om én gang. For mer enn to av tre var bruken begrenset til ti eller færre ganger. Disse kan karakteriseres som *eksperimentbrukere*. De øvrige av dem som oppga å ha brukt cannabis, vil hovedsakelig være *rekreasjonsbrukere*, da de rapporterte en noe mer hyppig bruk. Rundt 16 prosent av dem som hadde prøvd cannabis, oppga å ha brukt stoffet mer enn 50 ganger i løpet av livet. Enkelte av disse *kan* ha utviklet et mer problematisk bruksmønster, men som nevnt vil trolig problembrukere være underrepresentert i slike generelle befolkningsstudier.

Etter cannabis er de sentralstimulerende stoffene kokain, amfetaminer (amfetamin/metamfetamin) og ecstasy/MDMA (3,4-metylendioksymetamfetamin) de mest brukte illegale stoffene som rapporteres i befolkningsundersøkelsene. Figur 4.3 gir en oversikt over andel i aldersgruppen 16–64 år som for årene 2016–2018 samlet oppga å ha brukt disse stoffene. Mens det var 4–5 prosent som oppga å ha brukt de ulike stoffene *noen gang*, rapporterte i underkant av 1 prosent å ha brukt et sentralstimulerende stoff i løpet av de *siste 12 måneder*. Også her var det forskjell mellom menn

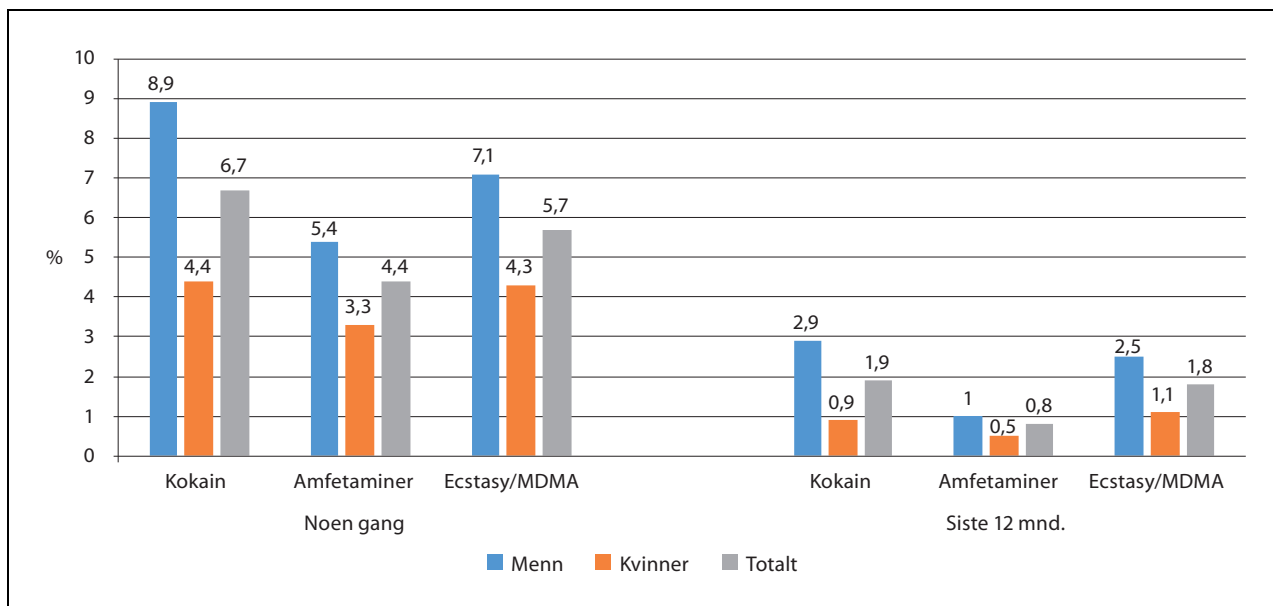
³ Bretteville-Jensen og Skretting (2019).

⁴ Pape, Rossow og Storvoll (2009).



Figur 4.3 Andel kvinner og menn i alderen 16–64 år for årene 2016–2018 samlet som oppga å ha brukt ulike sentralstimulerende stoffer *noen gang* *siste 12 måneder*

Kilde: SSB/FHI.



Figur 4.4 Andel kvinner og menn i alderen 16–34 år som for årene 2016–2018 samlet oppga å ha brukt ulike sentralstimulerende stoffer *noen gang* og *i løpet av de siste 12 måneder*

Kilde: SSB/FHI.

og kvinner ved at en omkring dobbelt så høy andel menn som kvinner oppga å ha brukt stoffene henholdsvis *noen gang* og *i løpet av de siste 12 måneder*.

I likhet med cannabis er bruk av sentralstimulerende stoffer mest utbredt blant unge voksne. Figur 4.4 viser andel i alderen 16–34 år som for årene 2016–2018 samlet oppga å ha brukt de ulike sentralstimulerende stoffene henholdsvis *noen gang* og *i løpet av de siste 12 måneder*. Mellom 5 og 9 prosent oppga å ha brukt de ulike stoffene *noen gang*, mens mellom 1 og 3 prosent rapporterte bruk *i løpet av de siste 12 måneder*. Andelen menn blant unge voksne som rapporterte bruk, var stort sett dobbelt så høy som blant kvinner.

Ser vi på bruk av de ulike stoffene i et europeisk perspektiv, finner vi at andelen som i Norge rapporterer bruk, er lavere enn gjennomsnittet for Europa som helhet når det gjelder cannabis, mens den er på omtrent samme nivå eller noe høyere for kokain, amfetaminer og MDMA.⁵

4.2.3 Bruk blant ungdom

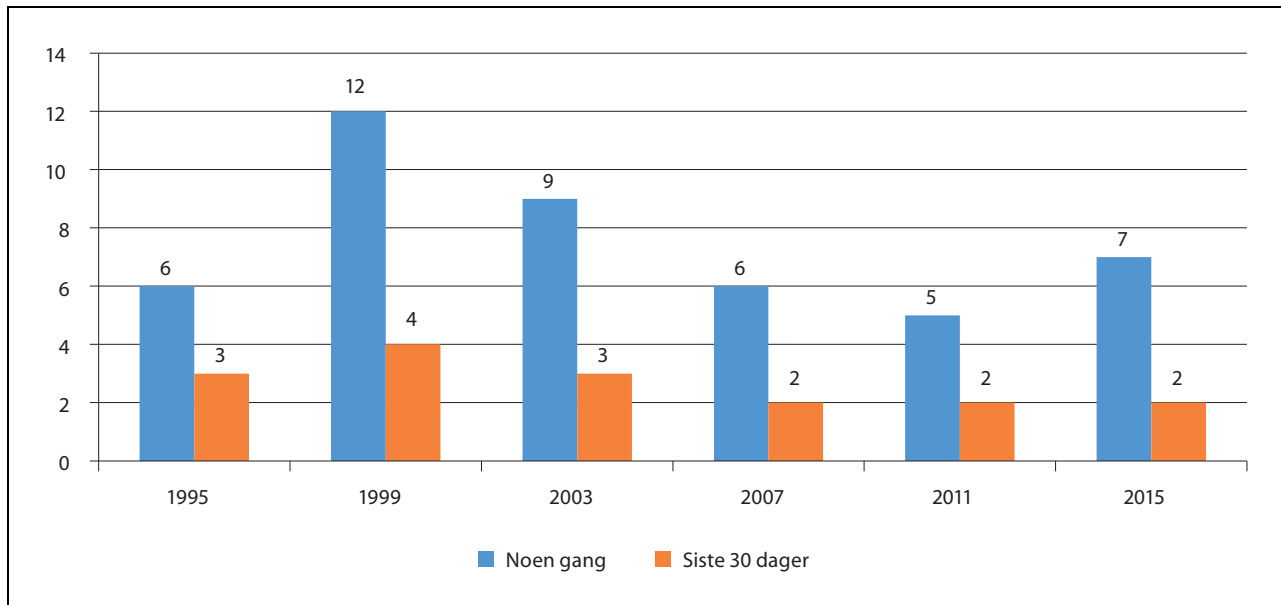
Norge inngår i den store europeiske skoleundersøkelsen *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD), som omfatter 15–16-åringer i omkring 35 land. I Norge foretas

undersøkelsen blant tiendeklassinger. Den første undersøkelsen fant sted i 1995, og undersøkelsen er deretter gjennomført hvert fjerde år. På samme måte som for befolkningen som helhet er cannabis det mest brukte narkotiske stoffet blant ungdom. Figur 4.5 viser andelen som i de ulike undersøkelsesårene oppga at de hadde brukt cannabisstoffene hasj eller marihuana henholdsvis *noen gang* og *i løpet av de siste 30 dager*. Mens det var en økning fra 6 prosent i 1995 til 12 prosent i 1999 i andelen som oppga å ha brukt cannabis *noen gang*, har det deretter vært en nedgang til 7 prosent i 2015.⁶ Andelen som rapporterte at de hadde brukt cannabis *i løpet av de siste 30 dagene*, er naturlig nok lavere. Ellers fremkommer det at litt over halvparten som oppga å ha brukt cannabis, bare hadde brukt hasj eller marihuana én eller to ganger. I denne undersøkelsen er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller, verken når det gjelder bruk *noen gang* eller bruk *i løpet av de siste 30 dager*.

Det er igjen viktig å understreke at denne type undersøkelser ikke gir noe bilde av andelen som har eller vil få problemer knyttet til bruk av rusmidler. For de fleste vil det begrense seg til eksperimenterende bruk. Andelen 15–16-åringer som oppga at de hadde brukt cannabis mer enn fem

⁵ EMCDDA (2019a).

⁶ Det ble gjennomført en ny ESPAD-undersøkelse i 2019, men resultatene vil ikke foreligge før i 2020.



Figur 4.5 Andel 15–16-åringer som for årene 1995–2015 samlet oppga å ha brukt cannabis henholdsvis *noen gang* og *siste 30 dager*

Kilde: SIRUS/FHI.

ganger, har i perioden 2003–2015 variert mellom 2 og 3 prosent.

Siden den europeiske skoleundersøkelsen ESPAD gjennomføres likt i landene som deltar, gir den en god mulighet til å sammenligne rusmiddelbruk blant de yngste i Norge med samme aldersgruppe i andre land. Som det fremgår av figur 4.6, befinner norske 15–16-åringer seg helt i nedre del av sjiktet når det gjelder *noen gangs* bruk av cannabis. Mens det i land som Tsjekkia og Frankrike i 2015 var over 30 prosent i samme aldersgruppe som oppga at de hadde brukt cannabis *noen gang*, var den tilsvarende andelen for Norge 7 prosent. Ser vi på de andre nordiske landene, topper Danmark målingen med 12 prosent, Finland har 8 prosent, mens Island og Sverige lå på samme nivå som Norge, med 7 prosent.

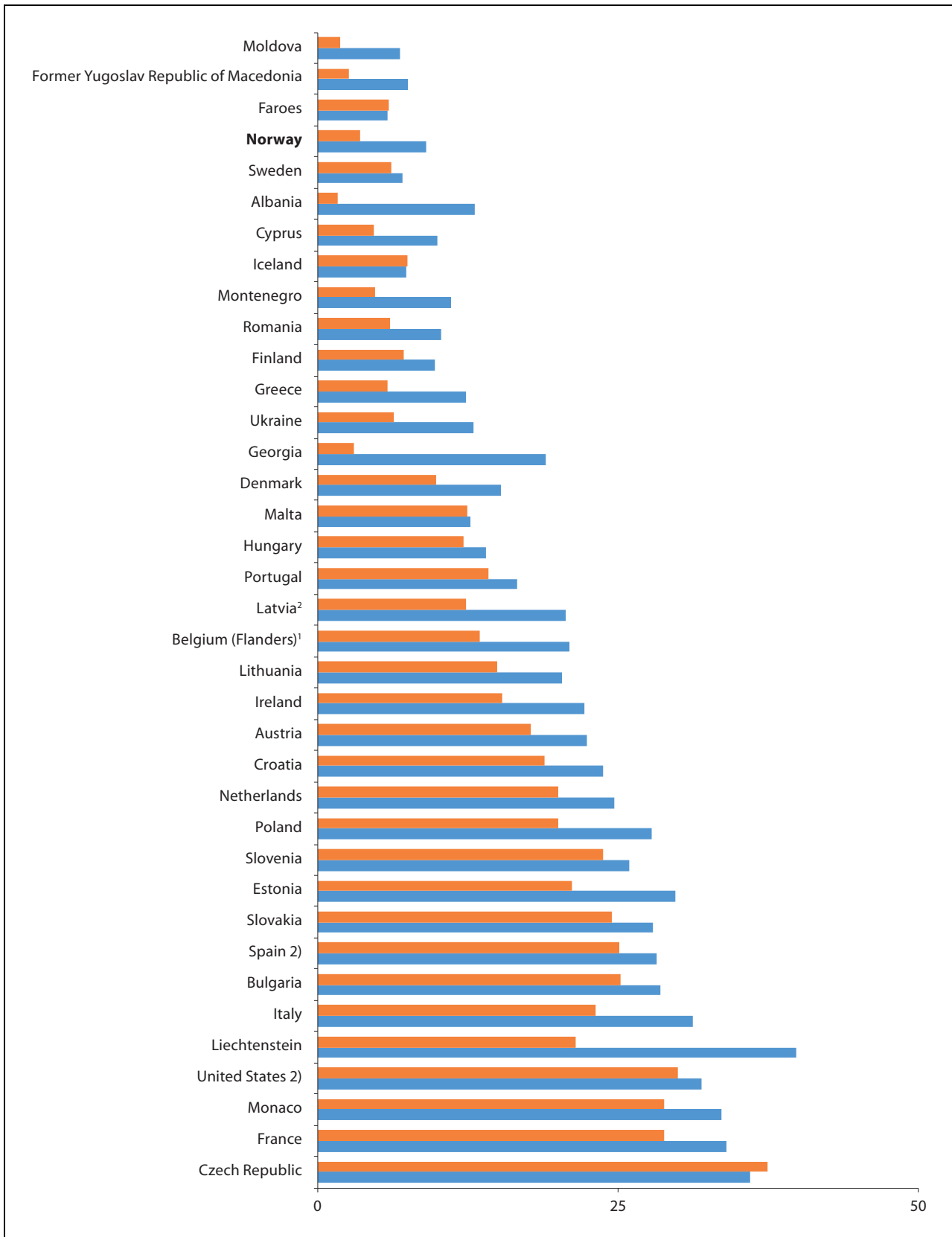
Ungdata er en annen kilde til informasjon om bruk av cannabis blant ungdom i Norge. Dette er lokale undersøkelser der skoleelever på ungdomstrinnet og i videregående skoler over hele landet svarer på spørsmål om ulike sider ved egen livssituasjon, deriblant bruk av rusmidler. Undersøkelsene koordineres av Velferdsforskningsinstituttet NOVA, som også sammenstiller resultatene.⁷ Andelen blant elever på ungdomstrinnet som oppga å ha brukt cannabis, endret seg lite fra ungdatabmålingene startet i 2010 og frem til 2016. De siste årene har det imidlertid vært en liten

økning. Mens 3 prosent for årene 2016–2018 samlet oppga at de hadde brukt cannabis i løpet av *siste år*, var den tilsvarende andelen for årene 2017–2019 4 prosent. Blant elever i videregående skole har økningen vært mer markant. Mens det for årene 2016–2018 var 13 prosent som oppga å ha brukt cannabis i løpet av *siste år*, var andelen 18 prosent for årene 2017–2019.

Som det fremgår av figur 4.7, var andelen gutter som i disse undersøkelsene oppga å ha brukt cannabis i løpet av det siste året, høyere enn andelen jenter. Dette gjelder både for elever på ungdomstrinnet og elever i videregående skole. Det har også vært en markant økning i andelen som har blitt tilbudt hasj eller marihuana. Undersøkelsene viser at på slutten av videregående oppga halvparten av guttene og hver tredje jente at de hadde blitt tilbudt hasj eller marihuana.

Ellers viser spørreskjemaundersøkelser blant ungdom at sentralstimulerende stoffer som amfetamin, kokain og lignende er svært lite utbredt. Som det fremgår av tabell 4.1, var det omkring 1 prosent som i de to siste ESPAD-undersøkelsene (2011 og 2015) oppga at de *noen gang* hadde brukt amfetamin, ecstasy, kokain eller LSD. Utviklingen i bruk av amfetamin og ecstasy følger ellers utviklingen for cannabis, med en moderat topp i 1999, etterfulgt av lavere andeler i 2011 og 2015. Andelen som rapporterte bruk av kokain, var noe høyere i 2007 enn i 2011 og 2015, mens utviklingen i LSD-bruk har vært stabil i perioden 2007–2015.

⁷ Bakken (2018b og 2019).



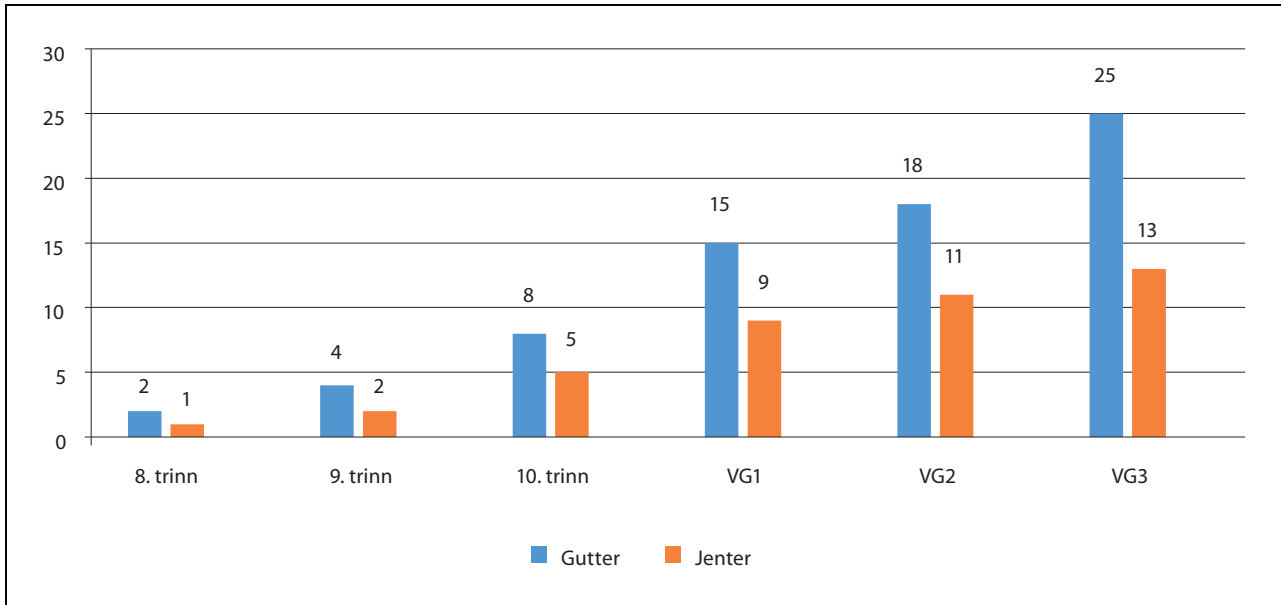
Figur 4.6 Andel 15–16-åringer i ulike land som oppga å ha brukt cannabis noen gang (2015)³

¹ Belgia (Flandern): Begrenset geografisk dekning.

² Latvia, Spania og USA: Begrenset sammenlignbarhet.

³ De oransje søylene er andelen jenter og de blå søylene andelen gutter. Oppgitt i prosent.

Kilde: ESPAD Report 2016.



Figur 4.7 I løpet av det siste året

Kilde: Bakken (2019).

Tabell 4.1 Andel 15–16-åringere i Norge som oppga at de *noen gang* hadde brukt amfetamin, ecstasy, kokain eller LSD, 1995–2015

	1995	1999	2003	2007	2011	2015
Amfetamin	1,1	2,6	1,7	2	1,3	1,2
Ecstasy	2	2,5	1,4	1,8	1,3	1,2
Kokain	0,9	1,3	1	1,9	1,2	1,1
LSD	0,9	1,5	0,9	1,5	1,1	1,2

Kilde: SIRUS/FHI.

På samme måte som for bruk av cannabis befinner norske 15–16-åringere seg helt i det nedre sjiktet sammenlignet med andre land i Europa også når det gjelder bruk av andre narkotiske stoffer. Det samme gjelder for våre naboland Sverige, Danmark og Finland.

4.2.4 Rekreasjonsbruk og bruk i selekterte grupper

Såkalte «eksperiment- og rekreasjonsbrukere» har et bruksmønster som, i alle fall på det aktuelle tidspunktet, ikke nødvendigvis innebærer en helseskade eller risiko for slik skade. I internasjonal forskningslitteratur brukes gjerne uttrykket «recreational drug use», ofte oversatt til «rekreasjonsbruk» på norsk, altså bruk av rusmidler i rekreasjonsøyemed. Dette forstås blant annet som

bruk av narkotika i sosiale sammenhenger, men hvor rusmidlet i seg selv ikke er hovedgrunnen til samværet. Motivasjonen for slik bruk kan forstås som en tilpasning og tilhørighet til en (sub-)kultur og livsstil, hvor bruk av narkotika inngår. Rekreasjonell bruk kan imidlertid også være bruk av narkotika av enkeltpersoner alene, for eksempel som å bruke cannabis i helgen i hovedsak som andre benytter alkohol. Gruppen rekreasjonsbrukere kan også omfatte personer som benytter narkotika i forbindelse med seksuell aktivitet, for eksempel såkalt «chemsex».⁸

Felles i for brukergruppene er at brukeren ikke opplever bruken som problematisk og heller ikke identifiserer seg som avhengig eller som

⁸ Se mer om chemsex i artikkel om «Chemsex på norsk», se Slagstad (2019).

Tabell 4.2 Andel påtruffet ved utesteder i Oslo og andre byer på Østlandet som oppga bruk av ulike narkotiske stoffer *noen gang* og *siste 12 måneder*, 2014 og 2017

Bruk <i>noen gang</i>	Oslo 2014	Oslo 2017	Andre byer 2017
Cannabis	67	63	48
Amfetaminer	16	12	13
MDMA/ecstasy	21	23	14
Kokain	25	24	17
NPS	8	2	2
Bruk <i>siste 12 md.</i>			
Cannabis	41	38	22
Amfetaminer	6	5	4
Kokain	11	14	5
MDMA/Ecstasy	15	14	7
NPS	1	1	1

Kilde: FHI.

«misbruker».⁹ Også det sporadiske elementet ved slik bruk fremholdes:

«Begrepet «rekreasjonsbruker» eller «spora-disk bruker» henviser nettopp til at personen bare bruker det aktuelle rusmiddelet av og til. For tyngre stoffer, som heroin og amfetamin, er det fremdeles mindre vanlig å skille mellom rekreasjonsbrukere og misbrukere, selv om det også her gjøres i økende grad.»¹⁰

Mange rekreasjonsbrukere kan være mer aktive i det vi gjerne kaller «utelivet». I 2014 ble det gjennomført en undersøkelse om bruk av rusmidler blant 1084 personer påtruffet ved utesteder/nattklubber i Oslo.

I 2017 ble det foretatt en tilsvarende undersøkelse som både omfattet utesteder i Oslo (1018 personer) og andre byer på Østlandet (987 personer).¹¹ De som inngikk i undersøkelsen i 2017, hadde en gjennomsnittsalder på i overkant av 25 år, og omkring to tredjedeler var menn. Informasjon om rusmiddelbruk ble samlet inn gjennom spørreskjema, alkometermålinger og analyser av spytt-/salivaprøver. Her gjengis noen hovedfunn fra spørreskjemaundersøkelsene. Det må imidler-

tid bemerkes at resultatene fra salivaprøvene viste at mens det ikke var stor forskjell på resultat av salivaprøver og selvrapporert bruk av cannabis i løpet av de *siste 48 timer* (henholdsvis 12,5 og 10,8 prosent), var det en langt større andel med positiv salivaprøve for kokain enn hva gjaldt selvrapporert bruk (henholdsvis 13,6 og 3,7 prosent).

Cannabis var også her det mest brukte illegale rusmiddelet, både når det gjaldt bruk *noen gang* og bruk i løpet av de *siste 12 måneder* (tabell 4.2). I 2017 oppga omkring to av tre påtruffet ved utesteder/nattklubber i Oslo å ha prøvd stoffet *noen gang*, mens i overkant av én av tre oppga bruk i løpet av de *siste 12 måneder*. Det var ingen klar (signifikant) forskjell i andel som oppga å ha brukt cannabis i de to undersøkelsesårene. For amfetamin og NPS (nye psykoaktive stoffer) var det en nedgang fra 2014 til 2017 i bruk *noen gang*, og nedgangen var størst når det gjaldt bruk av NPS (fra 8 prosent til 2 prosent). Bruk i løpet av de *siste 12 måneder* var uendret for alle de fem stoffene som inngikk i undersøkelsen, bortsett fra en svak økning for MDMA/ecstasy.

Ser vi på bruk av narkotika blant dem som frekventerer utelivet i byer på Østlandet utenom Oslo, finner vi at bruk av cannabis, kokain og MDMA/ecstasy ser ut til å være mindre vanlig her enn i Oslo. Dette gjelder både bruk *noen gang* og bruk i løpet av de *siste 12 måneder*. Eksempelvis rapporterte 63 prosent av dem som inngikk i

⁹ Moshuus, Rossow og Vestel (2002).

¹⁰ Lund mfl. (2010).

¹¹ Bretteville-Jensen (2017).

Oslo-utvalget i 2017, at de hadde prøvd cannabis *minst én gang i løpet av livet*, mens den tilsvarende andelen i de øvrige byene var 48 prosent. Mens omtrent 14 prosent i Oslo oppga å ha brukt sentralstimulerende stoffer som MDMA/ecstasy og kokain i løpet av de *siste 12 måneder*, var det henholdsvis 5 og 7 prosent i øvrige østlandsbyer som oppga det samme. I 2017 ble bruk av amfetamin og NPS rapportert på samme nivå i Oslo som de andre byene.

Mens de fleste som rapporterer å ha brukt narkotika i befolkningen som helhet, trolig er det vi vil kalle eksperimentbrukere, er det grunn til å tro at en langt større andel av dem som rapporterte bruk i de to utelivsstudiene, er det vi vil kalle rekreasjonsbrukere. Noen av dem vil også kunne være problembbrukere.

4.3 Problembbruk

4.3.1 Innledning

For å få best mulig informasjon om problemfylt bruk av narkotika kan det være formålstjenlig å gå til grupper en vet eller har grunn til å tro bruker narkotika på måter som fører til problemer både for dem selv, deres nære omgivelser og samfunnet generelt. Eksempel på slike grupper er innsatte i norske fengsler og personer som påtreffes i tilknytning til ulike lavterskel hjelpe-/helsetilbud for personer med rusmiddelproblemer.

4.3.2 Bruk blant innsatte i fengsler

Selv om en i Norge i dag sjelden settes i varetekt eller idømmes fengselsstraff for bruk av narkotika i seg selv, er det grunn til å tro at mange som sitter i varetekt eller soner dommer, har erfaring med bruk av narkotika. Dette bekreftes av en omfattende undersøkelse om bruk av rusmidler blant 1499 innsatte (1396 menn, 96 kvinner, 7 ubesvart) i 57 fengselsenheter i perioden 2013–2014.¹²

Av dem som inngikk i undersøkelsen, oppga 65 prosent at de hadde brukt én eller flere typer narkotika/medikamenter *noen gang*. Omkring 60 prosent oppga å ha brukt cannabis og omkring 50 prosent amfetamin og kokain. Noe over 40 prosent oppga å ha brukt ecstasy, en tredjedel oppga å ha brukt GHB, i underkant av en tredjedel oppga å ha brukt LSD, og en fjerdedel oppga å ha brukt heroin. En snau fjerdedel oppga å ha brukt anabole steroider og syntetiske cannabinoider. I

underkant av en tredjedel oppga å ha injisert narkotika *noen gang*, mens en fjerdedel oppga at de hadde hatt *perioder med daglig bruk* av sprøyte.

De innsatte ble også spurt om bruk av rusmidler i løpet av de *siste seks månedene* før innsettelse. Det fremkom da at halvparten oppga *daglig* bruk av narkotika og/eller medikamenter (ikke forskrevne) i løpet av de siste seks månedene før innsettelse. Omkring en tredjedel oppga å ha brukt cannabis *daglig*, mens en fjerdedel oppga *daglig* bruk av benzodiazepiner og en tiendedel *daglig* bruk av (ikke-forskrevne) LAR-medisiner. Om lag 7 prosent oppga å ha brukt heroin *daglig*.

Halvparten av dem som inngikk i undersøkelsen, oppga å ha vært påvirket av rusmidler da de begikk lovbruddet de var fengslet for. Videre oppga omtrent halvparten å ha siktelsler eller domfellelser knyttet til rusmiddelrelatert kriminalitet (bruk og besittelse, innførsel og omsetning samt kjøring i beruset tilstand).

Når det gjaldt bruk av rusmidler under soning/varetekt, oppga 35 prosent å ha brukt narkotika og/eller ikke-forskrevne medikamenter mens de sonet sin fengselsdom eller satt i varetekt. Flest oppga bruk av cannabis (30 prosent), etterfulgt av ikke-forskrevne LAR-medisiner (18 prosent) og ulike former for benzodiazepiner (17 prosent). Ellers oppga 11 prosent at de hadde brukt sprøyte under nåværende eller tidligere fengselsopphold. Undersøkelsen peker med andre ord i retning av at mange innsatte i norske fengsel er det vi vil kalle problembbrukere av narkotika.

4.3.3 Problembbrukere i syv byer

Høsten 2013 ble det foretatt en undersøkelse av til sammen 1020 problembbrukere av narkotika i Oslo, Bergen, Stavanger/Sandnes, Kristiansand, Trondheim og Tromsø.¹³ Av disse oppga 60 prosent å ha injisert amfetamin, 43 prosent å ha injisert heroin, mens 29 prosent oppga å ha injisert både amfetamin og heroin, alt i løpet av de *siste fire uker*. Samlet oppga 80 prosent å ha tatt stoff i sprøyte i løpet av de *siste fire uker*. Mens det i Oslo var en større andel som oppga å ha injisert heroin enn amfetamin, var amfetamin vanligere å injisere i de andre byene. Av andre stoffer brukt ved injisering i løpet av de *siste fire uker*, oppga 26 prosent å ha injisert piller og 19 prosent morfin. Når det gjaldt bruk av narkotika uten å ha injisert, oppga 82 prosent å ha brukt cannabis i løpet av de *siste fire uker*, 83 prosent å ha inntatt piller, 19 prosent å

¹² Bukten mfl. (2016).

¹³ Gjersing og Sandøy (2014).

ha røykt eller sniffet heroin, 22 prosent å ha sniffet eller spist amfetamin og 9 prosent å ha spist eller sniffet morfin. Ellers oppga 11 prosent å ha brukt metadon (ikke forskrevet) og 16 prosent Subutex/Suboxone (ikke forskrevet) i løpet av de siste fire uker.

Undersøkelsen ble gjentatt i 2017 blant 497 personer.¹⁴ De som ble intervjuet i 2017, var svært like de i 2013, bortsett fra at gjennomsnittsalderen var steget med to år (fra 41,5 år til 43,8 år), at en lavere andel hadde en ustabil bosituasjon (henholdsvis 17 prosent i 2017 mot 29 prosent i 2013) og at en høyere andel var i LAR (henholdsvis 51 prosent i 2017 mot 40 prosent i 2013). På samme måte som i 2013 var det også i 2017 flest, 57 prosent, som oppga å ha injisert amfetamin i løpet av de siste fire uker, mens 32 prosent oppga å ha injisert heroin, 21 prosent piller og 18 prosent morfin. Om annen bruk av narkotika i 2017 oppga 78 prosent å ha brukt cannabis, 73 prosent å ha spist piller, 16 prosent å ha spist eller sniffet heroin og 23 prosent å ha spist eller sniffet amfetamin, alt i løpet av de siste fire uker. Det var også i 2017 en viss andel som oppga å ha brukt illegal metadon (12 prosent) og Subutex/Suboxone (24 prosent) i løpet av de siste fire uker.

4.3.4 Beregning av antall problembrukere

Selv om det foreligger undersøkelser blant ulike grupper av problembrukere av narkotika, gir ikke slike undersøkelser informasjon om hvor mange det dreier seg om. For å få et bilde av omfang av problembruk må en bruke andre, indirekte tilnæringer. I Norge har Folkehelseinstituttet ved hjelp av to slike indirekte indikatorer – en dødelighetsmultiplikator (*mortality multiplier*) og en behandlingsmultiplikator (*treatment multiplier*)¹⁵ – gjort beregninger av antall som inngår i ulike grupper av problembrukere. Det må imidlertid understrekes at det er store usikkerhetsintervaller ved slike estimater.

Mens det foreliggende estimatet over antall sprøytebrukere gir et bilde av situasjonen i 2016, gir estimatene over antall problembrukere for de ulike stoffene et bilde av situasjonen i 2013.¹⁶ Ettersom usikkerhetsintervallene for de ulike estimatene som nevnt er relativt store, er det imidlertid grunn til å tro at en estimering av dagens situasjon vil ligge innenfor de samme intervallene. Da mange problembrukere av narkotika bruker flere

stoffer, må det også understrekes at estimatene for de ulike gruppene *ikke* kan summeres for å anslå et samlet antall problembrukere av narkotika i Norge.

- Antall *aktive sprøytebrukere* ble i 2016 beregnet til 8 700 personer (usikkerhetsintervall 7 400–10 500).
- Antall med *høyrisikobruk av opioider* (heroin mv.) ble i 2013 beregnet til 9 000 personer (usikkerhetsintervall 6 700–14 000). De ca. 7 000 i legemiddellassistert rehabilitering (LAR) er *ikke* medregnet.
- *Høyrisikobruk av cannabis* ble i 2013 beregnet til å omfatte 0,4 prosent av befolkningen i aldersgruppen 16–64 år. Dette tilsvarer 12 300 personer (usikkerhetsintervall 7 000–17 600).
- Antall med *høyrisikobruk av amfetaminer* ble i 2013 beregnet til 11 900 personer (usikkerhetsintervall 6 300–17 600).
- Antall med *høyrisikobruk av kokain* ble i 2013 beregnet til 5 000 personer (usikkerhetsintervall 900–9 200).

4.4 Narkotikamarkedet

4.4.1 Innledning

Da det av naturlige årsaker ikke finnes omsetningstall for narkotika slik det gjør for alkohol og tobakksvarer, må vi også når det gjelder narkotikamarkedet, ta i bruk indirekte metoder for å danne oss et bilde. Det må videre nevnes at dette er et marked som har gjennomgått store endringer i de senere år ved at deler av omsetningen nå foregår via ulike kanaler på Internett. Selv om omsetningen via Internett trolig er liten sammenlignet med det totale markedet, ser den ut til å være økende.¹⁷

4.4.2 Beslag

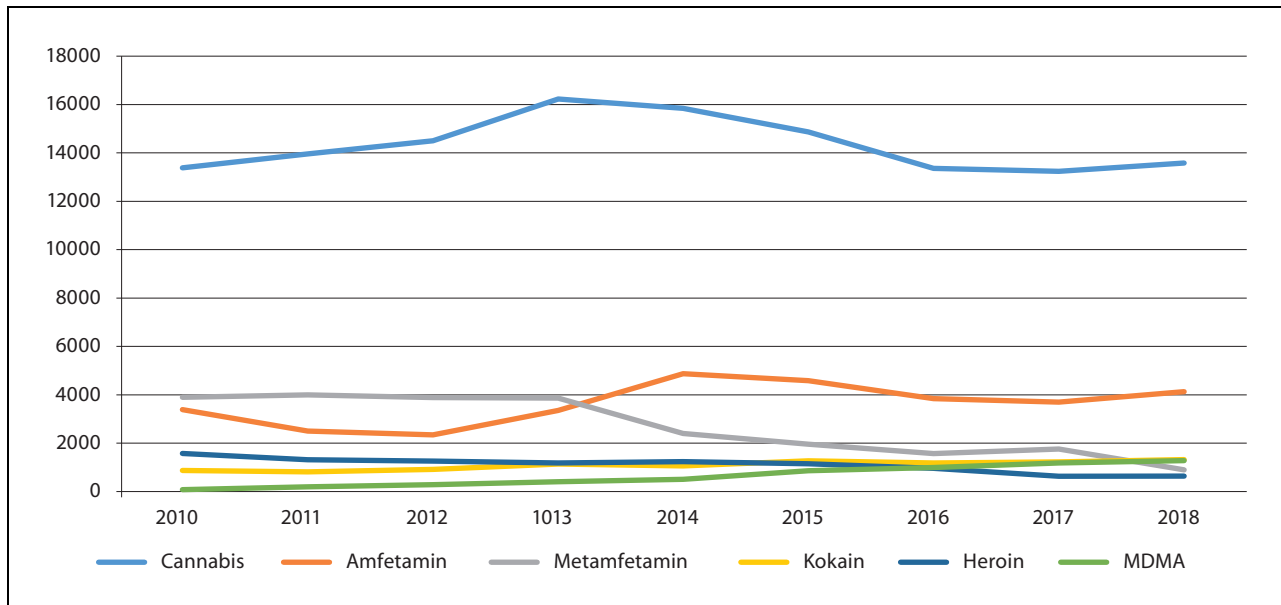
Ved siden av spørreundersøkelser om bruk av rusmidler er beslag av ulike stoffer som gjøres av toll og politi, en indikator som kan gi et bilde på omfang og endringer i narkotikamarkedet. Av det samlede antall beslag av narkotika som gjøres i Norge, utgjør *cannabis* den klart største andelen. Ifølge Kripas utgjorde hasj, marihuana og cannabisplanter til sammen 46 prosent av antall beslag i 2018. Antall cannabisbeslag har i perioden 2016-2018 vært omkring 13 500 (figur 4.8). Når det gjelder beslaglagt mengde, har det vært noe variasjon fra år til år. På samme måte

¹⁴ Gjersing (2017).

¹⁵ EMCDDA (1997).

¹⁶ FHI (udatert).

¹⁷ Kripas (udatert).



Figur 4.8 Antall beslag av ulike stoffer 2010–2018

Kilde: Kripos.

som i Europa for øvrig, har styrkegraden (innholdet av THC¹⁸) økt i de senere årene, selv om det kan være store variasjoner.

Amfetaminer utgjorde i 2018 den nest største gruppen av narkotikabeslagene (17 prosent). Det har vært en jevn nedgang i antall beslag av amfetamin/metamfetamin, fra i overkant av 7200 i 2014 til litt over 5000 i 2018, mens beslaglagt mengde har variert. Rundt 2010 utgjorde metamfetamin størstedelen av beslagene av amfetaminer, både i antall og mengde. Dette er imidlertid endret, ved at metamfetamin nå utgjør en mindre del av så vel antall (figur 4.8) som mengde. En gjennomgang av styrkegrad på 2018-beslagene viste en økning for amfetamin og en nedgang for metamfetamin.

Det har i de senere år vært en jevn økning i antall beslag av kokain, fra 800–900 årlige beslag i årene rundt 2010 til noe over 1300 beslag i 2018. Beslaglagt mengde har i de siste årene variert fra 83 kg til noe over 100 kg. Når det gjelder styrkegrad, har det vært en betydelig økning i senere år. Også for MDMA (ecstasy) har det vært en jevn økning i antall beslag, mens beslaglagt mengde har vært relativt stabil.

Ellers har det gjennom flere år vært en nedgang i antall beslag av heroin, fra 1575 i 2010 til 635 i 2018, mens det har vært relativt store variasjoner i beslaglagt mengde.

4.4.3 Priser

Det foreligger naturlig nok heller ingen oversikt over hva de ulike stoffene koster. På samme måte som for andre varer er det imidlertid grunn til å tro at prisen for større mengder er relativt lavere enn for det som gjerne kalles brukerdoser. Det kan ellers være grunn til å tro at prisen i noen grad avhenger av hvor i landet en befinner seg. Eksempelvis viste den tidligere nevnte undersøkelsen av narkotikabruk på gateplan i syv norske byer¹⁹ at det gjennomgående var stor prisforskjell mellom Oslo og Bergen på den ene side og de andre fem byene på den annen (tabell 4.3). Mens de som inngikk i undersøkelsen fra Oslo og Bergen i 2017-undersøkelsen, oppga å ha betalt kr 100 (median) for ett gram hasj, oppga de i Stavanger/Sandnes, Tromsø og Kristiansand å ha betalt kr 150 og i Trondheim kr 200. Når det gjaldt heroin, oppga de i Oslo og Bergen å ha betalt henholdsvis kr 200 og kr 250 (median) for en brukerdose på 0,2 gram, mens de i Stavanger/Sandnes, Trondheim og Tromsø oppga å ha betalt kr 400/425. Det fremkom ellers at mens de i Oslo oppga å ha betalt kr 600 for ett gram kokain, oppga de i Bergen å ha betalt kr 1 350. Den viktigste grunnen til forskjellen i pris er trolig tilgangen på de ulike narkotiske stoffene.

¹⁸ Tetrahydrocannabinol, det aktive virkestoffet i cannabis.

¹⁹ Gjersing (2017).

Tabell 4.3 Medianpris i kroner for hasj, kokain, heroin og amfetamin i ulike norske byer, 2017.

	Oslo	Bergen	Stavanger/Sandnes	Trondheim	Tromsø	Kristiansand
1 g hasj	100	100	150	200	150	150
1 g kokain	600	1 350	1 000	–	1 000	400
0,2 g heroin	200	250	400	400	425	300
0,2 g amfetamin	100	150	100	175	200	150

Kilde: FHI.

4.5 Konsekvenser av narkotikabruk

4.5.1 Innledning

Bruk av narkotika kan føre til ulike konsekvenser. Det vil eksempelvis være stor forskjell på konsekvensene av moderat bruk av cannabis og langvarig og omfattende bruk av amfetaminer og opioider. I tillegg til hva slags stoff som brukes, vil hvor mye som brukes, og måten stoffet eller stoffene inntas på, ha betydning både for omfang og type av skader og problemer. De fysiske og sosiale omgivelsene knyttet til bruken vil også være viktig. Det vil ikke være mulig å gi et fullstendig bilde av de ulike konsekvenser bruk av narkotika kan medføre, men her gis noen eksempler.

4.5.2 Helsemessige og sosiale konsekvenser

4.5.2.1 Oversikt

For dem som får problemer med sin rusmiddelbruk, finnes det et bredt spekter av ulike hjelpe- og behandlingstilbud, dels i regi av kommunene, dels i regi av spesialisthelsetjenesten. Kommunene har ansvar for de grunnleggende helse- og sosialtjenestene, mens mer spesialisert behandling for rusmiddelproblemer er et ansvar for spesialisthelsetjenesten. Problembrukere av narkotika vil også kunne pådra seg ulike somatiske og psykiske lidelser som en konsekvens av sin bruk. Dette gjelder eksempelvis hivinfeksjon og hepatitt C ved deling av sprøyter, sår og infeksjoner som følge av sprøytebruk samt psykoser utløst av cannabis eller andre stoffer. Videre kan problembruk av narkotika utløse dødsfall. Det er ellers grunn til å tro at mange problembrukere av narkotika har en generell oversykkelighet både når det gjelder somatiske sykdommer og psykiske lidelser.

4.5.2.2 Hjelpe- og omsorgsmottagere i kommunene

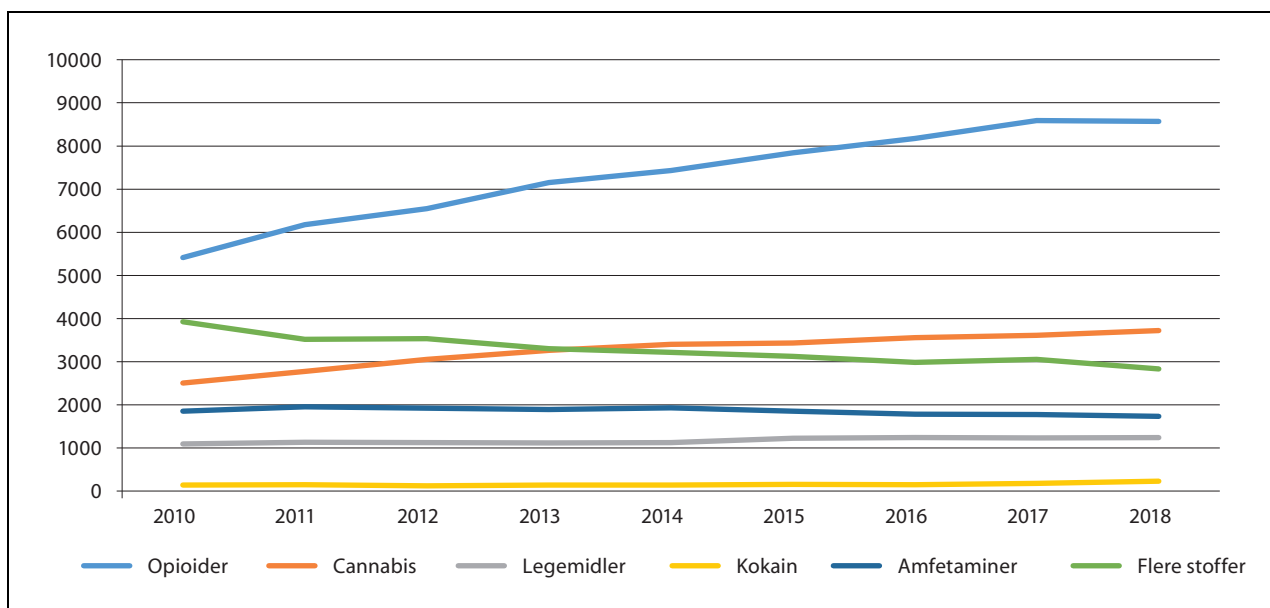
Ved siden av ordinære tjenester rettet mot befolkningen som helhet har mange av de store kommunene ulike hjelpetilbud rettet mot personer med rusmiddelproblemer. Dette gjelder eksempelvis lavterskel helsetilbud, omsorgs- og overnattings-tilbud, sprøyteutdeling, sprøyterom og så videre. Det foreligger så langt ingen systematisk oversikt over antall personer som mottar slike hjelpe-tjenester, ei heller over antall pasienter i primærhelsetjenesten med ulike narkotikarela-terte lidelser/sykdommer.

Gjennom arbeidet med det som er gitt betegnelsen *Brukerplan*, foretas det imidlertid en kartlegging i et stort antall kommuner over helse- og sosialtjenestemottagere som har rusmiddelproblemer.²⁰ Kartleggingen for 2017 omfattet i overkant av 23 000 tjenestemottagere med alkohol- og/eller narkotikaproblemer i 267 kommuner. Det fremgår at 16 prosent injiserte narkotika, 8 prosent var bostedsløse, mens 19 prosent hadde en annen utilfredsstillende bosituasjon. Det ble ellers anslått at 14 prosent av tjenestemottagerne med rusmiddelproblemer ble vurdert å ha en meget dårlig levekårsindeks, mens 20 prosent hadde et alvorlig psykisk helseproblem kombinert med rusmiddelproblemer.

4.5.2.3 Behandling i spesialisthelsetjenesten

Når det gjelder behandling i spesialisthelsetjenesten, har vi først og fremst informasjon om pasienter i behandling for selve rusmiddelproblemet. I Norsk pasientregister (NPR) foreligger det fra og med 2010 data over hvor mange pasienter som har mottatt slik behandling. Dette omfatter så vel pasienter i behandlingstiltak innen TSB som pasienter i behandling for rusmiddelproblemer

²⁰ Hustvedt mfl. (2018).



Figur 4.9 Antall pasienter i behandling for ulike narkotikaproblemer / avhengighet (hoveddiagnose ICD-10-kode F11–F15 samt F19) i spesialisthelsetjenesten, 2010–2018

Kilde: Norsk pasientregister.

innen psykisk helsevern (PHV). Av de omkring 18 500 som var i behandling for narkotikaproblemer i 2018, var i underkant av 30 prosent i døgnbehandling, mens noe over 70 prosent var i ulike former for poliklinisk behandling.²¹

Figur 4.9 viser utviklingen i antall pasienter i behandling i spesialisthelsetjenesten for narkotikaproblemer i perioden 2010–2018. Som det fremgår, har det vært en økning i antall i behandling med problembruk av opioider som hoveddiagnose, samtidig som det har vært en nedgang i antall pasienter diagnostisert med problemer med bruk av «flere stoffer». Det er grunn til å tro at dette delvis er et resultat av bedre diagnosesetting. Det har også vært en økning i antall pasienter i behandling med problembruk av cannabis som hoveddiagnose, mens antall pasienter i behandling for problemer med andre narkotiske stoffer har vært relativt stabilt. Det må her bemerkes at hoveddiagnose indikerer det stoffet pasienten vurderes å ha størst problemer knyttet til, men at det i de fleste tilfeller også vil dreie seg om problembruk av andre stoffer.

Jevnt over fremkommer det at 30 prosent av pasientene er kvinner og 70 prosent menn. Ser vi på pasientene i 2018, finner vi ellers at i overkant av 25 prosent av pasientene var i 20-årene, mens i underkant av 30 prosent var i 30-årene. Videre er det store forskjeller i aldersfordeling mellom

pasienter med de ulike hoveddiagnosene. I 2018 var eksempelvis opp mot 60 prosent av cannabis-pasientene i 20-årene, mens det samme gjaldt 8 prosent av dem som var i behandling for problemer med bruk av opioider. Det kan også nevnes at de fleste som var i behandling for problembruk av opioider, var i LAR. I de første årene LAR var tilgjengelig i Norge, sto mange på venteliste for å få sin søknad vurdert eller for å påbegynne behandlingen. Dette gjelder nå bare et lite mindretall.²²

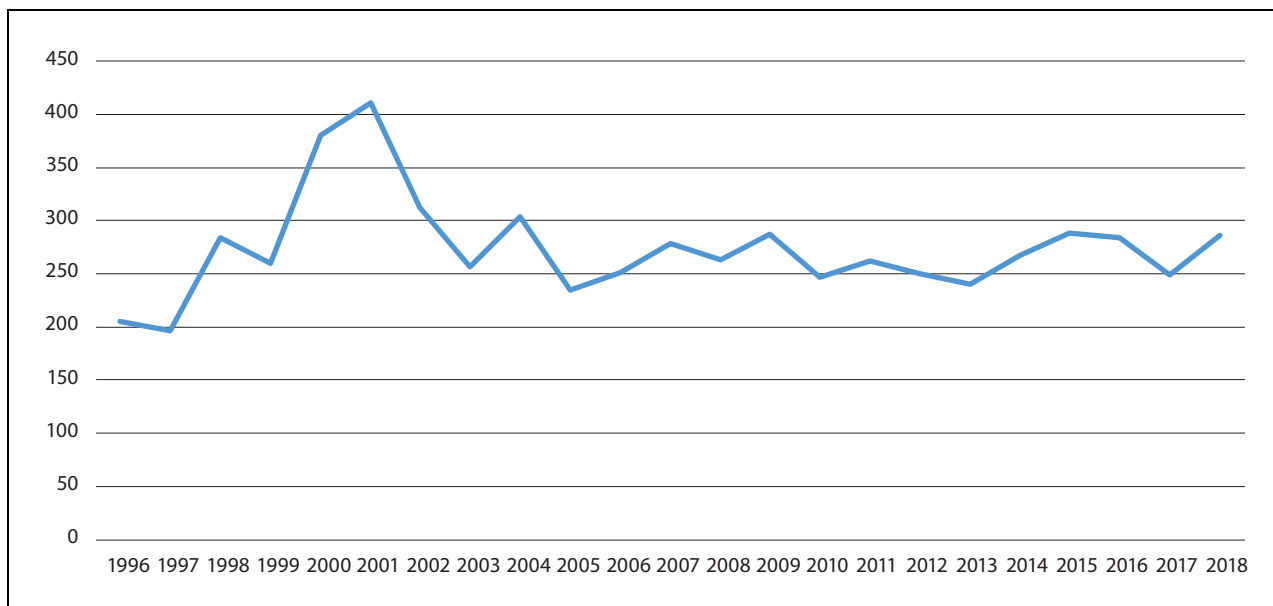
4.5.2.4 Nye pasienter

Mange som er i behandling for narkotikaproblemer, har vært i slik behandling over lang tid. Dette gjelder spesielt pasienter i LAR. Andre kan ha behov for flere behandlinger med større eller mindre mellomrom. Dette gjør at antall pasienter i behandling i et bestemt år i stor grad gjenspeiler situasjonen for personer som har hatt problemer med sin narkotikabruk over lang tid. Antall nye pasienter i et gitt år vil derfor i større grad gi et bilde av hvor mange som for første gang får så omfattende problemer med sin narkotikabruk at det er nødvendig med behandling i spesialisthelsetjenesten.

I 2018 ble det tatt inn 2716 nye personer i behandling for narkotikaproblemer (TSB/

²¹ Norsk pasientregister (2018).

²² Waal mfl. (2019).



Figur 4.10 Antall narkotikautløste dødsfall i perioden 2003–2018

Kilde: FHI.

PHV).²³ Den vanligste hoveddiagnosen var cannabisproblemer (39 prosent), deretter fulgte «flere samtidige rusmiddelproblemer/flere stoffer» (22 prosent). Problemer med opioider, som utgjør den vanligste hoveddiagnosen for alle pasienter som er i behandling for rusmiddelproblemer, utgjorde 11 prosent blant nye pasienter, amfetaminer 10 prosent, sedativer og hypnotika 13 prosent, kokain 3 prosent, mens 1 prosent ble diagnostisert til å ha problemer med andre stoffer.

En ny pasient er her definert som en pasient tatt inn i behandling i spesialisthelsetjenesten med hoveddiagnosen «lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av narkotiske stoffer» i 2018 (ICD-10-kode F11–F16, F18, F19), og som ikke har vært i slik behandling etter 2009. Etter som norsk pasientregister ble etablert for denne gruppen i 2009, vet vi ikke hvor mange som har vært i slik behandling før 2009.

4.5.3 Narkotikautløste dødsfall

Mens antall narkotikautløste dødsfall i 2015 og 2016 på landsbasis var henholdsvis 288 og 284, var det en nedgang til 247 i 2017.²⁴ I 2018 var antallet tilbake på tilsvarende nivå som foregående år da 286 personer døde.²⁵ Nedgangen i narkotikautløste dødsfall i 2017 kan dermed være en til-

feldig variasjon, men kan også skyldes endringer i tilgang til eller renhetsgraden på narkotika det året. I perioden 2003–2018 har antallet variert rundt et gjennomsnitt på 266 slike dødsfall per år (se figur 4.10). 73 prosent av dødsfallene i 2018 var forgiftningsulykker, og 82 prosent var knyttet til bruk av opioider, som er en samlebetegnelse for naturlige og syntetiske stoffer som etterligner virkningen av opium.

Inndelingen etter type opioider for 2018 er som følger:

- *andre opioider*, som legemidlene morfin, kodein og oksykodon (28 prosent)
- *heroin* (23 prosent)
- *syntetiske opioider*, som buprenorfin, fentanyl og petidin (17 prosent)
- *metadon* (14 prosent)

Antall narkotikautløste dødsfall i Norge er relativt høyt sammenlignet med andre land i Europa. Dette er imidlertid tall som må tolkes med varsomhet, blant annet på grunn av systematisk underreportering i enkelte land og ulike analyse- og rapporteringsrutiner.²⁶

4.5.4 Smittsomme sykdommer

Når det gjelder sykdommer direkte relatert til bruk av narkotika, har vi først og fremst informasjon om hivinfeksjon og hepatitt. Antall diagnosti-

²³ Norsk pasientregister (2018).

²⁴ FHI (2018).

²⁵ FHI (2019).

²⁶ EMCDDA (2019a).

serte med *hivinfeksjon* der sprøytebruk antas å være smittemåte, er lav i Norge. I de senere år gjelder dette færre enn ti tilfeller per år.²⁷ Av de seks meldte tilfellene i denne gruppen i 2018, er fem menn og én kvinne. Fire av disse er innvandrere som ble smittet i sitt opprinnelige hjemland før de kom til Norge. I to av tilfellene er personen født i Norge, hvorav én antas smittet her i landet, mens én antas smittet i Øst-Europa.

Av de meldte tilfellene av hepatitt C i de senere år (omkring 650 de siste par år), antas sprøytebruk å være smittemåten i de langt fleste tilfeller der smittemåte er kjent. Det er ikke kjent hvor mange av de tilmeldte tilfellene som er akutte, eller hvor mange som er kroniske infeksjoner hvor smitten kan ha skjedd for mange år siden. Det var i 2018 ingen rapporterte tilfeller av akutt hepatitt B, der sprøytebruk antas å være smittemåte. Antallet i de foregående år har vært fem eller færre. Det er også få tilfeller av meldte tilfeller av kronisk hepatitt B, der sprøytebruk antas å være smittemåte.

4.5.5 Sosiale konsekvenser og kostnader

Problemer med narkotikabruk vil først og fremst ramme personen selv, men kan i tillegg ramme pårørende og samfunnet for øvrig. Eksempelvis har mange med langvarig og risikofylt narkotikabruk økonomiske problemer ved at de aldri har vært integrert i eller hatt en stabil tilknytning til arbeidslivet. De tjener derfor lite og mottar offentlig støtte. Mange vil være utelukket fra ulike sosiale arenaer og føle seg stigmatisert. Ellers vil mange pårørende og venner få sin livskvalitet forringet på grunn av andres problemfylte rusmiddelbruk. En studie gjennomført i Norge om hvorvidt folk var bekymret for andres bruk av rusmidler og tobakk, viste at bekymring knyttet til andres drikking var mest utbredt (31 prosent), etterfulgt av andres sigarettøyking (26 prosent) og andres bruk av narkotiske stoffer (10 prosent).²⁸ Blant dem som bekymret seg, forårsaket imidlertid andres røyking og narkotikabruk *hyppigere* bekymring enn hva gjaldt drikking av alkohol.

4.6 Narkotikakriminalitet

4.6.1 Innledning

Det er grunn til å tro at bruk av narkotika er en faktor i ulike former for vinnings- og voldskrimina-

litet. Omfanget er imidlertid ikke kjent, da det ikke foretas systematisk registrering av hvorvidt bruk av rusmidler inngår i slike lovbrudd. Tilgjengelig informasjon er, som allerede nevnt, beslag av narkotika som gjøres av toll og politi. Videre har vi informasjon om registrerte brudd på narkotikabestemmelsene i legemiddel- og straffeloven. Vi har også informasjon om antall saker/prøver der det påvises bruk av narkotika hos førere av motorkjøretøy.

4.6.2 Narkotikalovbrudd

Narkotikaforskriften²⁹ fastsetter hva som er narkotika. Omgang med mindre mengder narkotika – bruk og besittelse til egen bruk – straffes etter legemiddeloven § 31, mens omgang med større mengder – tilvirkning, innførsel omsetning osv. – straffes etter straffeloven §§ 231 og 232.

Kriminalstatistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB) gir en oversikt over antall anmeldte, antall etterforskede, antall siktede og antall reaksjoner for narkotikalovbrudd. En må her være oppmerksom på at narkotikalovbrudd er det som kalles «lovbrudd uten offer», i den forstand at det sjelden eller aldri er lovbrudd der anmeldelser kommer fra allmennheten. Det vil derfor være innsatsen fra politi og tollvesen som avgjør hvor mange lovbrudd som anmeldes, etterforskes og fører til straffereaksjoner. Forskjeller fra ett år til et annet vil derfor til en viss grad kunne ha sammenheng med kontrollinnsats, slik at det ikke nødvendigvis avspeiler forskjeller i det faktiske antallet lovbrudd.

Figur 4.11 viser utviklingen i antall straffereaksjoner for narkotikalovbrudd for perioden 2005–2017. Som vi ser, har det vært en nedgang de siste årene, både når det gjelder reaksjoner for brudd på straffeloven og brudd på legemiddeloven.

Strafferammene for narkotikalovbrudd økte frem til midten av 1980-tallet, da så godt som alle narkotikasaker ble brakt inn for domstolene og endte med idømmelse av betinget eller ubetinget fengselsdom. Utover 1990-tallet tok imidlertid de strafferettslige virkemidlene gradvis nye former, og forelegg ble etter hvert den dominerende reaksjonsformen (figur 4.12). I noen grad har også samfunnsstraff og betinget påtaleunndlatelse blitt tatt i bruk.³⁰

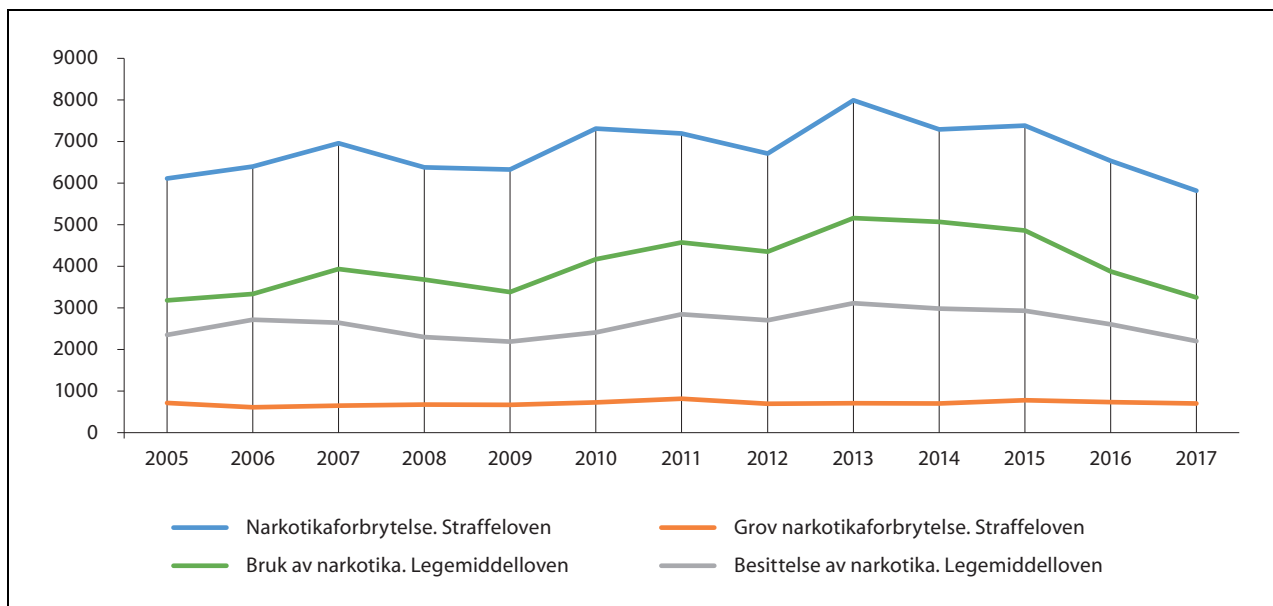
I tiåret fra 1980 til 1990 gikk antall narkotikasaker som ble avgjort med forelegg, opp, fra så

²⁷ Blystad mfl. (2019).

²⁸ Moan, Storvoll og Lund (2017).

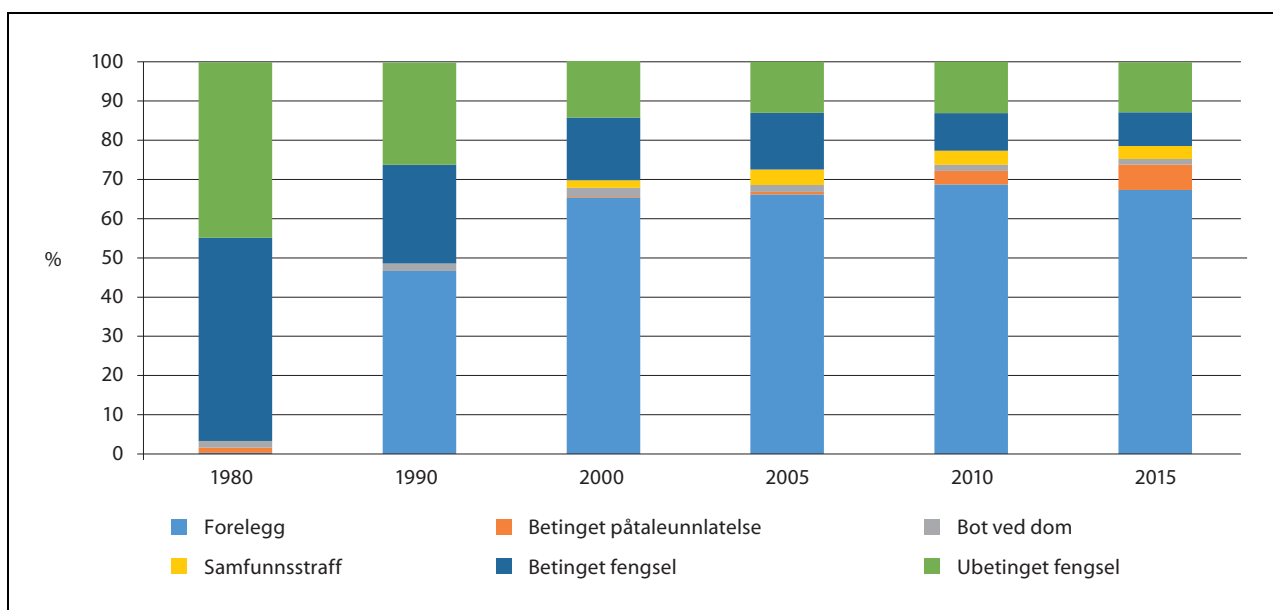
²⁹ Forskrift 14. februar 2013 nr. 199 om narkotika.

³⁰ Sandøy og Hauge (2019).



Figur 4.11 Antall straffereaksjoner for narkotikalovbrudd 2005–2017

Kilde: SSB.



Figur 4.12 Andel ulike reaksjoner for narkotikalovbrudd, 1980–2015

Kilde: SSB.

godt som ingen til omkring halvparten. Dette var nesten uten unntak saker som gjaldt overtredelse av legemiddeloven, det vil si saker som gjaldt bruk eller besittelse av små mengder. Utover 1990-tallet ble også stadig flere av de mindre narkotikalovbruddene under straffeloven avgjort ved forelegg. Dreiningen fra fengselsstraff til bruk av forelegg har ført til en gradvis reduksjon i straffenivået i mindre narkotikasaker. Det har imidlertid

også vært en viss straffereduksjon i mer alvorlige saker.

4.6.3 Narkotikabruk i trafikken

På samme måte som for alkohol setter vegtrafikkloven grenser for påvirkning av ulike narkotiske stoffer for førere av motorkjøretøy. Oslo universitetssykehus har ansvar for å analysere prøver

i saker der fører mistenkes for å være påvirket av et rusmiddel. Alkohol er fortsatt det rusmiddelet som påvises i flest saker fra bilførere mistenkt for kjøring i beruset tilstand. I 2018 ble det påvist alkohol i 3069 prøver av totalt 8336³¹ saker. THC (tetrahydrocannabinol), som er virkestoffet i cannabis, ble påvist hyppigst etter alkohol (i 42 prosent av analyserte saker). Andre stoffer som påvises hyppig, er amfetamin og klonazepam (virkestoffet i Rivotril), som ble påvist i henholdsvis 33 og 22 prosent av tilfellene. Forekomsten av de vanligste stoffene har endret seg lite sammen-

lignet med tidligere år. Hovedbudskapet for 2018 er at

- antall saker hvor politiet har bedt om analyse for andre stoffer enn bare alkohol, er det høyeste noen gang
- antall saker med påvist metamfetamin har sunket med 44 prosent fra 2017, mens amfetamin har hatt en liten økning på 5 prosent
- det ses en fortsatt økning i MDMA, GHB og kokain
- det har vært en stor økning av designerbenzodiazepinet diklazepam, som nå er det tolvte hyppigst påviste stoffet

³¹ Årving, Middelkoop og Hjelmeland (2019).

Kapittel 5

Tjenestetilbud og tiltak overfor personer med rusproblematikk

5.1 Innledning

I Norge er helsetjenestene og det sosiale sikkerhetsnettet godt utbygget sammenlignet med mange andre land. Også tjenestetilbudet til brukere av narkotika må anses å være relativt mangfoldig og omfattende. Mange av de tiltakene som oppgis som sentrale i avkriminaliseringsreformen i Portugal, finnes allerede i Norge og har vært her i mange år. Likevel er det et vedvarende problem at mennesker med rusproblemer ikke alltid får nødvendig oppfølging og behandling. Dette kan i særlig grad gjelde personer med omfattende rusproblematikk i kombinasjon med psykiske lidelser.¹

Å gi et fullstendig oversiktsbilde av tjenestetilbudet til personer med rusproblematikk er krevende. Ikke alle kommuner tilbyr tjenestetilbudene som nevnes i dette kapitlet, og enkelte kommuner tilbyr tjenester som ikke nevnes her. Tjenestetilbudet vil kunne variere på bakgrunn av kommunenes størrelse, identifisert problemomfang, utfordringsbildet i befolkningen og ikke minst den enkelte kommunes prioritering av rusfeltet.

Språkbruken på helsefeltet kan være tvetydig. For eksempel brukes uttrykkene «tjeneste» og «tiltak» både om de konkrete tilbudene en person kan motta, og om selve tjenesteyterne. I dette kapitlet gis et riss av de offentlige helse- og velferdstilbudene som omfatter eller retter seg særlig mot personer med rusproblematikk, samt noen sentrale tjenesteytere. Utvalget redegjør først for hvordan tjenestene er organisert og styres i punkt 5.2, og deretter for hvilke sektorer og tjenester som kan inngå i det samlede tjenestetilbudet til personer som bruker narkotika, og hvordan disse er regulert. Utvalget omtaler her i hovedsak tjenestetilbud som følger av regelverket for helse- og velferdstjenesten, og redegjør for den kommunale helse- og omsorgstjenesten (pri-

mærhelsetjenesten) i punkt 5.3. Utvalget redegjør så for tjenestetilbud som ikke direkte følger av regelverket, som lavterskel helsetjenester og brukerrom, i punkt 5.4.

Tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten omtales i punkt 5.5. Deretter omtales arbeids- og velferdsforvaltningen og barneverntjenesten i henholdsvis punkt 5.6 og 5.7. Det fylkeskommunale ansvaret for tannhelsetjenester er omtalt i punkt 5.8. Kriminalomsorgen omtales kort i punkt 5.9 og frivillig sektor i punkt 5.10. Utvalget tar deretter for seg brukermedvirkning i punkt 5.11 og omtaler samhandling mellom tjenester og tjenestenivåer i punkt 5.12. Oppfølging etter rusbehandling (ettervern) omtales i punkt 5.13. I punkt 5.14 redegjør utvalget nærmere for tvang overfor personer med rusproblematikk etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10.

5.2 Organisering og styring av de offentlige helse- og velferdstjenestene

Ansvar for offentlige tjenestetilbud til personer med rusproblemer ligger både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. I tillegg til helse- og omsorgstjenestene er en rekke ulike offentlige aktører involvert, herunder sosialtjenesten, barneverntjenesten og boligkontor med videre. Også private tjenesteleverandører, både ideelle og kommersielle, yter tjenester på vegne av det offentlige. De regionale helseforetakene (RHF) anskaffer over halvparten av det samlede antallet døgnbehandlingsplasser innenfor TSB fra private leverandører for å oppfylle sitt sørge-for-ansvar innen rusbehandling. Også kommunene anskaffer tjenester som inngår i det lovpålagte kommunale tjenestetilbudet fra private aktører. I tillegg er det flere ideelle aktører som enten på frivillig basis eller finansiert av statlige tilskuddsmidler yter tjenester som skal supplere og utfylle de offentlige tjenestetilbudene.

¹ Se blant annet Helsetilsynet (2019a) og Helsetilsynet (2019b).

Det kommunale selvstyret, jf. blant annet kommuneloven § 2-1,² innebærer at kommuner og fylkeskommuner i stor utstrekning står fritt til å organisere sine tjenestetilbud, herunder rusarbeid, etter lokale behov og utfordringer. Dette medfører at tilbudene på kommunalt nivå kan være organisatorisk forankret på ulike steder, og at både navn og innhold kan variere.

Som eier av de regionale helseforetakene har staten større anledning til å styre disse tjenestene enn hva den har overfor kommunene. Staten kan blant annet sette vilkår for tildeling av ressurser etter helseforetaksloven § 16. Når det gjelder kommunene, kan staten for eksempel *anmode* kommunen om å prioritere midlene gitt i rammetilskudd på bestemte måter (kommunenes frie inntekter³). Føringer gitt gjennom anmodning er i langt mindre grad forpliktende for kommunene enn vilkårsadgangen er overfor helseforetakene.⁴

Utvalget er klar over at det på tross av statens anledning til tettere styring av tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten likevel finnes variasjoner og varierende grad av samordning og samhandling. Mens noe av denne variasjonen er ønsket, finner tilsynsmyndighetene også en del uønsket variasjon.⁵ Heller ikke rusbehandlingstilbudene i spesialisthelsetjenesten er standardiserte eller organisatorisk plassert på samme sted i de respektive helseforetakene.

Styring av tjenestene gjøres også gjennom kontroll av kommuner og helseforetak i form av tilsyn. Etter kommuneloven § 30-2 kan fylkesmannen «føre tilsyn med lovligheten av kommunens eller fylkeskommunens oppfyllelse av plikter pålagt i eller i medhold av lov». Statens helsetilsyn (som overordnet organ) og fylkesmannen er gitt myndigheten til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenestene etter reglene i heletilsynsloven. Se også helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 om statlig tilsyn. Fylkesmannen behandler også rettighetsklager etter pasient- og bruker-

rettighetsloven § 7-2 og sosialtjenesteloven § 47 og fører tilsyn med barneverntjenesten.⁶

For helsetjenestene vil forsvarlighetskravene i helselovgivningen være betydningsfulle i tilsynssammenheng, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-1 og 4-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. I tillegg har helsepersonell et individuelt ansvar for forsvarlighet etter helsepersonelloven § 4. For forsvarlighetskravet i sosialtjenesten gjelder i hovedsak forvaltningslovens regler, jf. sosialtjenesteloven § 41 og utdypende tekst i Rundskriv til lov om sosiale tjenester i NAV, kapittel 5.⁷

I tillegg til lovkrav, rundskriv med videre er også nasjonale faglige retningslinjer styrende for hva som til enhver tid kan anses for å være innenfor forsvarlighetskravet til helsetjenestene. Slike retningslinjer gis på områder med behov for nasjonal normering, blant annet med formål om å hindre uønsket variasjon og sikre god kvalitet i tjenestene.⁸ Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5, er det Helsedirektoratet som er gitt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere for helsetjenesten. Nasjonale faglige retningslinjer skal inneholde systematisk utviklede faglige anbefalinger som etablerer nasjonale standarder for utredning, behandling og oppfølging av pasientgrupper, brukergrupper eller diagnosegrupper. Helsedirektoratet har blant annet publisert retningslinjer som har til formål å dekke hele bredden av rusbehandling.⁹

Helsedirektoratet – og andre direktorater – produserer også veiledere til bruk for kommuner med anbefalinger, men med mindre normerende kraft enn nasjonale retningslinjer.

I denne sammenhengen vil utvalget trekke frem *Sammen om mestring – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid*¹⁰ og den digitale veiviseren *Bolig for velferd*¹¹ om kommunenes boligsosiale arbeid som eksempler på normerende materiell for kommunal sektor. Her finner kommunene eksempler på hvordan de kan organisere, utvikle og tilrettelegge sine tjenester i tråd med det som anses for å være beste tilgjengelige praksis på feltet.

² Prinsippene knyttet til det kommunale selvstyret har hittil ikke vært lovfestet, men har vært gjenstand for flere utredninger. Gjennom Prop. 46 L (2017–2018) fremmet regjeringen forslag om å lovfeste det kommunale selvstyret. Ny lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) hjemler det kommunale og fylkeskommunale selvstyret og prinsipper for de nasjonale myndigheters forhold til det kommunale og fylkeskommunale selvstyret, jf. §§ 2-1 og 2-2.

³ Om frie inntekter, se artikkelen «Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner» på Regjeringens nettsider, se Regjeringen (udatert).

⁴ Se omtale av frie inntekter og opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) i rapport av Håkonsen, Kallager og Lunder (2017).

⁵ Se blant annet Helsetilsynet (2019b).

⁶ Se omtale av ulike roller innen barnevernet, jf. Fylkesmannen (2019).

⁷ AVdir (35-2012).

⁸ Se mer om nasjonale faglige retningslinjer på Helsedirektoratets nettsider, jf. Helsedirektoratet (2019h).

⁹ Se Helsedirektoratets publiseringer av retningslinjer på deres nettside, jf. Helsedirektoratet (udatert d).

¹⁰ Helsedirektoratet (2014e).

¹¹ Se Husbanken (udatert).

5.3 Kommunal helse- og omsorgstjeneste (primærhelsetjenesten)

5.3.1 Innledning

Kommunene er etter helse- og omsorgstjenesteloven pliktige til å yte nødvendig helsehjelp til den som oppholder seg i kommunen, jf. § 3-1 første ledd. Annet ledd tydeliggjør at ansvaret omfatter alle «pasient- og brukergrupper», herunder personer med «rusmiddelproblem».

Retten til nødvendig helsehjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a.

Tilbud kommunene skal ha til sine innbyggere, er (ikke uttømmende) listet opp i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 og omfatter blant annet – av særlig betydning for personer med rusproblematikk – helsefremmende og forebyggende tjenester (nr. 1), hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner (nr. 3), utredning, diagnostisering og behandling (nr. 4), sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering (nr. 5) og plass i institusjon (nr. 6 bokstav c).

5.3.2 Kommunalt rusarbeid (rus- og psykisk helsetjeneste)

5.3.2.1 Innledning

Kommunalt rusarbeid er vanligvis en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men kan ofte også ha sosialfaglig personell. Utvalget velger her å omtale den kommunale rustjenesten sammen med den psykiske helsetjenesten. Bakgrunnen for dette er både at helsemyndighetene i all hovedsak omtaler disse fagfeltene samlet, og at over halvparten av landets kommuner har valgt å organisere rusarbeid og psykisk helsearbeid i samme enhet/avdeling eller team.¹²

Utvalget er klar over at noen kommuner har organisert sitt rusarbeid med utgangspunkt i sosialtjenesten, men hovedinntrykket er at de fleste kommunene nå har en egen rustjeneste eller dedikert personell som ivaretar det kommunale rusarbeidet. En organisering som den i Sandnes kommune kan være illustrerende, i alle fall for større kommuner:

«Tjenestene for rus og psykisk helse ligger under kommunaldirektør for levekår sammen med NAV, flyktningenheten, bolig tjenester, tje-

nester for funksjonshemmede og AKS. Mestingsenheten (ME) utgjør hovedtilbudet i kommunens rustjeneste og samler rus- og psykisk helsetjenester i samme enhet. Rus- og psykisk helsefeltet ble slått sammen for 8–9 år siden og er en bydekkende tjeneste som gir psykisk helse- og rustjenester til voksne.»¹³

I de minste kommunene kan oppgavene, både innen rusfeltet og psykisk helsefeltet, falle på én enkelt medarbeider eller et mindre team av kommunens ansatte.

5.3.2.2 Nøkkeltall fra kommunalt psykisk helse- og rusarbeid

I 2018 rapporterte kommunene 12 563 årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid¹⁴ rettet mot voksne og 232 årsverk i tjenester rettet mot barn og unge.¹⁵ Også personell i andre deler av kommunal sektor, herunder ansatte i pleie- og omsorgstjenestene og i NAV, utfører betydelige arbeidsoppgaver overfor personer med rusproblematikk og psykiske helseproblemer i kommunene, men uten at dette kan tallfestes.

I 2018 kartla 268 kommuner gjennom Brukerplan¹⁶ 23 762 voksne brukere av kommunale tjenester med rusproblemer.¹⁷ Det ble kartlagt 230 brukere med rusproblematikk under 18 år som mottok kommunale tjenester.¹⁸ På aggregert nivå, det vil si dersom alle landets kommuner hadde deltatt i kartleggingen, anslås det at det totalt ville vært kartlagt om lag 28 000 tjenestemottagere med rusproblematikk. Kjønnfordelingen blant tjenestemottagere med rusproblemer har ligget stabilt på 30 prosent kvinner og 70 prosent menn.

¹³ Se Hansen mfl. (2018b).

¹⁴ Frem til 2015 rapporterte kommunene adskilt på årsverk og ressursinnsats i kommunalt rusarbeid (IS-8) og kommunalt psykisk helsearbeid (IS-24) til Helsedirektoratet. I 2015 ble rapporteringen samlet i en felles rapport (IS-24/8). Det er således ikke lenger mulig å skille ut kommuners årverksinnsats på rusfeltet. Siden mange kommuner uansett bruker de samme personellressursene både i rusarbeid og psykisk helsearbeid, unngår man nå dobbelrapportering av årsverk, som i en viss grad var tilfellet før 2015.

¹⁵ Ose mfl. (2018).

¹⁶ «Brukerplan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfang og karakteren av rusmiddelmissbruk i kommunen. Fra og med 2015 omfatter kartleggingene i tillegg personer med kjent psykisk helseproblem, uten rusproblemer», se Helse Stavanger (2016).

¹⁷ Hustvedt mfl. (2019) s. 1.

¹⁸ Utvalget ser ikke dette tallet som et sikkert estimat for hvor mange under 18 år som kan ha et rusproblem. De fleste barn og unge som har rus som en del av sine utfordringer, er sannsynligvis i kontakt med barnevernet, ikke sosialtjenesten eller helse- og omsorgstjenestene.

¹² Ose mfl. (2018).

Kjønnsfordelingen er lik som i TSB, inkludert LAR. Gjennomsnittsalder på kartlagte brukere var i 2018 på 43 år.

Brukerplan-rapporten viser de kartlagte brukernes score på ulike levekårsområder.¹⁹ Samlet sett befinner hoveddelen av kartlagte brukere med rusproblemer seg i de segmentene rapporten kaller «gul» og «rød», altså en situasjon der man har middels til dårlig score på de ulike levekårsområdene.²⁰ Ifølge Brukerplan-rapporten omfatter dette 86 prosent av de kartlagte brukerne. Brukere med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser (ROP) scorer særlig dårlig på levekårsområdene i Brukerplan. Med utgangspunkt i Helsedirektoratets avgrensning av ROP-lidelse til brukere med omfattende bruk av rusmidler og alvorlige psykiske helseproblemer ble antall personer med ROP-lidelse på nasjonalt nivå beregnet til om lag 6000 personer.²¹

5.3.2.3 Ruskonsulent

Mange kommuner har *ruskonsulenter*. I motsetning til for eksempel medisinsk faglig kompetanse, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 annet ledd, er kommunen ikke lovpålagt å ha en særlig rusfaglig kompetanse. Likevel finnes det én eller flere ruskonsulentstillinger i mange kommuner. Ruskonsulent er ingen egen utdanningsretning eller linje og stillingen innehas ofte av personell med sosialfaglig eller helsefaglig utdanning, eventuelt med videreutdanning innen rus- og psykisk helsearbeid. Generelt har personell i kommunalt rus- og psykisk helsearbeid helse- og sosialfaglig utdanning på høyskolenivå.²² Ruskonsulenter finnes i rustjenester forankret i helse- og omsorgstjenestene, men kan også finnes i sosialtjenesten. Stillingsbetegnelsen finnes også i spesialisthelsetjenesten.

Typiske oppgaver for en ruskonsulent kan være rådgivning og veiledning, psykososial oppfølging, praktisk bistand og hjelp til å komme i

arbeid eller utdanningsløp eller henvisning til TSB. Ruskonsulenten kan også føre samtaler med formål om rusmestring. Enkelte kommuner tilbyr for eksempel såkalte hasj avvenningskurs.²³ Arendal kommune beskriver ruskonsulentens oppgaver slik:

«Ruskonsulenten svarer blant annet på spørsmål om tjenestetilbud, søknadsrutiner og andre relevante spørsmål før, under og etter institusjonsopphold.

Ruskonsulenten kan henviser deg og bistå med å hjelpe deg inn til behandling. Ruskonsulenten vil sørge for at du får oppfølging mens du er i behandling og i god tid før du blir utskrevet, slik at du har noe å komme ut til.»²⁴

5.3.3 Fastlege

Enhver person som er bosatt i Norge, skal være sikret en fast allmennlege å forholde seg til.²⁵ Dette gjelder følgelig også personer som bruker narkotika. Brukerplan-rapporten for 2018 viser at fastlegetjenesten er den mest brukte kommunale helse- og omsorgstjenesten blant brukere med rusproblematikk (83 prosent av de kartlagte har benyttet sin fastlege).²⁶

Fastlegen er den som i stor grad henviser pasienter til rusbehandling, og har videre en sentral rolle i LAR.²⁷

Utvalget mener det er grunn til å tro at fastlegene i en viss utstrekning møter pasienter med rusproblematikk som ikke er kjent av de øvrige helse- og velferdstjenestene. Trolig behandler fastlegene pasienter for rusproblematikk. Utvalget er imidlertid ikke kjent med om det finnes tall for hvor mange personer med rusproblematikk som utelukkende mottar behandling fra fastlege.

5.3.4 Psykolog i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Krav om psykologkompetanse i kommunenes helse- og omsorgstjeneste blir lovfestet med virk-

¹⁹ Levekårsområder i Brukerplan:

- bolig
- meningsfull aktivitet
- økonomi
- fysisk helse
- psykisk helse
- rusmiddelbruk
- sosial fungering
- nettverk

²⁰ Hustvedt mfl. (2019) s. 32.

²¹ Lie (2017) s. 6.

²² Ose mfl. (2018) s. 69.

²³ For innretning av hasj avvenningstilbud, se blant annet manualen fra Ungdomstjenesten, Kristiansand kommune (2019) og nettsiden Hasj avvenning (udatert).

²⁴ Om ruskonsulent i Arendal kommune, se Arendal kommune (2018).

²⁵ Se forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene § 1.

²⁶ Hustvedt mfl. (2019) s. 42.

²⁷ Se retningslinjer i Helsedirektoratet (2010) og Helsedirektoratet (2019b).

ning fra 2020.²⁸ Det er imidlertid ikke fastsatt noe krav om antall psykologårverk per innbygger eller lignende. Helsedirektoratet oppgir at det per april 2019 er gitt tilskudd til 590 psykologstillinger i 365 kommuner/bydeler.²⁹

Psykologårverkene i kommunene skal tjene et bredt spekter av formål. I tilskuddsordningen for rekruttering av psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene heter det at «rekruttering av flere psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er en av regjeringens satsinger for å styrke kvalitet og kompetanse i det tverrfaglige arbeidet innen psykisk helse og rus, vold- og traumefeltet».³⁰ Videre skal psykologkompetansen benyttes på systemnivå, til kvalitets- og kompetanseutviklingsarbeid, til helsefremmende og forebyggende arbeid samt lavterskel tjenestetilbud og utadrettet arbeid.

I 2018 var 72 psykologårverk knyttet til psykisk helse- og rusarbeid i kommunene for voksne, mens 330 årverk var knyttet til tjenester rettet mot barn og unge.³¹ Med psykologkompetansen bundet opp i arbeidet med barn og unge er det usikkert i hvilken grad psykologårverkene kommer personer med etablert rusproblematikk til gode. Imidlertid kan det tenkes en indirekte effekt som følge av at psykologkompetansen generelt bidrar til å heve kvaliteten på de øvrige tjenestene, for eksempel gjennom psykologens bidrag i kompetansehevende tiltak, opplæring og veiledning av annet personell med videre.

5.3.5 Prehospitale tjenester

Leger og annet helsepersonell i ambulanse- og legevaktjeneste samt personell i brann- og redningstjeneste er også i kontakt med brukere av narkotika. Dette kan være tilfelle ved ulykker, vold, overgrep og ved abstinensstilstander og komorbide³² psykiatriske tilstander.

Prehospitale tjenester har alltid hatt en viktig rolle i arbeidet med å forebygge dødsfall som skyldes narkotikaoverdoser. Eksempelvis yter

²⁸ Krav om psykologfaglig kompetanse blir lovfestet fra 2010, se blant annet Meld. St. 26 (2014–2015) og omtale i høringsnotat i Regjeringen (2016).

²⁹ Kunngjøring av ordningen for 2019, regelverk m.m., se Helsedirektoratet (udatert b).

³⁰ Kunngjøring av ordningen for 2019, regelverk m.m., se Helsedirektoratet (udatert b).

³¹ Ose mfl. (2018) s. 74.

³² «Komorbiditet, samtidige sykdommer (samsykelighet), forekomst av flere ulike sykdommer eller lidelser samtidig hos samme person.», jf. Malt (2018).

ambulansetjenesten livredding ved overdoser, så vel som oppfølging i det kritiske tidsrommet etter at en person er vekket til live. Prehospitale tjenester kan også stå i en særstilling for å kunne oppdage risikofull eller skadelig bruk av rusmidler. På samme måte som personell i somatiske sykehusavdelinger kan for eksempel ambulanspersonell og legevakt kople pasienten til kommunale rustjenester for oppfølging. Dette skjer i dag i varierende grad, og utvalget viser her til den nasjonale overdosestrategien samt til tiltaket om pakkeforløp for oppfølging av ikke-dødelige overdoser.³³

Legevakten i Oslo har et eget tiltak for oppfølging av unge som legges inn med rusmiddelforgiftninger: *Ungdom og rus*. Formålet er å forhindre nye innleggelser og forebygge skadelig bruk gjennom å gi informasjon, råd og veiledning til ungdom som innlegges med rusmiddelforgiftning, samt tilbud om videre oppfølging. En klar majoritet av pasientene er lagt inn med alkoholforgiftning.³⁴

5.3.6 Helsestasjon og skolehelsetjeneste

Kommunen plikter etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 å tilby helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste. Helsestasjon og skolehelsetjenesten er ikke tjenester til personer med rusproblemer som sådan, men er en del av det alminnelige forebyggende og helsefremmende arbeidet. Skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom kan også være en del av oppfølgingstilbudet til ungdom med risikoadferd knyttet til rusmidler. Utvalget er kjent med at disse flere steder inngår i oppfølging av både frivillige ruskontrakter/ungdomskontrakter og tilsvarende kontrakter som inngås som vilkår ved påtaleunntatelse. Se nærmere omtale av slike kontrakter i utredningens kapittel 10, 11 og 15.

Helsestasjonen er en viktig instans for å snakke med gravide kvinner om deres bruk av rusmidler, også narkotika. I konsultasjonene som anbefales fra Helsedirektoratet, er rusmiddelbruk nevnt som tema for oppfølging. Utvalget viser her til Helsedirektoratets retningslinjer for skolehelsetjenesten og helsestasjon.³⁵

Tjenestene regnes som en del av det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet, og 45 prosent

³³ Se Helsedirektoratet (2019c) s. 1.

³⁴ Se nærmere om *Ungdom og rus* på Oslo kommunes nettsider, Oslo kommune (udatert b).

³⁵ Se Helsedirektoratet (2017b).

av årsverkene rettet mot barn og unge er forankret i helsestasjon og skolehelsetjenesten.³⁶

5.3.7 Fængselhelsetjenesten

Kommuner med fængsler har ansvaret for å yte helse- og omsorgstjenester til innsatte, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9. Innsatte har krav på helse- og omsorgstjenester av samme kvalitet som tjenestene til den øvrige befolkningen, tilpasset den enkeltes individuelle behov.³⁷

En relativt høy andel innsatte i norske fængsler har problemer knyttet til rusmidler, enten ved at de bruker narkotika under soningen, ved at de soner dommer for narkotikaforbrytelser, eller en kombinasjon. Se også utredningens kapitler 4 og 10.

Som følge av *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*³⁸ ble fængselhelsetjenesten tilført ressurser i 2017 og 2018. Det finnes imidlertid ikke tall for hvor mange innsatte som mottar helse- og omsorgstjenester fra fængselskommunen på grunn av rusproblematikk. Utvalget legger til grunn at utfordringene knyttet til rusproblematikk og soning i fængsel langt fra er løst, og viser i den forbindelse til arbeidet med den nasjonale strategien for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff.³⁹

5.3.8 Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) – rus

Kommunenes plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd. Kommunen skal tilby slik hjelp når det antas at hjelpen er «påtrengende nødvendig».

Fra januar 2017 ble plikten utvidet til også å gjelde pasienter med psykiske lidelser eller rusproblemer. Hensikten var å styrke det samlede tjenestetilbudet til brukerne i målgruppen. Pasienter som nevnes som aktuelle for slik innleggelse, er pasienter «som har behov for en innleggelse i et trygt miljø, for eksempel i påvente av oppstart av døgntilbud i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelse (TSB)»⁴⁰, men kan også være pasienter «som gjennomgår kortvarig og ukompli-

sert avrusning, og som har behov for tilgang til medisinsk faglig kompetanse».⁴¹

I 2018 rapporterte 212 kommuner innleggelser i ØHD i kategorien «psykisk helse og rus», med totalt 3111 opphold. Det reelle antallet personer med rusproblemer eller psykiske helseproblemer kan imidlertid være høyere enn oppgitt, ettersom en somatisk tilstand kan ha foranlediget innleggelsen og dermed blitt registrert som årsak.⁴²

5.3.9 Pleie og omsorg (hjemmetjenester, sykehjem mv.)

Ifølge Helsedirektoratet utgjør psykisk helsehjelp en stor del av kommunens helsetilbud til pasienter som ikke har behov for innleggelse, såkalte *hjemmeboende pasienter*. Ofte omtales ikke rusproblematikk spesifikt, men som et vedheng til omtalen av psykisk helse. Eksempler på tjenester som ytes, kan være ambulante psykiske helse-tjenester, psykiatrisk hjemmesykepleie og generell oppfølging av personer med psykisk helse- og rusproblematikk.⁴³ I tillegg kan hjemmetjenesten ha ansvar for utlevering av medikamenter til personer i substitusjonsbehandling og for oppfølging av andre somatiske sykdommer, herunder følgeskader av rusmiddelbruk.

Personer med rusproblemer kan ofte ha psykiske plager eller lidelser i tillegg til rusproblemene. Mennesker med psykiske lidelser dør tidligere enn resten av befolkningen, og rusmiddelbruk øker også risikoen for tidlig død.⁴⁴ Befolkningens gjennomsnittlige levealder som sådan har økt og selv om gruppen med rusproblematikk har høyere risiko for tidlig død, lever også denne gruppen lenger enn tidligere, ikke minst på grunn

⁴¹ Helsedirektoratet (2019a) s. 24. For organisering av ØHD for pasienter med psykisk helse- og/eller rusproblematikk, se blant annet Ose mfl. (2018).

⁴² Helsedirektoratet (2019a.) s. 25.

⁴³ Helsedirektoratet (2019d) s. 8.

⁴⁴ Wahlbeck mfl. (2011). Studien viser forhøyet dødelighetsrisiko for personer med psykiske lidelser. Rapporten tar for seg forventet levealder for personer som fikk døgntilbud for psykiske lidelser i sykehus i Danmark, Finland og Sverige i perioden 1987–2006 og konkluderte med at pasienter med psykiske lidelser hadde to til tre ganger høyere dødelighet enn den øvrige befolkningen i alle tre landene. En av grunnene til at personer i disse gruppene dør tidligere, er oppgitt å være manglende oppfølging fra helsepersonell, som igjen knyttes til holdninger til personer med psykiske lidelser. I norsk sammenheng, og mer direkte relatert til rusmiddelbruk, kan det vises til undersøkelsen Skardhamar og Skirbekk (2013). Undersøkelsen viste at straffedømte generelt lever kortere enn ikke-straffedømte. Menn som er fængslet for narkotikalovbrudd og -bruk hadde en påtagelig høyere relativ dødelighetsrisiko – 11,9 prosent høyere enn ikke-straffedømte. For kvinner er dette forholdstallet enda høyere, 15,6 prosent.

³⁶ Ose mfl. (2018).

³⁷ Helsedirektoratet (2013).

³⁸ Prop. 15 S (2015–2016).

³⁹ Departementene (2017). Se blant annet tiltak 6: «Vurdere det samlede straffereaksjons- og behandlingstilbudet under straffegjennomføring for personer med rusproblemer eller avhengighet, og om innretningen av dette bør endres.»

⁴⁰ Helsedirektoratet (2019a) s. 24.

tilbudet om substitusjonsbehandling.⁴⁵ De får dermed de samme aldersrelaterede helseproblemene som alle andre grupper i befolkningen. Omfattende rusmiddelbruk kan også medføre at slike helseproblemer oppstår tidligere enn de ellers ville ha gjort, slik at denne gruppen vil kunne ha behov for tidligere og mer omfattende tjenester fra pleie- og omsorgstjenesten.

Behovene kan omfatte sykehjemtilbud, som har høyere grad av omsorgsnivå enn de institusjonene og botiltakene som er omtalt i neste punkt. Utvalget er kjent med at det både i Oslo⁴⁶ og Stavanger⁴⁷ er etablert egne sykehjemsavdelinger for personer med rusproblematikk, hvor det ikke kreves avhold fra rusmidler for å få plass.

5.3.10 Kommunal institusjon og kommunale botiltak

5.3.10.1 Kommunal helse- og omsorgsinstitusjon

Det fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6 bokstav c at kommunen er pliktig til å tilby plass i institusjon for å tilby «nødvendige helse- og omsorgstjenester,» jf. § 3-1 første ledd. For personer med rusproblematikk kan plikten ivaretas gjennom tilbud om plass i «institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige», etter forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 bokstav b.

Det finnes ingen objektive kriterier for når plass i institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige anses som *nødvendig* helsehjelp. I en eventuell klagesak vil en klageinstans vurdere hvorvidt et kommunalt tjenestetilbud, som alternativ til institusjonsplass, kan anses å oppfylle kravene til forsvarlighet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Det har ikke lyktes utvalget å finne en samlet oversikt over antall døgnplasser i *institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige*. Det er imidlertid grunn til å tro at det bare er de største kommunene som har institusjoner for personer med rusproblemer i egen regi. Noen kommuner eier selv slike døgnplasser, som tildeles etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, mens andre kommuner anskaffer slike plasser for

enkeltbrukere ved å kjøpe tjenesten av private ideelle eller kommersielle tjenesteleverandører.

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet finnes det ingen helhetlig oversikt over kommunenes kjøp av slike tilbud fra ideelle eller kommersielle tilbydere.

Helse- og omsorgsdepartementet har en tilskuddsordning dedikert til institusjonsdrift i ideell regi.⁴⁸ Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet tilbys om lag 350 plasser gjennom virksomheter som mottar tilskudd, med en kapasitetsutnyttelse på om lag 70 prosent.⁴⁹ Kommunene benytter slike tilbud til sine brukere i varierende grad. Det stilles kommunal dekningsgaranti for 20 prosent forbrukte liggedøgn ved institusjoner som mottar tilskudd.⁵⁰ Det finnes heller ikke ideelle/private tjenestetilbud tilgjengelig for formålet i alle kommuner eller regioner.

Generelt synes det å ha funnet sted en bevegelse bort fra bruk av institusjonsplasser også i russammenheng, i retning av etablering i egen bolig, eventuelt med oppfølgingstjenester. Dette har vært både et verdimeslig, faglig og økonomisk begrunnet valg. Å bo mest mulig selvstendig og integrert i samfunnet er ansett som en verdi i seg selv.⁵¹ Institusjonsopphold antas ikke alltid å ha overføringsverdi til mestring av tilværelse i egen bolig. Derfor fremstår det mer hensiktsmessig både faglig og økonomisk at kommunens ressurser benyttes til å bistå personer med rusrelaterede problemer i egen bolig, i stedet for at det betales for dyre institusjonsopphold. Se også omtale av kommunenes bolig sosiale arbeid i punkt 5.3.11. De samme faglige problemstillingene har gjort seg gjeldende ved bruk av langvarige institusjonsopphold i TSB. Imidlertid angår ikke dette spørsmålet om økonomisk prioritering

⁴⁵ Waal mfl. viser til en aldrende populasjon i LAR, på tross av at nedre aldersgrense er tatt vekk. Gjennomsnittsalderen er 45,6 år. LAR-populasjonen i Norge er ifølge rapporten en av de eldste i Europa (2019).

⁴⁶ Stovnerskogen sykehjem, Oslo kommune. Se om rusavhengighet på sykehjem i Wallander (2017).

⁴⁷ Stokka sykehjem, Stavanger kommune. Se omtale Stavanger kommune (udatert).

⁴⁸ Prop. 1 S (2018–2019) s. 220: «Målet med ordningen er å støtte opp om frivillige eller ideelle organisasjoner som driver institusjonsbaserte dag- og døgniltak med oppfølging og rehabilitering av personer med rusproblemer og/eller prostitusjonserfaring. Tiltakene det gis tilskudd til skal være et supplement til det offentlige tiltaksapparatet, og bidra til styrking og samordning av samfunnets samlede innsats overfor målgruppene.»

⁴⁹ Prop. 1 S (2018–2019) s. 221.

⁵⁰ Prop. 1 S (2018–2019) s. 221.

⁵¹ Dette har vært en utvikling siden HVPU-reformen fra 1991. Se for eksempel omtale av «normaliseringsprinsippet» i St.meld. nr. 47 (1989–90) s. 4. St.prp. nr. 63 (1997–98) fulgte opp med følgende formulering: «For denne gruppen er det særlig viktig å ha en bolig som gir menneskelig verdighet, å bli trukket med i et fellesskap og unngå sosial isolasjon, og å ha tilgang på meningsfylt aktivitet og om mulig sysselsetting», se punkt. 4.2.1 «Forebygging og tidlig hjelp». Utvalget viser også til innledningen i Hansen og Grødem (2012) s. 7–11. Se også debattinnlegg i *Dagsavisens* nettutgave, Bergo (2019).

fra kommunens side, siden behandling i spesialisthelsetjenesten ikke medfører kostnader for kommunen. Men det er kjent at kommunen og spesialisthelsetjenesten ikke alltid er omforent om hva som er grunnlaget for pasientens behov, hva enten det er for døgnplassering, omsorg eller behandling. Dette kan ha sammenheng med ulike perspektiver på forsvarlig ressursbruk både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten.

5.3.10.2 Kommunale botiltak

I kommunene finnes det ulike former for botiltak for personer med rusproblematikk, eventuelt i kombinasjon med psykiske lidelser. Dette kan være i form av samlokaliserte boliger, bofelleskap med videre. Avhengig av hva som er inngangen til tilbudet, om vedkommende er tildelt plass etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 eller har inngått en husleieavtale med kommunen, vil oppholdet kunne reguleres henholdsvis av forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon⁵² eller husleieloven⁵³. Dette gjelder uavhengig av bemanning eller av om det ytes helse- og omsorgstjenester i direkte tilknytning til tilbudet.

Ved tiltak som reguleres av husleieloven, er det begrenset hva slags husregler og kontrolltiltak kommunen kan iverksette overfor beboerne⁵⁴. Ofte er det likevel en forutsetning for å få leiekontrakt ved kommunale botiltak at leietager tar imot tjenestetilbud. Etersom enkelte av tilbudene derfor synes å befinne seg i grenseland mellom institusjon og bolig, kan den rettslige reguleringen i praksis fremstå som uklar. Uklarheten aktualiseres eksempelvis ved kontrolltiltak knyttet til rusmiddelbruk og krav om etterlevelse av ordensregler som går utover alminnelige regler for borettslag. Spørsmålet om hvilken lov som regulerer tilfellet, har også betydning for klageadgang ved utskrivelse (fra institusjon) eller fra-vikelse av bolig.

Enkelte botiltak driftes av ideelle organisasjoner på oppdrag fra kommunene eller ved at kommunen kjøper tilbudet. Det finnes ingen samlet oversikt over antall plasser i slike botiltak, men i 2018 var 40 prosent av årsverkene i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid bundet opp i boliger

med bemanning.⁵⁵ Det er imidlertid ikke klart hvordan disse årsverkene er fordelt mellom psykisk helsefeltet og rusfeltet.

5.3.11 Boligsosialt arbeid

Arbeidet med boliger til vanskeligstilte kalles ofte «boligsosialt arbeid» og omfatter et bredt spekter av innsatser for vanskeligstilte på boligmarkedet, herunder personer med rusproblematikk. Både helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten er viktige aktører i arbeidet innen økonomi og oppfølging av bosatte med rusproblemer. Akkurat hvor det boligsosiale arbeidet er forankret, kan variere fra kommune til kommune.

Boligsosialt arbeid kan være regulert av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 5 om sosial og psykososial rehabilitering eller nr. 6 bokstav b om praktisk bistand og opplæring, mv. Arbeidet kan også ligge til sosialfaglig personell i NAV eller (ideelt sett) i et samarbeid på tvers av sektorene. Utvalget viser til den nasjonale strategien for boligsosialt arbeid for en nærmere beskrivelse av dette tverrgående arbeidet.⁵⁶

I flere kommuner er det boligsosiale arbeidet forankret i et såkalt boligkontor. Et eksempel på en slik praksis er den som er beskrevet i Sarpsborg kommune:

«Boligkontoret kan gi informasjon, råd og veiledning om å skaffe eller beholde egen bolig. Boligkontoret har ansvar for saksbehandling av boligsosiale saker.»⁵⁷

Kommunene er etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7 pålagt å medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte, det vil si personer som «ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet». Også sosialtjenesteloven § 15 pålegger kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen å medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte.⁵⁸ Personer med utfordringer knyttet til rus eller psykisk helse kan falle innunder betegnelsen *vanskeligstilte* på boligmarkedet. Ingen av disse bestemmelsene gir en person et rettskrav på varig bolig, for eksempel rett til kommunal bolig, men bare krav

⁵² Forskrift 26. august 2016 nr. 1003 om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer.

⁵³ Lov 26. mars 1999 nr. 17 om husleieavtaler (husleieloven).

⁵⁴ Se mer om dette i rapport fra NAPHA (2017a).

⁵⁵ Ose mfl. (2018).

⁵⁶ Departementene (2014).

⁵⁷ Sarpsborg kommune (2018).

⁵⁸ Medvirkningsansvaret etter lov 18. desember 2009 nr. 30 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 15 er nærmere forklart i rundskriv fra AVdir (35-2012) punkt 3.15.1. Det finnes ingen tilsvarende forklaring av medvirkningsansvaret etter lov 24. juni om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3-7.

på bistand fra kommunen til å fremskaffe bolig. Et unntak fra dette fremgår imidlertid av sosialtjenesteloven § 27, som *forplikter* kommunen til å finne *midlertidig* botilbud for dem som ikke klarer det selv.

5.4 Ikke-lovpålagte tjenestetilbud

5.4.1 Innledning

I tillegg til de tjenester kommunen er pålagt å yte gjennom regelverket, finnes det ulike tjenestetilbud som kommunene kan opprette på frivillig basis. Ofte handler det likevel om alternative former for organisering og tilgjengeliggjøring av tjenestetilbud som til dels også ytes i de ordinære tjenestene. Dette kan være prosjekter og utviklingstiltak initiert av helsemyndighetene, og som er delvis finansiert gjennom statlige tilskuddsmidler. Det kan også være mer permanente tjenestetilbud som supplerer de lovpålagte tjenestene.

5.4.2 Rask psykisk helsehjelp

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er et lavterskel korttids behandlingstilbud rettet mot personer over 16 år med milde til moderate angst- og depresjonslidelser og søvnvansker. Ordningen ble startet av Helsedirektoratet i 2012⁵⁹ og nevnes her fordi den i 2017 ble utvidet til å omfatte personer med begynnende rusproblemer.⁶⁰ Ordningen er en pågående satsing og fremmes gjennom en statlig tilskuddordning. Per i dag er det gitt tilskudd til 62 kommuner/bydeler fordelt på 54 RPH-tiltak.⁶¹

5.4.3 Oppsøkende tjenester – utekontakt

Kommunen kan ha ulike former for oppsøkende tjenester, herunder utekontaktordning. Enkelte steder yter slike team også tjenester til voksne, men etter utvalgets forståelse opererer de fleste i hovedsak med målgruppen 13–23 år. Kommunene som har slike tjenester, organiserer dette på ulikt vis og med ulik kompetanse.

⁵⁹ De tolv første RPH-tiltakene ble evaluert av Folkehelseinstituttet, se Smith, Alves og Knapstad (2016). Rapporten viste lovende resultater med tanke på symptomlindring og arbeidsdeltakelse etter behandling. Se også artikkelen «Rask psykisk helsehjelp», NAPHA (2019a).

⁶⁰ Helsedirektoratet i en e-post til Rusreformutvalget 15. august 2019.

⁶¹ Se kunngjøring av tilskuddordning på Helsedirektoratets nettsider, Helsedirektoratet (udatert c).

Utekontaktene oppsøker miljøer der unge i risikogrupper oppholder seg, og slik oppsøkende virksomhet kan være av stor betydning. Eksempelvis er oppsøkende team i posisjon til å identifisere unge som er i risiko for å utvikle rusproblemer, og til å hjelpe unge med å knytte kontakt med hjelpeapparatet. Utekontakter kan tjene som viktige brobyggere mellom hjelpetjenestene og unge med mistillit til «systemet». Oppsøkende tjenester kan også bidra til å samle og formidle kunnskap om risikomiljøer, hvilket igjen kan gi grunnlag for å forebygge og intervensere på bedre måter.

Det er omlag 90 kommuner som har etablert en oppsøkende tjeneste, se også omtale av oppsøkende sosialt arbeid i utredningens kapittel 11. Det finnes ingen overordnede faglige retningslinjer eller lignende for oppsøkende arbeid. Utvalget finner heller ikke at det foreligger oppsummert kunnskap av nyere dato fra oppsøkende virksomhet nasjonalt.⁶²

5.4.4 Aktivt oppsøkende behandlingsteam

Enkelte personer med alvorlige og komplekse problemer fanges ikke opp av det ordinære tjenesteapparatet. Det er godt dokumentert at bruk av *aktivt oppsøkende behandlingsteam* med tverrfaglig sammensetning er effektivt i slike tilfeller.

Eksempler på slike aktivt oppsøkende behandlingsteam er såkalte *Assertive Community Treatment Team* og *Flexible Assertive Community Treatment Team* (ACT- og FACT-team).⁶³ Disse teamene yter samtidige tjenester både fra kommunene og spesialisthelsetjenesten og er forankret i samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.⁶⁴ Modellene er utarbeidet innen feltet for psykisk helse, for å ivareta psykosepasienter. En stor andel pasienter som mottar bistand fra slike team, har imidlertid også rusproblematikk. Modellene har vist seg å ha effekt også på psykoselidelser i kombinasjon med rusproblematikk. Enkelte steder er det også etablert såkalte ROP-team⁶⁵, som

⁶² Uteseksjonen i Oslo ved leder Børge Erdal mfl. i møte med utvalget sekretariat 31. januar 2019.

⁶³ Se nærmere om ACT og FACT på Helsedirektoratets nettsider, Helsedirektoratet (2015a) og evalueringen av ACT-team, sluttrapport fra Landheim mfl. (2014).

⁶⁴ Slike ambulante team vil gå ut over minimumskravet i samarbeidsavtalene som følger av lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. kapittel 6. Se omtale av dette i krav til samarbeidsavtaler på Helsedirektoratets nettsider, Helsedirektoratet (2014f) og i veileder fra Helse- og omsorgsdepartementet (udatert).

⁶⁵ ROP – rus- og samtidige psykiske lidelser.

retter seg konkret mot brukere med rusproblemer og samtidige psykiske lidelser.

I 2018 var det åtte ACT-team og 17 FACT-team. Helsedirektoratet anslår på bakgrunn av en rapport fra 2017, at det er et potensial for å etablere flere ACT- og FACT-team i Norge.⁶⁶ Helsedirektoratet opplyser at det også gis tilskudd til såkalte tverrfaglige samhandlings- eller behandlingsteam direkte rettet mot rusfeltet.⁶⁷ Det eksisterer imidlertid ingen oversikt over hvor mange kommuner som benytter denne tilnærmingen i sitt rusarbeid, i eller utenfor samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

5.4.5 Skadereuserende tiltak – lavterskel helsetilbud og brukerrrom

5.4.5.1 Lavterskel helsetilbud

Ved lavterskel helsetjenester for personer med rusproblematikk trenger brukerne verken å bestille time eller betale for tilbudet. Kommunene plikter å tilby nødvendige (og forsvarlige) helse- og omsorgstjenester, men står fritt til å velge hvordan tilbudene skal organiseres. Det er således ikke alle kommuner som har slike lavterskeltilbud til narkotikabrukere. Noen steder i landet tilbys lavterskel-tjenester i et samarbeid mellom kommuner og ideelle virksomheter. Ideelle virksomheter regnes som sentrale aktører innen gatenære tilbud.

Det finnes ingen nasjonal oversikt over lavterskel helsetilbud eller over hvor mange som benytter slike tiltak. I Brukerplan-rapporten for 2018 oppgis det at 12 prosent av kartlagte brukere, om lag 2800 personer, benyttet seg av lavterskeltilbud i kommunene.⁶⁸ I forbindelse med den nasjonale overdosestrategien drifter KoRus-Øst et fagnettverk av lavterskelhelsetiltak som i løpet av 2019 skal omfatte 35 kommuner.⁶⁹

Tiltakene yter helsehjelp, for eksempel i form av sårstell og oppfølging av skader som følge av injiseringspraksis, tilbyr vaksinasjon, og kan bidra til videreformidling i tjenesteapparatet. Personellet kan også ha støttesamtaler med pasientene. Tiltakene kan inngå som en del av oppfølging av enkeltpasienter, for eksempel oppfølging av medisineringsmed videre. Lavterskeltiltakene kan være stasjonære, slik som feltpleien ved Prindsen mot-

takssenter i Oslo,⁷⁰ eller ambulante, slik som helse- og overdoseteamet i Trondheim.⁷¹

Kommunene plikter å ha ordninger som gjør brukerutstyr for injeksjon gratis og enkelt tilgjengelig for alle injiserende rusmiddelbrukere som oppholder seg i kommunen, jf. smittevernloven § 7.⁷² Utlevering av brukerutstyr er viktig i skadereduksjonsarbeidet for å forebygge smitte av blodbårne sykdommer som hiv og hepatitt C som følge av praksisen med å dele brukerutstyr. I tillegg forebygger det infeksjoner som oppstår ved bruk av forurenset utstyr. Av de 298 kommunene som i 2017 svarte på en undersøkelse om utdeling av utstyr for skadereduksjon ved rusmiddelbruk, var det 93 kommuner som delte ut slikt utstyr.⁷³

Brukerutstyr deles ofte ut ved lavterskel helse-tjenestetilbud i de store kommunene. I de mindre kommunene er det mer vanlig at hjemmesykepleie, legekantor og legevakt deler ut slikt utstyr.

Gjennom innsats knyttet til overdoseforbygging, smittevern og annen helsehjelp er personell i lavterskel tjenestetilbud viktige kontaktpunkter for brukere av narkotika og kan fungere som bindeledd mellom brukere og det øvrige tjenesteapparatet. Brukere av lavterskelhelsetilbud tilhører ofte gruppen personer med de mest alvorlige ruslidelsene og med generelt dårlig allmennhelsetilstand. Flere har alvorlige psykiske og somatiske lidelser. Lavterskel helsetilbud behandler i en viss utstrekning helsetilstander som optimalt sett burde vært behandlet på somatiske sykehusavdelinger, og møter også pasienter med alvorlige psykiske lidelser.⁷⁴

5.4.5.2 Brukerrom

Brukerrom er regulert av brukerromsloven og brukerromsforskriften.⁷⁵ Det foreligger ingen plikt for kommunene å tilby brukerrrom, men der slike rom er etablert, anses det å være en kommunal helse- og omsorgstjeneste, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-6. Kommunene står fritt

⁶⁶ Landheim mfl. (2017).

⁶⁷ Bydel Sagene opprettet i 2018 RusFACT Sagene, et eget FACT-team rettet mot personer med rusrelaterede problemer.

⁶⁸ Hustvedt mfl. (2019).

⁶⁹ Ifølge opplysninger utvalget har mottatt fra Helsedirektoratet.

⁷⁰ Oslo kommune (udatert a).

⁷¹ Trondheim kommune (2019).

⁷² Helsedirektoratets brev til landets fylkesmenn, se Helsedirektoratet (2018b).

⁷³ Hustvedt og Nesvåg (2018).

⁷⁴ Utvalget finner ikke en samlet oversikt over helsetilstanden blant brukere av lavterskel helsetiltak. I møter med ulike lavterskeltilbud, blant annet med Strax-huset i Bergen og Prindsen mottakssenter i Oslo, er imidlertid utvalget blitt informert om at brukergruppen har til dels alvorlige og ubehandlede somatiske og psykiske lidelser.

⁷⁵ Lov 2. juni 2004 nr. 64 om ordning med brukerrrom for inntak av narkotika og forskrift 17. desember 2004 nr. 1661 om ordning med brukerrrom for inntak av narkotika.

til å opprette brukerromsordning (under forutsetning om godkjenning, jf. brukerromsloven § 3), men ordningen kan ikke driftes av andre enn kommunen selv.

I Norge finnes det bare brukerrom (tidligere sprøyterom) i Oslo og Bergen. Per første halvår 2019 har brukerrommet i Bergen 655 registrerte brukere. Fra begynnelsen av januar til utgangen av juli 2019 ble det foretatt om lag 4700 injeksjoner i dette rommet. Brukerrommet i Oslo har over 3000 registrerte brukere, inkludert personer som av ulike grunner ikke lenger benytter seg av tilbudet. Ved annet tertial 2019, rapporterte brukerrommet i Oslo 21 576 besøk fordelt på 803 unike brukere.

Formålet med brukerromsordningen er blant annet å bidra til økt verdighet, opplæring i mindre skadelige måter å innta rusmidler på, redusert smittefare og økt kontakt mellom brukeren av ordningen og helsetjenestene, jf. brukerromsloven § 1.

Personellet i brukerrommene har langt på vei samme rolle som ved øvrige lavterskel helsetilbud. En viktig forskjell fra andre tilbud er imidlertid at man i brukerrom gis adgang til straffritt å besitte og bruke (injisere eller inhalere) én brukerdose narkotika. For brukerrom stilles det dessuten særskilte krav til personalets kompetanse og til tjenestene som inngår i ordningen.

5.4.6 Aktivitets- og arbeidsrettede tilbud utenfor arbeids- og velferdsforvaltningen

Både frivillige og ideelle organisasjoner, så vel som brukerorganisasjoner, er sentrale tilbydere av aktivitetstilbud til personer med rusproblemer.

Også kommunene har aktivitets- og arbeidsrettede tiltak. Av årsverkene i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid går 13 prosent til ulike arbeids- og aktivitetstilbud.⁷⁶ Tilbud kan være av sosial karakter, i tillegg til turer, friluftsliv, idrettsaktiviteter med videre.⁷⁷ Arbeidsrettede tilbud er ofte knyttet til renovasjon og enklere vedlikeholdsoppgaver eller arbeid ved serveringssteder.⁷⁸ Tiltakene omtales ofte som viktige for rehabilitering, ved at de bygger sosiale ferdigheter hos brukere samt bidrar til en meningsfylt hverdag.

⁷⁶ Ose mfl. (2018).

⁷⁷ Se for eksempel tilbud som Frelsesarmeens gatefotball og «Lyset i hverdagen» i Bærum kommune.

⁷⁸ For eksempel tilbud som «I jobb» (tidligere «Lønn som for tjent») i regi av Kirkens Bymisjon, «Nyttig arbeid» i regi av Velferdsetaten i Oslo kommune, samt salg av gatemagasiner som =Oslo.

5.5 Spesialisthelsetjenesten

5.5.1 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

5.5.1.1 Innledning

De regionale helseforetakene (RHF-ene) skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b.

Rusbehandling i spesialisthelsetjenesten omfatter øyeblikkelig hjelp (rusakuttmottak),⁷⁹ avrusingstilbud, poliklinisk behandling, døgnbehandling – herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelavhengige med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4 og substitusjonsbehandling.

5.5.1.2 Nøkkeltall i TSB

I 2018 mottok 32 343 personer over 18 år TSB.⁸⁰ Det totale antallet pasienter er noe redusert sammenlignet med 2017. Om lag to tredjedeler av pasientene var menn. Det var på samme tid en nedgang i både oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner.

Den største andelen pasienter (8057 pasienter) var mellom 30 og 39 år. I 2018 var om lag 160 pasienter i aldersgruppen 13–17 år. Omfanget av pasienter i denne aldersgruppen har vært på samme nivå de siste fem årene. Det har imidlertid vært en økning i andel pasienter under 18 år sammenlignet med 2017. I 2018 var 209 pasienter under 19 år i rusbehandling. Fra Helsedirektoratet opplyses det at også psykisk helsevern for barn og unge arbeider med rusmiddelbruk, uten at dette kommer tydelig frem gjennom aktivitetsrapporteringen, da det sjelden settes en rusrelatert hoveddiagnose. Barn og unge med rusproblematikk kan også være plassert i statlige barneverninstitusjoner, jf. barnevernloven § 4-24 (se omtale i punkt 5.7 om barneverntjenesten).

Ved utgangen av 2018 mottok 7762 personer LAR.⁸¹ Gjennomsnittsalderen var 46,6 år, og gruppen som mottar LAR, er aldrende, på tross av at nedre aldersgrense for inkludering i LAR er fjernet. Andelen kvinner er 30 prosent.

⁷⁹ Om akuttilbudet i TSB, se Næss, Erlandsen og Sjøfjell (2019).

⁸⁰ Helsedirektoratet (2018a).

⁸¹ Waal mfl. (2019).

Aktivitetsdata fra TSB viser fordelingen av antall pasienter i poliklinikk, døgntilrettelagt, akuttplasser med videre. Kapasitet for døgntilrettelagt i TSB er noe redusert fra 2017. Ved utgangen av 2018 var døgntilrettelagtkapasiteten på 1889 plasser. Av disse er 1115 plasser i privat regi. Den såkalte dekningsraten i 2018 for døgntilrettelagt i TSB var 45 plasser per 100 000 innbyggere over 18 år og har vist en svak nedgang de siste årene.⁸²

Det publiseres ingen samlet oversikt over kompetanse i TSB. Den siste samlede oversikten utvalget har funnet frem til, er fra 2014.⁸³ Gjennom Statistisk sentralbyrås (SSB) publiseringer finner utvalget at det i 2018 var 4516 årsverk i TSB.⁸⁴ Andelen ansatte med helsefaglig bakgrunn, som leger, sykepleiere, vernepleiere og psykologer med videre, er om lag 55,7 prosent. Andelen sosialfaglig personell (sosionomer og barnevernspedagoger) utgjør om lag 16,5 prosent, mens andelen uten helse- og sosialfaglig utdanning er på 19,3 prosent. Personell med utdanning fra videregående skole, eller med annen universitets- eller høgskoleutdanning utgjør 8,5 prosent.

5.5.1.3 Henvisning

Henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten er blant annet knyttet til reglene om finansiering av helsetjenester, herunder særlig reglene om refusjon og takster etter reglene i folketrygdloven⁸⁵ og poliklinikkforskriften.⁸⁶ Henvisning fra lege er ofte en forutsetning for godtgjørelse, og det er vanligvis leger som henviser pasienter til spesialisthelsetjenesten. Annet helsepersonell vil likevel kunne henvise,⁸⁷ også der en henvisning ikke utløser refusjon. Dette innebærer at spesialisthelsetjenesten også må rettighetsvurdere slike henvisninger.⁸⁸

⁸² Helsedirektoratet (udatert a).

⁸³ Helsedirektoratet (2014b). Den gangen var 4050 personer ansatt i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB). Av disse hadde 70 prosent helse- og sosialfaglig bakgrunn. Andelen ansatte med helsefaglig bakgrunn, som leger, sykepleiere, vernepleiere og psykologer, var 45 prosent. Andelen ansatte uten relevant rusfaglig bakgrunn var forholdsvis høy i TSB (30 prosent) sammenlignet med psykisk helsevern og det kommunale rus- og psykisk helsearbeidet.

⁸⁴ SSB (2019b).

⁸⁵ Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd.

⁸⁶ Forskrift 19. desember 2007 nr. 1761 om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

⁸⁷ Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. § 4 annet ledd.

⁸⁸ Se henvisningsveileder, Helsedirektoratet (2015b).

Henvisninger til TSB står i en særstilling, da andre instanser enn lege og helsepersonell har henvisningsrett til TSB.⁸⁹ Følgende instanser har per i dag henvisningsrett til TSB:

- sosialtjenesten i kommunene (fikk slik rett i forbindelse med rusreformen 2004)
- fastlege / allmennpraktiserende lege
- privatpraktiserende legespesialister
- leger i andre deler av spesialisthelsetjenesten
- leger i fengselshelsetjenesten
- psykologer, herunder privatpraktiserende og i kommunen (fikk slik rett i 2015)
- barneverntjenesten

5.5.1.4 Rettighetsvurdering

Vurderingen av henvisninger til TSB er en spesialistvurdering på lik linje med vurdering av andre henvisninger til spesialisthelsetjenesten. TSB er likevel i særstilling sammenlignet med andre disipliner i spesialisthelsetjenesten med sitt krav om tverrfaglighet. For å sikre at sosial-, psykolog- og medisinskfaglig kompetanse er ivaretatt, er det krav om en tverrfaglig sammensetning av vurderingsenheter. Vurderingsenheter har ansvar for å vurdere pasienter med hensyn til all behandling som tilbys innenfor TSB, fra avrusing til døgntilrettelagt med videre. Bruker- og pasientrettighetsloven § 2-2 setter en frist på ti virkedager for å informere pasienten om hvorvidt vedkommende har rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dersom slik rett er gitt, skal det samtidig informeres om når utredning eller behandling skal igangsettes. Rettighetsvurderingen gjøres blant annet ved bruk av kost/nytte-prinsippet, slik at det skal være et rimelig forhold mellom forventet nytte og kostnaden ved behandling, jf. prioriteringsforskriften § 2. Frist for oppstart av utredning eller behandling settes ut fra alvorlighetskriterier. Såkalte prioriteringsveiledere⁹⁰ gir føringer for hvordan pasientens tilstand skal vurderes. Det skal videre fastsettes på hvilket nivå behandling skal gis, det være seg poliklinikk eller døgntilrettelagt, herunder korttids- eller langtidsopphold.

5.5.1.5 Innholdet i behandlingen

Som ved kommunale helse- og omsorgstjenester kan behandling innenfor TSB variere. Det politiske ønsket om mangfold gjør seg også gjeldende innenfor TSB. Rusbehandling har tradisjonelt hatt

⁸⁹ Se for eksempel skriv fra St. Olavs hospital HF (2019).

⁹⁰ Helsedirektoratet (2015d).

et sosialfaglig perspektiv, se omtale i utredningens kapittel 3. Selv om andelen helsefaglig personell har økt, er en del av metodikken som anvendes innenfor TSB, forankret i sosialfaglige tradisjoner. Ettersom kommunene selv også besitter en relativt omfattende tverrfaglig kompetanse, er det ikke alltid åpenbart hva som skiller behandlingen i TSB fra kommunal behandling og oppfølging.

Nasjonale retningslinjer legger også føringer for tilbyderne av spesialisthelsetjenester innen TSB. Tilgjengelig fagkompetanse og bestemte behandlingsmetoder og -ideologier, kan imidlertid være utslagsgivende for innholdet i behandling i en gitt poliklinikk eller ved en bestemt døgnbehandlingstjeneste.

Faglige retningslinjer er relativt svake innenfor rusfeltet. Dette skyldes blant annet at det i mindre grad finnes forskning på rusfeltet enn i andre disipliner i spesialisthelsetjenesten. Utvalget anser at det er et potensial for å innrette behandling av ruslidelser etter forskningsfunn i større grad enn det gjøres i dag, under forutsetning av at det forskes mer konkret på metodikk og effekt innen rusbehandling.

Pakkeforløpene på rusfeltet samt det nye kvalitetsregisteret for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler (KVARUS)⁹¹ har som ambisjon å bidra til å redusere uønsket variasjon i rusbehandling samt å bidra til ny kunnskap om effekten av ulike faglige tilnærminger.

5.5.1.6 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling i fengsel

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a pålegger de regionale helseforetakene ansvaret for å sørge for at personer som oppholder seg i helseregionen, får tilbud om nødvendige spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon. Dette ansvaret omfatter også innsatte i fengsler i regionen, der helseforetakene skal tilby TSB, herunder poliklinikk- og substitusjonsbehandling. Nasjonale faglige retningslinjer, prioriteringsveiledere med videre regulerer også spesialisthelsetjenestens rusarbeid i fengsel.

Kriminalomsorgen har 13 såkalte rusmestringsenheter i norske fengsler.⁹² Enhetene skal tilby rehabilitering og behandling og er organisert som et samarbeid mellom kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten. I tillegg finnes det to

såkalte Stifinner-prosjekter ved Oslo og Bredtveit fengsel (fra 2018 kalt Tyrili Stifinnersteam)⁹³ hvor kriminalomsorgen, i samarbeid med Stiftelsen Tyrili, tilbyr et rehabiliteringsopplegg for innsatte med rusproblemer. Det er etablert tre nye rusenheter inspirert av stifinnermodellen i Indre Østfold avdeling Eidsberg, Trondheim og Bjørgvin, basert på samarbeid mellom kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten.⁹⁴

Det var 447 søkere i 2018, hvorav 227 fikk plass ved en rusmestringsenhet. Stifinneravdelingene i Oslo og Bredtveit fengsler, til sammen 25 plasser, hadde 92 søkere i 2018, og 51 fikk plass. De tre nye rusenhetene inspirert av stifinnermodellen (Indre Østfold, avdeling Eidsberg, Trondheim og Bjørgvin fengsler) hadde 218 søkere, hvorav 121 fikk plass i 2018.⁹⁵

Utvalget viser i denne sammenhengen også til tiltak i den nasjonale strategien for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff.⁹⁶

5.5.2 Psykisk helsevern – utredning av somatiske lidelser i poliklinikk

Pasienter med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser kan motta behandling både i TSB og i psykisk helsevern. Helsedirektoratet oppgir at pasienter med alvorlige psykiske lidelser og samtidig ruslidelse i stor grad mottar behandling for sin rusproblematikk i psykisk helsevern. Rapportering av aktivitetsdata er inndelt etter sektor. Dette medfører at pasienter som mottar behandling for rusproblematikk i psykisk helsevern, ikke er medregnet i det totale antallet pasienter (om lag 33 000 pasienter) som oppgis å ha mottatt behandling i TSB i 2018.⁹⁷

At mennesker med ruslidelser også kan ha alvorlige psykiske lidelser, er ingen ny erkjennelse. Heller ikke utfordringene som har heftet ved samhandling mellom psykisk helsevern og TSB om pasienter med sammensatte behov, er av ny dato. Samarbeid med pasientens fastlege står sentralt, særlig for polikliniske pasienter. Utvikling av pakkeforløp skal bidra til bedre samhandling gjennom å sikre bedre utredninger av perso-

⁹³ Tyrilistiftelsen Forskning og Utvikling (2019).

⁹⁴ KDI (udatert a).

⁹⁵ Jf. KDI videreformidlet til Rusreformutvalget fra Justis- og beredskapsdepartementet.

⁹⁶ Departementene (2017). Se blant annet tiltak 6: «Vurdere det samlede straffereaksjons- og behandlingstilbudet under straffgjennomføring for personer med rusproblemer eller avhengighet, og om innretningen av dette bør endres.»

⁹⁷ Helsedirektoratet (2018a).

⁹¹ Se nærmere om kvalitetsregistret på Helse Stavanger (2019).

⁹² Se nærmere om rusmestringsenheter i Helsedirektoratet og KDI (2016).

ner som kan tenkes å ha behov for samtidige forløp i psykisk helsevern og rusbehandling.

Også pasienter med mindre alvorlige psykiske lidelser og mindre alvorlig rusmiddelbruk vil i noen tilfeller behandles i psykisk helsevern. Pasienter med psykiske lidelser i kombinasjon med rusproblematikk blir ikke utredet for somatiske lidelser i tilstrekkelig grad. Dette fremholder Helsetilsynet i en rapport basert på et landsomfattende tilsyn.⁹⁸ Helsetilsynet slo fast at kartlegging og utredning av pasienters somatiske helsetilstand manglet eller var utilstrekkelig i over halvparten av alle distriktpsikiatriske sentre (DPS). Utvalget viser her også til Helsedirektoratets pakkeforløp om somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.⁹⁹ Her tydeliggjøres forventninger til et helhetlig helsetilbud og behovet for at somatisk helse skal utredes også når pasienten er henvist med ruslidelse som primærfokus. Her vil samarbeid med pasientens fastlege fremstå nærliggende.

5.5.3 Somatiske sykehusavdelinger

Spesialisthelsetjenesten kommer i kontakt med brukere av narkotika også ved dagbehandling og innleggelse i somatiske sykehusavdelinger og poliklinikker.

Det har imidlertid ikke vært gode systemer for å møte pasientenes rusmiddelbruk, selv når rus var del av bakgrunnen for innleggelse eller kunne ha betydning for bedring av tilstanden. I Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til de regionale helseforetakene i 2013 og i 2015 ble problemene løftet frem, og helseforetakene ble bedt om å etablere systemer for å oppdage og håndtere underliggende rusproblemer hos pasienter i somatiske avdelinger.¹⁰⁰

Utvalget er kjent med at det er iverksatt flere arbeider på dette området. For eksempel har Helse Vest etablert et regionalt nettverk som skal se nærmere på hvordan rusrelaterte problemer hos pasienter i somatiske avdelinger kan oppdages og håndteres. Nettverket ledes av KORFOR, Helse Vest.¹⁰¹ Også andre helseforetak er involvert i dette arbeidet, for eksempel St. Olavs hospital HF.¹⁰²

⁹⁸ Rapport fra Helsetilsynet (2019b).

⁹⁹ Pakkeforløpet er tilgjengelig på Helsedirektoratets nettsider, se Helsedirektoratet (2018e).

¹⁰⁰ Se Regjeringens nettsider om styringsdokumenter, Regjeringen (2019e).

¹⁰¹ Om KORFOR, se nettside KORFOR (2019).

¹⁰² Se prosjektrapport, St. Olavs hospital (2018c).

Helsepersonell i somatiske avdelinger kan ha særlig god anledning til å intervensere ved avdekking av rusproblematikk gjennom korte intervensjonssamtaler om rusmiddelbruk og somatisk helse. Det kan likevel være mer betydningsfullt med langvarig kontakt og oppfølging enn korte intervensjoner. Det er derfor av betydning at helsepersonell i somatikken formidler kontakt med rustjenester i kommunen, eventuelt henviser videre til rusbehandling i spesialisthelsetjenesten.

5.6 Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV)

5.6.1 Innledning

NAV er tuftet på et samarbeid mellom stat og kommune. Hvilke tjenester som skal inngå i den kommunale delen av NAV-kontoret, bygger på avtale med staten. Innholdet i tjenestene varierer derfor på tvers av ulike NAV-kontorer.¹⁰³

Mennesker med rusproblemer kan motta arbeidsavklaringspenger, sykepenger og uføretrygd mv. Mange er likevel avhengig av økonomisk sosialhjelp. Sosiale tjenester tildeles etter sosialtjenesteloven. Kommunen har ansvar for å yte sosiale tjenester til personer som oppholder seg i kommunen, jf. sosialtjenesteloven § 3. Tjenestene skal være forsvarlige, jf. § 4. Forvaltningslovens generelle regler gjelder med de særreglene som er fastsatt i sosialtjenesteloven, jf. sosialtjenesteloven § 41 og utdypende regulering i Rundskriv til lov om sosiale tjenester i NAV kapittel 5.¹⁰⁴

Tildeling av sosiale tjenester tar utgangspunkt i søkerens individuelle behov. Retten til tjenester avhenger ikke av *årsaken* til personen har et behov, for eksempel et rusproblem. Arbeids- og sosialdepartementet opplyser at det ikke finnes noen samlet oversikt over personer med rusmiddelproblematikk som for eksempel er deltagere i kvalifiseringsprogram og andre arbeidsrettede tiltak, eller som mottar råd og veiledning fra NAV etter sosialtjenesteloven § 17 med videre.

Innsatte i fengsler har krav på sosiale tjenester, herunder økonomisk sosialhjelp, etter de samme reglene som befolkningen for øvrig. Den innsattes oppholdskommune i forkant av soning har ansvaret for å yte hjelp, jf. sosialtjenesteloven § 3 annet ledd.¹⁰⁵

¹⁰³ NAV (2013b).

¹⁰⁴ Rundskriv fra AVdir (35-2012).

¹⁰⁵ Lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.

Kommunen har et medvirkningsansvar for arbeidet med vanskeligstilte på boligmarkedet, jf. sosialtjenesteloven § 15. Kommunen er dessuten forpliktet til å finne *midlertidig* botilbud til personer som ikke klarer det selv, jf. § 27. For å finne gode løsninger for personer med rusproblemer, og for å bidra til at det iverksettes tiltak for overgang til tilrettelagt eller varig bolig, er det sentralt at det utvikles gode samarbeidsstrukturer mellom sosialtjenesten og helse- og omsorgstjenesten.

5.6.2 Nøkkeltall om rus fra arbeids- og velferdsforvaltningen

Brukerplan-rapporten for 2018 viser at 49 prosent av kartlagte personer med rusmiddelproblematikk mottok råd og veiledning fra arbeids- og velferdsforvaltningen i 2018.¹⁰⁶ Økonomi og gjeldsrådgivning kan være betydningsfullt for personer med rusrelaterte problemer, men det registreres ikke hvor mange personer med rusproblematikk som mottar slik rådgivning.

Økonomiske ytelser fra arbeids- og velferdsforvaltningen, herunder økonomisk sosialhjelp etter sosialtjenesteloven § 18 og ulike trygdeytelser, er viktigste kilde til inntekt for langt de fleste brukere av tjenesteapparatet i kommunene. Utvalget viser til Brukerplan-rapporten for 2018 for et oversiktsbilde av ulike tjenester og andel brukere som mottar tjenester fra NAV.¹⁰⁷

5.6.3 Modeller med varig arbeid som mål

Arbeid er en viktig dimensjon i de fleste menneskers liv. Arbeid gir enkeltpersoner en sikker og stabil økonomi, bidrar til sosial integrering og kan fylle hverdagen med mening.

Tradisjonelle tilnærminger til å få personer med psykiske lidelser eller ruslidelser i arbeid har ofte lagt opp til en skjermet og trinnsvis kvalifisering til ordinært arbeid. Tiltak hvor en person plasseres direkte inn i en ordinær arbeidssituasjon, synes imidlertid å ha bedre effekt. Eksempler på slike modeller kan være individuell jobbstøtte (*individual placement and support*, IPS), jobbmestrende oppfølging (JMO) og jobbstøtte (*supported employment*, SE).¹⁰⁸ Slike tilbud skal også tilbys personer med rusproblemer. Likevel

kan ting tyde på at rusproblematikk kan ekskludere enkelte deltagere fra slike tiltak. Bare 13 prosent av brukere med rusproblemer kartlagt gjennom Brukerplan i kommunene i 2018 oppgis å være i arbeid. I dette inngår også tiltak i regi av NAV. Bare 7 prosent i gruppen oppgis å være i ordinært arbeid.

Tradisjonelt har det blitt lagt vekt på å mestre rusproblemet, eller bli *rusfri*, før man kan prøve seg i arbeid, utdanning mv. Erfaring fra psykisk helsefeltet er imidlertid at arbeid parallelt med behandling kan ha god effekt.¹⁰⁹ Utvalget er kjent med at IPS er tatt i bruk på rusfeltet i Helse Bergen i samarbeid med NAV.¹¹⁰ Videre var det 89 av 395 kommuner som i 2018 svarte bekrefte på spørsmål om hvorvidt de hadde tatt i bruk IPS eller SE på rusfeltet.¹¹¹

5.7 Barneverntjenesten

5.7.1 Innledning

Barn som vokser opp i hjem som preges av rusmiddelbruk, har større risiko for å utvikle egne psykiske og fysiske helseproblemer samt atferdsproblemer og vanskeligheter på skolen enn andre barn.¹¹² Rusmiddelbruk i ung alder hos barnet selv kan være uttrykk både for forhold ved barnet og for forhold ved barnets omsorgssituasjon som kan gi behov for tiltak fra barnverntjenesten.

Barnevernloven skal sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid. Etter barnevernloven § 4-4 første ledd skal barneverntjenesten bidra til å gi det enkelte barn gode levekår og utviklingsmuligheter ved råd, veiledning og hjelpetiltak. Hjelpetiltak skal ha som formål å bidra til positiv endring hos barnet eller i familien. Etter barnevernloven § 4-4 tredje ledd kan fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker iverksette kompenserende tiltak ved pålegg til foreldre. Det kan pålegges tilsyn, meldeplikt og urinprøver.

Etter barnevernloven § 4-4 femte ledd kan fylkesnemnda vedta foreldrestøttende tiltak overfor barn som har vist alvorlige atferdsvansker, jf. § 4-24 første ledd, eller som er i ferd med å utvikle

¹⁰⁶ Hustvedt mfl. (2019) s. 41.

¹⁰⁷ Hustvedt mfl. (2019) s. 41.

¹⁰⁸ Se omtale av individuell jobbstøtte (IPS) på NAPHA's nettsider, NAPHA (2019b), om jobbmestrende oppfølging (JMO) på NAVs nettsider, NAV (2013a) og om SE på NAKUs nettsider, NAKU (2019).

¹⁰⁹ Se blant annet rapportene Uni Research Helse og Uni Research Rokkansenteret (2016); Nøkleby, Blaasvær og Berg (2017) og Oslo Universitetssykehus (2015).

¹¹⁰ Se nettsiden til Helse Bergen Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen (2016).

¹¹¹ Ose mfl. (2018) s. 156.

¹¹² Se blant annet artikkel fra Borgestadklinikken (2012) og rapport fra Torvik og Rognum (2011).

slike alvorlige atferdsvansker. Tiltakene har som formål å redusere barnets atferdsvansker og kan gjennomføres uten barnets samtykke. Slike for-eldrestøttende tiltak kan også gjennomføres uten barnets samtykke når tiltakene iverksettes som ledd i avslutningen av et institusjonsopphold med hjemmel i § 4-24.

5.7.2 Særlig om barn som bruker rusmidler

Etter barnevernloven § 4-24 første ledd kan et barn som har vist alvorlige atferdsvansker, blant annet ved *vedvarende bruk av rusmidler*, uten eget samtykke eller samtykke fra den som har foreldreansvaret for barnet, plasseres i institusjon for observasjon, undersøkelse og korttidsbehandling i opptil fire uker. Dersom det er behov for mer langvarig behandling, kan det etter annet ledd treffes vedtak om plassering i opptil tolv måneder. Barn kan også legges inn ved slik institusjon med samtykke, jf. § 4-26 første ledd.

Det er et statlig ansvar å tilby plass i institusjon. Dette fremgår av barnevernloven kapittel 5. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har en oversikt over institusjoner som benyttes ved ulike former for plasseringer etter bestemmelsene i barnevernloven, på sine nettsider.¹¹³

Det er av avgjørende betydning at barn og unge som på grunnlag av sin rusmiddelbruk anbringes på institusjon, hva enten det er med eller uten samtykke, faktisk får den hjelpen de har behov for. Videre skulle det kunne forutsettes at i den grad tvang og tvangsmidler benyttes, gjøres det i henhold til gjeldende regelverk og på mest mulig skånsom måte. Tilsyn med barneverninstitusjoner viser at dette ikke alltid er tilfelle, verken når det gjelder behandling og oppfølging eller anvendelse av tvang.

Helsetilsynet gjennomførte i 2018 et landsomfattende tilsyn med barneverninstitusjoner. Temaet for tilsynet var forsvarlig omsorg og bruk av tvang, med barnas rett til medvirkning som integrert tema. Fylkesmennene rapporterte svikt på alle tilsynsområdene:

«Tilsynet viser at i institusjoner med lovbrudd svikter det gjennomgående i systematisk arbeid for å gi forsvarlig omsorg og i arbeidet med å bruke tvang i henhold til regelverket. I tillegg er det avdekket store mangler i bemanning og kompetanse ved mange institusjoner. Det ble avdekket at barn med problemer knyttet til rus og psykisk helse bodde i institusjoner

uten ansatte med tilstrekkelig kompetanse på områdene. Svikten i bemanning og kompetanse innebærer at barn ikke får de rammene og den faglige oppfølgingen de har behov for og krav på i institusjonen. Dette er alvorlig fordi det kan føre til utrygghet, manglende behandling og god utvikling hos barna.»¹¹⁴

Tvangslovutvalget¹¹⁵ har undersøkt valg av hjemmel for tilbakehold av barn i institusjon uten samtykke på grunnlag av barnets bruk av rusmidler. Det er barnevernloven § 4-24 som oftest kommer til anvendelse, fremfor helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2, som også kunne ha blitt benyttet i slike tilfeller. Anvendelse av barnevernloven § 4-24 innebærer, ifølge Tvangslovutvalget, at institusjonen der barnet holdes tilbake, ikke trenger å dokumentere de samme krav til kompetanse som det ville kreves av spesialisthelsetjenesten i saker etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2. Videre gir bestemmelsen i barnevernloven adgang til å fatte vedtak om tilbakehold i inntil 12 måneder av gangen, mens bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven hjemler vedtak med varighet på inntil 3 måneder av gangen.

Rusreformutvalget er kjent med at Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet i samarbeid har utarbeidet utkast til samhandlingsforløp for kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn i barnevernet, som har vært på høring.¹¹⁶

I høringsbrevet fremkommer det at «[m]ålet med samhandlingsforløpet er å bidra til at barn og unge i barnevernet blir kartlagt og utredet tidlig for sine eventuelle psykiske vansker og rusmiddelproblemer slik at de sikres nødvendig helsehjelp når de har behov for det, i kombinasjon med riktig tiltak fra barnevernet»¹¹⁷.

Utvalget mener at rusbehandlingstilbud for barn og unge må være et tydelig ansvar for spesialisthelsetjenesten på lik linje som for voksne. Utvalget mener derfor at det i tillegg til pakkeforløp som skal sikre god samhandling, også må tydeliggjøres at de regionale helseforetakene har et overordnet faglig ansvar for tilbudet til barn og unge med rusproblematikk, både i og utenfor barneverninstitusjonene i regionen.

¹¹⁴ Helsetilsynet (2019c) s. 3.

¹¹⁵ NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten.

¹¹⁶ Høringen ble avsluttet 8. juli 2019. Se omtale på Helsedirektoratets nettsider, Helsedirektoratet (2019e).

¹¹⁷ Se høringsbrevet på Helsedirektoratets nettsider. Helse- direktoratet (2019e).

¹¹³ Bufetat (udatert).

5.7.3 Nøkkeltall fra barnevernet knyttet til rusmiddelbruk hos barn og unge

Det finnes ikke noe estimat over antall barn og unge under 18 år som kan ha en rusmiddelbruk som tilsier et behandlingsbehov for rusmiddelbruken i seg selv. Ofte opptrer rusmiddelbruken, i den grad den er særlig bekymringsfull, sammen med annen adferdsproblematikk eller kriminalitet. Likevel kan det være av interesse å se hen til omfanget av bekymringsmeldinger til barneverntjenesten samt plassering i institusjon som skyldes barnets egen rusmiddelbruk.

I 2018 ble det sendt 1648 bekymringsmeldinger til barnevernet vedrørende barns egen rusmiddelbruk.¹¹⁸ Det fremkommer imidlertid ikke i statistikken hvorvidt meldingene gjelder alkohol eller narkotika. Det var 296 nye barn som mottok hjelpetiltak fra barnevernet på grunnlag av egen rusmiddelbruk i 2018,¹¹⁹ og det ble fattet 195 vedtak av barneverntjenesten i saker om barns egen rusmiddelbruk.¹²⁰

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet bruker uttrykket «atferdsplassering» for saker etter §§ 4-24 og 4-26 og skiller mellom «lav risiko», «høy risiko» og «rusplasseringer».¹²¹

Av antall barn i institusjon ved utgangen av 2017 opplyser Barne- og familiedepartementet til Rusreformutvalget at det var 185 barn som var plassert på barneverninstitusjon i disse tre kategoriene, hvorav 80 barn var på såkalt rusplassering (Oslo kommune ikke iberegnet). Departementet ga ikke tilsvarende oppdaterte tall for 2018. Oslo kommune skiller ikke ut plasseringer som følger av rusmiddelbruk, men oppgir at det i 2018 var 20 plasseringer i kategoriene «lav risiko» og «høy risiko», inkludert nye plasseringer i 2018. Dette er plasseringer som skyldes sammensatte utfordringer, der rus ofte inngår som en del av atferdsproblematikken.¹²²

5.8 Særlig om fylkeskommunenes ansvar for tannhelsetjenester

Etter tannhelsetjenesteloven¹²³ har fylkeskommunen ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten.

¹¹⁸ SSB (2019a).

¹¹⁹ Bufdir (2019).

¹²⁰ SSB (2019a).

¹²¹ Bufdir (2015).

¹²² Oslo kommune ved barne- og familieetaten i e-post til rusreformutvalget 5. november 2019.

¹²³ Lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten.

Den offentlige tannhelsetjenesten omfatter tannhelsetjeneste som utføres på ulike persongrupper med rett til tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven § 2-1.

Personer med rusproblemer har rett til samme tannhelsehjelp som den øvrige befolkningen frem til året de fyller 20 år. Gruppene som har rett til nødvendig tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten, er opplistet i tannhelsetjenesteloven § 1-3. Gjennom budsjettvedtak har Stortinget bevilget midler til tannhelsehjelp også for andre grupper, blant annet til personer med rusproblemer, men Stortingets bevilgning gir i seg selv ikke en rett til slik hjelp. Fylkeskommunen kan imidlertid fatte egne vedtak der pasienter med rusproblematikk kan gis rett til tannhelsehjelp som prioritert gruppe, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3 bokstav e.

Regjeringen har lagt frem forslag om lovfesting av det kommunale ansvaret for å tilby tannhelsetjenester til personer med rusavhengighet og innsatte i fengsler og viser til at «dette er hovedsakelig en kodifisering av gjeldende rett».¹²⁴

5.9 Kriminalomsorgen

Kriminalomsorgen kan etter utvalgets oppfatning ikke kalles tjenesteyter i samme forstand som de øvrige aktørene som omtales i dette kapitlet. Likevel vil utvalget peke på at det utføres et betydelig rusrelatert arbeid i fengsler og i regi av friomsorgen. Rusmestringsenhetene er allerede omtalt ovenfor i punkt 5.5.1.6, og kriminalomsorgen gjennomfører også såkalte russamtaler¹²⁵ og har ulike programmer i egen regi rettet mot innsatte og domfelte med rusproblematikk. Disse anses likevel å falle innunder alternative straffereaksjoner og omtales nærmere i utredningens kapittel 10.

5.10 Særlig om brukerorganisasjoner og frivillig og ideell sektor

Foruten å fremme interessene til brukere av tjenesteapparatet driver brukerorganisasjonene selv ulike tiltak for personer med rusproblematikk.

¹²⁴ Prop. 71 L (2016–2017). Selv om Stortinget formelt vedtok lovforslaget innholdsmessig, vedtok de samtidig et «utsettelsesvedtak», der ingen av vedtakene på tannhelseområdet trer i kraft før prøveordning med kommunalt ansvar er iverksatt og evaluert og regjeringen har kommet tilbake med ny sak til Stortinget, jf. Innst. 378 L (2016–2017) vedtak bokstav B, romertall II og IV.

¹²⁵ Se nærmere om russamtalen på KRUS (2009).

Eksempler på dette er aktivitetstilbud, drift av brukerstyrte sentre¹²⁶ og såkalt likepersonsarbeid, for eksempel ved å bistå enkeltbrukere i møtet med tjenestene.

Frivillige organisasjoner og stiftelser utfører en betydelig andel av innsatsen i helsesektoren. På rusfeltet er denne innsatsen svært mangfoldig og inkluderer blant annet lavterskel helsetjenester, aktivitetstilbud, arbeidsrettede tilbud, væresteder og kaféer, institusjonsdrift mv. En del av disse aktørene tilbyr også helse- og omsorgstjenester, både til helseforetakene og kommunene. Se også omtale i punkt 5.3.10 om institusjoner med heldøgns helse- og omsorgstjenester med videre.

Mye av innsatsen er i samarbeid med kommunene. Uten at dette defineres nærmere, pålegger helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 tredje ledd kommunen å legge til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten. Kommunen skal også legge til rette for samarbeid med frivillig sektor, jf. folkehelse-tjenesteloven § 4 tredje ledd.

Det finnes ingen helhetlig oversikt over frivillige og ideelle aktører eller over andel av innsatsen på rusfeltet som utføres av frivillig og ideell sektor.¹²⁷ Flere tiltak hel- eller delfinansieres imidlertid over statsbudsjettet. Ifølge Helsedirektoratet ble det utbetalt 927,6 millioner kroner fra direktoratets tilskuddsordninger til frivillige og ideelle organisasjoner i 2018. Av dette ble 732,2 millioner kroner utbetalt til organisasjoner innen rus- og psykisk helse-feltet.¹²⁸

5.11 Særlig om brukervedvirkning

5.11.1 Brukervedvirkning på individ- og systemnivå

Brukervedvirkning er ikke en tjeneste, men omtales i dette kapittelet i kraft av å være et tværgående krav til tjenesteytere og tjenesteleveranse. Brukervedvirkning kan foregå på ulikt vis og på ulike nivåer:

«Brukerperspektivet kan dreie seg om ulike grader av brukerinvolvering. Brukerorientering kan ha to betydninger; at fagfolk setter seg

ned og prøver å tenke som brukere, eller at brukere orienteres om de beslutninger fagpersoner eller tjenestesteder har fattet. Brukervedvirkning – enten det er på system-, eller individnivå – innebærer at brukeren er med på å utforme tilbudet sammen med fagfolk. Brukervedvirkning er når brukere styrer tjenesten eller tiltaket.»¹²⁹

Retten til medvirkning for den enkelte bruker av helsetjenestene er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven § 31. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 pålegger kommunene et ansvar for å sikre pasienters og brukeres innflytelse på systemnivå. Tilsvarende bestemmelse finnes i NAV-loven § 6.¹³⁰ Sosialtjenesteloven § 42 pålegger kommunene en plikt til å rådføre seg med tjenestemottager ved utformingen av tjenestetilbudet. Kravet fremkommer også i pakkeforløpene både for rus og for psykisk helse, konkretisert til bruk av feedbackverktøy.¹³¹

På systemnivå kan det sies at brukervedvirkning, eller brukerinnflytelse, er relativt godt etablert i tjenestene og forvaltningen. Utvalget er kjent med såkalte brukerråd¹³² i flere kommuner. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er det brukerråd i alle de regionale helseforetakene, og det er etablert flere brukerråd ved lokale helseforetak. Også sentrale helsemyndigheter, som Helsedirektoratet, har et overordnet brukerråd¹³³ i tillegg til et eget brukerråd (BrukerRop) for psykisk helse- og rusfeltet.

Brukervedvirkning på individnivå, forstått som (reell) innflytelse på utformingen av tjenestetilbud til den enkelte er nok i noe mindre grad til stede i den daglige tjenesteutøvelsen. KoRus Midt evaluerer brukertilfredshet med kommunale tjenester for personer med rusmiddelproblemer¹³⁴ i forbindelse med opptrappingsplanen for rusfeltet.¹³⁵ I den kvalitative delen av rapporten vises

¹²⁹ Larsen, Aasheim og Nordal (2006) s. 7.

¹³⁰ Lov 16 juni 2006 nr. 20 om arbeids- og velferdsforvaltningen.

¹³¹ «Det bør benyttes et system hvor brukeren/pasienten på en systematisk måte kan gi tilbakemelding til behandleren om hvordan han/hun opplever behandlingen og relasjonen til behandler. Erfaringer tilsier at bruken av FIT/KOR-verktøyet eller tilsvarende feedbacksystemer gir pasientene økt medvirkning i behandlingen.», jf. Helsedirektoratet (2018g) kapittel 3, «Planlegging og behandling».

¹³² Se for eksempel Hamar kommune (2018) og Tromsø kommune (2013).

¹³³ Se mer om Helsedirektoratets brukerråd på Helsedirektoratet (2019f).

¹³⁴ St. Olavs hospital (2018a) og St. Olavs hospital (2018b).

¹³⁵ Prop. 15 S (2015–2016).

¹²⁶ Se for eksempel Sagatun brukerstyrt senter i Hamar kommune, jf. Sagatun Brukerstyrt Senter (udatert).

¹²⁷ Samarbeid med frivillig sektor på rusfeltet omtales blant annet i forbindelse med de såkalte casekommunene i evalueringen av opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020), Hansen mfl. (2018b).

¹²⁸ Helsedirektoratet (2019d).

det til at det er variasjoner i graden av opplevd innsyn, for eksempel i egen økonomi og i egne saker som behandles i tjenesteapparatet. Imidlertid uttrykker flere av informantene at det å delta i undersøkelsen ga en opplevelse av å kunne påvirke tjenestene.

Flere kommuner og helseforetak tar også i bruk verktøy som for eksempel klient- og resultatstyrt praksis (KOR). Slike verktøy bidrar både til økt brukermedvirkning og gir behandler løpende informasjon om hvorvidt den terapeutiske innsatsen oppleves å ha effekt for enkeltbrukere og pasienter.¹³⁶

Utvalget ser at kommunenes og spesialisthelsetjenestens organisering og valg av innretning på tjenestetilbudene til personer med rusproblemer ikke nødvendigvis alltid åpner for individuell tilpasning, og at kommunene ikke alltid har (økonomisk og faglig) rom til å «skreddersy» løsninger for sine brukere. Det kan i en viss utstrekning synes som om at «det vi har, er det du får» eller «one size fits all». Dette kan illustreres ved følgende utsagn fra en av informantene i rapporten nevnt ovenfor knyttet til innsyn og medvirkning i egen sak og rusbehandling, en kvinne i 20-årene:

«Absolutt. Jeg føler jo at jeg har hatt påvirkning, altså brukermedvirkning hele veien, men det er jo på en måte vanskelig å ha brukermedvirkning når tilbudene er så pass innskrenket, da. Som den faste timen i uka.»¹³⁷

5.11.2 Brukerkompetanse i tjenestene

Erfaring fra å være mottager av tjenester anses nå som en viktig kompetanse i behandlings- og rehabiliteringsarbeid.¹³⁸ Flere kommuner har ansatt såkalte erfaringskonsulenter, eller medarbeidere med brukererfaring, eller har avtaler med brukerorganisasjoner om likepersonsarbeid.¹³⁹ 105 kommuner/bydeler rapporterte i 2018 at de har til sammen 147 årsverk som dekkes av personer med erfaringskompetanse i psykisk helse- og rusarbeid.¹⁴⁰

¹³⁶ Se NAPHA (2016).

¹³⁷ St. Olavs hospital (2018b) s. 50.

¹³⁸ Se mer om erfaringskompetanse hos Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helsearbeid, jf. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (udatert).

¹³⁹ Se mer om likepersonsarbeid på NAPHAs nettsider, jf. NAPHA (2017b).

¹⁴⁰ Ose mfl. (2018).

5.12 Særlig om samhandling

5.12.1 Innledning

Mennesker med sammensatte utfordringer kan ha behov for tjenester fra flere sektorer og forvaltningsnivåer. For at tjenestene fra én sektor skal anses å være forsvarlige, kan det forutsette et samarbeid og samhandling med en annen sektor.

Det foreligger generelle krav til forvaltningsmessig samarbeid i de fleste deler av helse- og velferdssektoren. Dette er for å sikre at de respektive sektorer oppfyller sine plikter etter eget lovverk, for eksempel i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 og sosialtjenesteloven § 13. Bestemmelser om samhandlingsverktøyet *individuell plan* (IP), se omtale nedenfor, finnes i flere deler av velferdssektoren. Også kriminalomsorgen skal samarbeide med andre aktører for å sikre at domfelte får de tjenester de har krav på etter lovverket, jf. straffegjennomføringsloven § 4.

5.12.2 Samarbeidsavtalene mellom kommuner og de regionale helseforetakene

Etter bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 første ledd er kommunene forpliktet til å inngå samarbeidsavtaler med det regionale helseforetaket eller det helseforetak det regionale helseforetaket bestemmer.¹⁴¹ Formålet er ifølge bestemmelsens annet ledd «å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester».

Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 lister opp minimumskravene til innholdet i avtalene som skal sikre nødvendig samhandling mellom kommuner og helseforetak. Av særlig interesse for personer med rusproblematikk er kravet i første ledd nr. 2 om «retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester» og i første ledd nr. 5 om «retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon».

Utfordringer knyttet til samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste synes oftest å

¹⁴¹ Se også vurdering av samarbeidsavtalene i Deloitte og KS (2014).

forekomme i forbindelse med døgnbehandling av personer med rusproblematikk.

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter legger noen ytterligere føringer for samhandlingen mellom helseforetak og kommunene.¹⁴² Helseforetaket har etter forskriftens § 7 særlig ansvar for å vurdere en pasients behov for tjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning. Foretaket skal også etter § 8 varsle kommunen om innlagt pasient dersom det vurderes behov for slike tjenester. Egnert bolig er særskilt nevnt.

Partene står fritt til å inngå samarbeidsavtaler som går utover minimumskravene, for eksempel om felles finansiering av ambulante tverrfaglige team, som ACT og FACT, se omtale i punkt 5.4.4 om samhandlingsteam.

Utvalget viser også til anbefalinger fra KS knyttet til god samhandling i rus- og psykisk helsearbeid.¹⁴³

5.12.3 Individuell plan og pakkeforløp

Retten til individuell plan (IP) følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Kommunene er etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 pliktige til å utarbeide IP for dem som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. IP er også forankret i sosialtjenesteloven §§ 28 og 33, i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, i psykisk helsevernloven § 4-1 og i barnevernloven § 3-2 a. Skolen er forpliktet til å delta i arbeidet med IP etter opplæringsloven § 15-5.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator kapittel 5, tydeliggjør ansvar og roller i forbindelse med opprettelse, innhold og gjennomføring av IP. Formålet med forskriften er også å «[s]tyrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene», jf. § 1.¹⁴⁴

¹⁴² Forskrift 18. november 2011 nr. 1115 om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Forskriften § 9 tredje ledd lyder: «For pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning, skal helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven ved behov, og før pasienten er utskrivningsklar, også kalle inn relevante samarbeidspartnere for å starte arbeidet med å utarbeide en samlet plan for videre behandling og oppfølging, herunder plan for eventuell samtidig poliklinisk eller ambulant behandling i spesialisthelsetjenesten.»

¹⁴³ Deloitte og Høgskolen i Sørøst-Norge (2016).

¹⁴⁴ Forskrift 16 desember 2011 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Kommunene oppgir at IP er utarbeidet for om lag 14 prosent av personer med rusproblemer som mottar kommunale tjenester.¹⁴⁵ Imidlertid er det langt flere som har fungerende ansvarsgrupper og eventuelt andre typer planer. I TSB er det nasjonalt bare 13,4 prosent av pasientene som har fått utarbeidet eller igangsatt utarbeidelse av IP. Det er likevel usikkerhet knyttet til tallene, ettersom virksomhetene i TSB ikke alltid rapporterer på IP og informasjon mangler for 47 prosent av pasientene.¹⁴⁶ For utvalget fremstår det som om IP er uforholdsmessig lite benyttet som verktøy, særlig fordi mange pasienter som er vurdert å ha behov for samarbeidsmøter, ikke har fått utarbeidet IP. Utvalget peker også på Stortingets vedtak om at det skal utarbeides en IP for alle pasienter etter døgnbehandling i TSB.¹⁴⁷

På bakgrunn av at IP ikke er tatt i bruk i det omfang som synes mulig, så kan det antas at planen som samhandlingsverktøy, ikke har fungert slik det var tenkt. Helsedirektoratet har nå utarbeidet pakkeforløp for TSB, som er under implementering i tjenestene.¹⁴⁸ Det knytter seg store forventninger til at pakkeforløpene skal kunne bidra til å avhjelpe mange av de utfordringene som samarbeidsavtalene og IP ikke har løst:

«Pakkeforløpene skal legge til rette for gode individuelle behandlingsforløp gjennom bedre samhandling mellom sektorene, klare ansvarsforhold og gode overganger. Forløpene er et utviklingsarbeid som bygger på nasjonale faglige retningslinjer og veiledere.»¹⁴⁹

Utvalget peker på at IP og pakkeforløpene *ikke* gir pasientene rett på tjenester, verken fra primær- eller spesialisthelsetjenesten, som ikke allerede følger av gjeldende rett. Pakkeforløpene vil imidlertid kunne bidra til å avdekke uidentifiserte behandlings- og tjenestebehov og til å sikre at pasienter henvises videre til riktig behandlings- og oppfølgingsinstans.

5.13 Særlig om oppfølging etter døgnbehandling (ettervern)

Oppfølging etter døgnbehandling, ofte kalt *ettervern*, omtales i mange sammenhenger som om

¹⁴⁵ Hustvedt mfl. (2019).

¹⁴⁶ Helsedirektoratet (2018a).

¹⁴⁷ Innst. 345 S (2017–2018), Vedtak 841.

¹⁴⁸ Helsedirektoratet (2018g).

¹⁴⁹ Helsedirektoratet (2018d).

det var et særskilt tjenestetilbud eller som et tjenestetilbud som mangler. Det følger imidlertid ingen særlig rett til oppfølging kun ved å ha mottatt TSB i døgninstitusjon. Oppfølging etter døgnbehandling er heller ingen egen tjeneste, verken etter spesialisthelsetjenesteloven eller helse- og omsorgstjenesteloven. De tjenestene som kan inngå i et oppfølgingsarbeid, er de samme tjenestene man i utgangspunktet kan ha rettskrav på i henhold til regelverket for de respektive sektorer. Dette gjelder enten man har mottatt rusbehandling i døgninstitusjon eller i poliklinikk eller man ikke har mottatt TSB i det hele tatt.

Oppfølgingstjenester kan således være en pakke av ulike tjenester og kan være svært forskjellige avhengig av den enkeltes situasjon, ønsker og behov. Oppfølgingstjenester kan ytes fra forskjellige sektorer og kan omfatte samtaler med ruskonsulent, videre behandling i poliklinikk, hjelp til å finne bolig og praktisk bistand til å mestre boforhold. Det kan også være tale om økonomiske ytelser fra NAV, trygdeytelser, gjelds- og økonomirådgivning eller bistand til å komme i arbeid eller inn i kvalifiserings- eller utdanningsløp.

Betegnelsen «ettervern» kan synes å henge igjen fra da tiltak overfor personer med rusproblematikk ofte ble kalt «rusvern».¹⁵⁰ Før rusreformen av 2004 drev institusjonene i stor utstrekning eget oppfølgingsarbeid etter utskrivning. Noen institusjoner driver fremdeles slikt oppfølgingsarbeid på vegne av og etter avtale med den enkelte pasients hjemkommune. Selv om oppfølgingsarbeid ikke er en spesialisthelsetjeneste (utover for eksempel oppfølging i poliklinikk), kan det antas at oppfølgingsarbeid fremdeles i en viss utstrekning ytes av de private, og da særlig de ideelle tilbyderne av døgnbehandling, uten vederlag.

Utvalget har fått en rekke innspill knyttet til oppfølging av pasienter etter utskrivning fra døgnbehandling i rusinstitusjon. Mange opplever det som paradoksalt at man investerer store ressurser i behandling uten å sikre at effekten av behandling vedlikeholdes etter institusjonsopphold, når kunnskapsgrunnlaget tilsier at tilbakefallsrisikoen etter rusbehandling er høy. Spesielt fra brukerorganisasjonene på rusfeltet er det pekt på behov for å rettighetsfeste oppfølgingstjenester etter rusbehandling.

Utvalget tar ikke stilling til disse problemstillingene her, men viser til de kravene som ligger til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og

kommunen, som det er redegjort for i punkt 5.12. Disse vil langt på vei, dersom de faktisk etterleveres, kunne bidra til bedre og mer sammenhengende tjenestetilbud, også med tanke på tett og individuell oppfølging av personer som har vært i behandling for sitt rusproblem.¹⁵¹

5.14 Særlig om tvangstiltak overfor personer med rusproblemer

I enkelte tilfeller der en person bruker rusmidler på en måte som utgjør en særlig risiko for fysisk eller psykisk helseskade, men ikke samtykker til behandling, kan det anvendes tvang overfor vedkommende. Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 kan en person på nærmere vilkår tas inn i institusjon i spesialisthelsetjenesten uten samtykke og holdes tilbake der i opptil tre måneder for «undersøkelse og tilrettelegging av behandling». Etter samme lovs § 10-3 kan også gravide kvinner tas inn på tilsvarende institusjon uten samtykke og holdes tilbake der i hele svangerskapet «dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet ellers vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig». Hensikten med en slik innleggelse er å forhindre eller redusere sannsynligheten for at det ufødte barnet påføres skade som følge av rusmiddelbruk under svangerskapet. Under tvangsoppholdet skal også kvinnen selv tilbys hjelp for sin rusmiddelbruk og hjelp til å kunne ivareta barnet.

Kommunen er gitt ansvaret for å reise slike saker for fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker,¹⁵² som fatter vedtak i saken, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-8. Fylkesnemndas vedtak kan bare overprøves av domstolene, og frist for å reise søksmål for tingretten er én måned. Selve tvangsoppholdet gjennomføres i spesialisthelsetjenesten, som etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd nr. 5 skal sørge for at det tilbys «tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelavhengige med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4».

Dette forutsetter et godt samarbeid mellom tjenestenivåene og at det foreligger gode rutiner og prosedyrer for slike saker. Pasienter som er innlagt på institusjon uten samtykke, utgjør en svært liten andel av pasientene i TSB. Inngrepet

¹⁵⁰ Utvalget er klar over at enkelte kommuner i landet fremdeles bruker «rusvern» som betegnelse på sine tjenester til personer med rusproblemer.

¹⁵¹ Se også Dokument 8:179 S (2017–2018).

¹⁵² Om fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker, se Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker (udatert).

er imidlertid av alvorlig karakter, og utvalget vil understreke at både kommunen og spesialisthelsetjenesten må anses å ha et særlig ansvar for å gi pasienter i en slik situasjon god oppfølging, både under og etter institusjonsoppholdet.

For prosessen knyttet til saksforberedelse, prosessen frem til vedtak er behandlet i fylkesnemnd, og selve gjennomføringen av tvangsoppholdet viser utvalget til Helsedirektoratets veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer¹⁵³ og forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon.¹⁵⁴ Utkast til ny diagnoseuavhengig lov om bruk av tvang ble levert 18. juni 2019.¹⁵⁵ Dersom slik lov vedtas, vil den erstatte eksisterende lovverk. Utvalget er kjent med at det skulle utvikles en komponent om bruk av tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 innenfor pakkeforløp på rus- og psykisk helsefeltet. Helse- og omsorgsdepartementet har opplyst utvalget om at dette arbeidet er utsatt i påvente av at høringen av Tvangslovutvalgets forslag ferdigstilles.

Omfanget av tvang overfor personer med rusmiddelproblemer er i utgangspunktet lavt sammenlignet med antall personer som mottar behandling i TSB. I det følgende bygger utvalget på opplysninger innhentet fra Sentralenheten for fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker¹⁵⁶ og Helse- og omsorgsdepartementet. Sentralenheten oppgir at fylkesnemnda i 2018 behandlet 116 midlertidige og 110 ordinære vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2. Det ble videre behandlet 23 midlertidige vedtak og 11 ordinære vedtak etter § 10-3 (gravide). Tallene gjelder ikke nødvendigvis antall personer underlagt tvang, fordi det kan ha vært fattet flere vedtak overfor samme person. Antallet ordinære vedtak kan også omfatte personer som har hatt et midlertidig vedtak i forkant av at ordinært vedtak ble fattet. Den offentlige part, kommunene, fikk medhold i 99 prosent av alle midlertidige vedtak, 97 prosent av alle ordinære

vedtak etter § 10-2 og 96 prosent av alle midlertidige vedtak og 91 prosent av alle ordinære vedtak etter § 10-3.

Utvalget har i utredningens kapittel 15 redegjort for sitt syn på hvorvidt bruken av tvang skal inngå i eller utvides innenfor utvalgets foreslåtte modell. Rusreformutvalget er kjent med Tvangslovutvalgets arbeid og refererer også til deres utredning i sine vurderinger i kapittel 15.¹⁵⁷ Utvalget har på denne bakgrunn søkt etter oppdatert kunnskap om effekt av anvendelse av tvang i behandlingssammenheng. Utvalget finner ikke lett tilgjengelige data vedrørende tvangssaker. Sentralenheten opplyser at de per i dag ikke har mulighet til å hente opplysninger om alder, kjønn, geografi og type rusmiddel i saker etter § 10-2. Etter utvalgets forståelse blir slike variabler registrert i Norsk pasientregister (NPR), men registreringen av personer underlagt tvang etter helse- og omsorgsloven kapittel 10 praktiseres ulikt på institusjonene, slik at det er utfordrende å hente ut slik statistikk fra NPR.

Etter reglene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 skilles det ikke mellom type rusmiddel, herunder mellom alkohol og narkotika. I tvangssakene har det imidlertid vært langt færre som har et rusproblem knyttet til alkohol enn til narkotika, og dette gjaldt særlig for kvinner.¹⁵⁸ Det antas at det samme er tilfelle i dag, men det finnes altså ingen samlet oversikt av nyere dato.

Det finnes heller ingen oversikt over vedtak som av ulike grunner ikke blir iverksatt, vedtak som avsluttes på initiativ fra kommunene, eller over personer som avbryter behandling før vedtaket utløper, uten at disse hentes tilbake til institusjonen. Utvalget har heller ikke kunnet bringe på det rene antall pasienter/saker med «avtalt tvang», det vil si tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4.

Rusreformutvalget er imidlertid ikke bedt om å vurdere bruken av tvangsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven eller foreslå endringer i disse. Utvalget viser her til Tvangslovutvalgets utredning og forslag om ny felles tvangsbegrensningslov¹⁵⁹, der også helse- og omsorgslovens kapittel 10 er omtalt.

Utvalget mener det er viktig å styrke kunnskapsgrunnlaget om bruk av tvang, tatt i betraktning at tilbakehold av mennesker i institusjon

¹⁵³ Helsedirektoratet (2016a).

¹⁵⁴ Forskrift 26. august 2016 nr. 1003 om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer. Forskriften er gitt med hjemmel i lov 24. juni 2011 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 12-4 om særlige bestemmelser ved opphold i institusjon og lov 2. juli om spesialisthelsetjenesten m.m. § 3-14 om adgang til tilbakeføring ved rømming fra behandling for rusmiddelavhengighet m.m.

¹⁵⁵ NOU 2019: 14.

¹⁵⁶ Statistikken fra fylkesnemndene ble innhentet fra Sentralenheten for fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker den 7. august 2019.

¹⁵⁷ NOU 2019: 14.

¹⁵⁸ Lundeberg, Mjåland og Nilssen (2010) s. 11 og 18 og Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014).

¹⁵⁹ NOU 2019: 14.

uten samtykke må anses å være et svært inngripende tiltak. Dette gjelder etter utvalgets oppfatning selv om antall personer som utsettes for slike tiltak, er begrenset. I tråd med Tvangslovutvalgets vurderinger av kunnskapsgrunnlaget når det gjelder anvendelse av tvang på rusfeltet, vil Rusreformutvalget også understreke behovet for mer kunnskap om hvilke personer bestemmelsene i kapittel 10 anvendes overfor, samt behovet for

mer kunnskap om effekt av tilbakehold uten samtykke.¹⁶⁰

¹⁶⁰ Det foreligger ikke mye norsk forskning om effekt av tilbakehold uten samtykke, men noe forskning viser at tvangsinnleggelse kan ha positiv effekt for noen rusmiddelavhengige. Se for eksempel Kristensen, Opsal og Clausen (2018) og Pasareanu mfl. (2017). For en vurdering av kunnskapsgrunnlaget for tvang på rusfeltet, se også NOU 2019: 14.

Kapittel 6

Erfaringer fra rusreform i andre land

6.1 Innledning

Punkt 2 i utvalgets mandat ber utvalget om å «særskilt vurdere erfaringer fra Portugal og den portugisiske modellen, med tanke på hvorvidt denne, eller deler av denne, kan være egnet i en norsk sammenheng». Utvalget står også fritt til å se til andre lands erfaringer med lignende tilnærminger.

I punkt 6.2 beskrives Portugals rusreform, som fant sted i perioden 1998–2001. I punkt 6.3 beskrives erfaringer fra noen utvalgte europeiske land og deretter fra noen utvalgte land utenfor Europa. Ettersom Portugal er uttrykkelig nevnt i mandatet, er det viet betydelig mer plass til omtalen av dette landet enn av andre land.

Formålet med redegjørelsen er å belyse eksempler på justering av samfunnets reaksjoner overfor bruk av narkotika – og annen befatning med narkotika forbundet med egen bruk – bort fra ileggelse av straffereaksjoner overfor brukeren. Kapittelet viser en betydelig variasjon i narkotikapolitiske tilnærminger og virkemidler.

Et element i Portugal-modellen som har fått mye oppmerksomhet, er avkriminaliseringen av bruk av narkotika samt erverv og besittelse til egen bruk. Med «avkriminalisering» menes i denne utredningen at gitte handlinger ikke lenger er *straffbare* eller ikke lenger straffes i praksis. De aktuelle handlingene forblir *ulovlige* etter en avkriminalisering, og denne ulovligheten kan danne grunnlag for rettslige konsekvenser, for eksempel administrative sanksjoner. Samfunnets reaksjoner på de avkriminaliserte handlingene kan dermed fremdeles være inngripende. Dette er en praktisk og prinsipielt viktig forskjell mellom *avkriminalisering* og *legalisering*. Legalisering innebærer at handlingen blir *lovlig*. Det er mest vanlig å tale om legalisering der lovendringen gjelder produksjon og omsetning av et stoff. Også for rusmidler som legalt produseres og omsettes, vil den rettslige reguleringen av slike aktiviteter normalt inneholde begrensninger som danner yttergrenser for lovlig produksjon og omsetning av

rusmiddelet. I Norge er det for eksempel ikke bare *ulovlig*, men også *straffbart* med bøter eller fengsel inntil 6 måneder å overtre bestemmelsene gitt i eller i medhold av alkoholloven, jf. lovens § 10-1 første ledd.

Avkriminaliseringsreformer varierer betydelig fra land til land, og i visse tilfeller er det også betydelige forskjeller mellom områder innad i land. De kan være formalisert, detaljstyrt og rettsliggjort i større eller mindre grad.¹ En *de jure* avkriminaliseringsreform innebærer at endringer er rettsliggjort gjennom lovendring. En *de facto* avkriminalisering innebærer at straffbare handlinger i henhold til instruks eller fast praksis ikke blir straffeforfulgt. At straffebud ikke håndheves, kan i større eller mindre grad være et uttalt resultat av politiets strategiske overveieelse og vurderinger av ressursprioriteringer.

Viktige forhold som beskrives, er blant annet hvordan innehav og erverv av narkotika til egen bruk defineres, hvordan brukerdoser defineres, hvilket rom for skjønn som gis de rettshåndhevende myndighetene, og hvilke reaksjoner et lovbrudd kan utløse. Andre relevante spørsmål er hvordan håndhevingsregimet er organisert, hvordan loven faktisk blir praktisert, og hvilke konsekvenser håndhevingen har for ulike berørte grupper i samfunnet. Dette er store og komplekse spørsmål, som ikke kan besvares i sin fulle bredde for hvert enkelt land som behandles i det følgende. Enhver sammenligning av rettstilstanden i ulike land reiser metodologiske utfordringer. Hvert land har sine unike politiske og rettslige kontekster, som naturligvis ikke kan beskrives fullt ut innenfor rammen av et kapittel i en utredning som hovedsakelig gjelder rusreform i Norge. Dette kan medføre at det skjuler seg ulikheter og nyanser under overflaten. Redegjørelsen kan likevel bidra til å utvide forestillingsevnen for regelutforming og virkemiddelbruk, også i Norge. Den gir et grunnlag for å lære av andre beslutningstakeres erfaringer, selv om ikke alle erfaringene

¹ Se Hughes og Stevens (2010).

nødvendigvis kan overføres direkte til en norsk kontekst.

I punkt 6.4 beskrives sammenligninger på tvers av land som har forsøkt å synliggjøre effekter av rusreform, hvor det sentrale spørsmålet er om fjerning av straffereaksjoner forårsaker endringer i rusmiddelbruken i befolkningen. Av åpenbare forskningsetiske grunner er det krevende å forske på hvilken effekt rusreform har på befolkningen, og et perfekt eksperiment kan neppe skapes. Derimot har forskere gjort mange forsøk på å kontrollere for ulikheter mellom sammenlignede land for å undersøke hvilke effekter rusreform eventuelt kan ha. Mulige virkninger av avkriminalisering er også drøftet i kapittel 12.

6.2 Portugal

6.2.1 Innledning

Rusreformen i Portugal, som ble utredet og gjennomført i 1998–2001, har vakt betydelig interesse og diskusjon internasjonalt.²

Den såkalte Portugal-modellen er beskrevet i internasjonal litteratur,³ på norsk av blant annet Rusmisbrukerens Interesseorganisasjon (RIO) i samarbeid med Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) og OsloMet – storbyuniversitetet.⁴ Redegjørelsen i det følgende bygger på en gjennomgang av denne litteraturen og informasjon innhentet under utvalgets studietur til Portugal i februar 2019.⁵

6.2.2 Portugal før reformen

6.2.2.1 Historisk og politisk utgangspunkt

Fra 1926 til 1974 var Portugal et diktatur⁶ som til en viss grad var isolert fra resten av Europa. Etter åpningen av Portugals grenser innebar landets geografiske plassering at mye av innførselen av narkotika til Europa naturlig passerte gjennom landet.⁷ Etter nærmere 40 år med diktatur og isolasjon ble bruk av narkotika forbundet med en

motkulturell strømning og sett som et uttrykk for frihet. Bruken av narkotika som etter hvert utviklet seg, var ikke forbeholdt bestemte grupper og spredte seg til ulike sosiale lag.⁸

Andelen av befolkningen i narkotika i Portugal som har brukt narkotika, har historisk sett blitt betraktet som lav.⁹ Det fantes lite statistikk om bruk av narkotika i Portugal før en befolkningsundersøkelse ble gjennomført i 2001.¹⁰ Da hadde landets rusreform allerede trådt i kraft. Undersøkelsen viste at 7,8 prosent i alderen 15–64 år hadde brukt et illegalt rusmiddel noen gang i løpet av livet og 3,4 prosent i løpet av de siste 12 månedene.¹¹

Til tross for manglende statistikk vokste bekymringen for narkotikabruk som et folkehelseproblem utover 1980- og 1990-tallet. Dette gjaldt særlig den økende andelen av brukerne som injiserte heroin.¹² Forekomsten av heroinavhengige i Portugal ble da antatt å være blant de høyeste i Europa. Oppmerksomheten om narkotikaproblemet hadde også sammenheng med at åpne russcener i sentrum av byene var i sterk fremvekst. Casal Ventoso i Lisboa, som opprinnelig var et slumområde med stor sosial nød i utkanten av byen,¹³ ble omtalt som det største åpne narkotikamarkedet i Europa.¹⁴ Situasjonen i dette området var prekær, og mediedekningen av det presserende hjelpebehovet fikk stor betydning.¹⁵ Så mange som 5 000 mennesker oppsøkte dette området daglig for å erverve narkotika, hovedsakelig heroin.¹⁶ Mange kom fra sosialt dårlige kår, var vanskeligstilte og hjelpetrengende og brukte harde narkotiske stoffer.

Prevalensen av hiv, aids, tuberkulose og hepatitt økte i løpet av 1990-tallet.¹⁷ Fra 1990 til 1998 økte antallet narkotikarelaterte tilfeller av aids fra

² Under utvalgets studietur til Portugal i februar 2019 opplyste myndighetene at de i 2018 hadde mottatt 60 internasjonale studiebesøk til det offentlige organet som koordinerer landets narkotikapolitikk.

³ Hughes og Stevens (2010); EMCDDA (2011a); Hughes og Stevens (2012); Babor mfl. (2018); Silvestri (2014).

⁴ Johansen, Adriaenssen Johannessen og Johansen (2018).

⁵ Programmet for studieturen er beskrevet nærmere i kapittel 1.

⁶ Julsrud mfl. (2019).

⁷ Hughes og Stevens (2010) s. 1001.

⁸ Dette ble meddelt utvalget i et foredrag av dr. João Goulão.

⁹ Hughes og Stevens (2010) s. 1001; Hughes og Stevens (2012) s. 109. En utfordring i beskrivelsen av Portugal forut for reformen er mangelen på nasjonale data, se Laqueur (2015). Statistikk som viser prevalens av narkotika i den generelle befolkningen for denne perioden, er svært begrenset, se Loo, van Beusekom og Kahan (2002). Kvaliteten på dataene knyttet til overdoser og narkotikarelaterte helseskader, dødsfall og kriminalitet er omdiskutert.

¹⁰ Laqueur (2015).

¹¹ Se omtale av kilden til denne statistikken i punkt 6.2.7.5 om narkotikabruk nedenfor.

¹² Félix og Portugal (2017); Laqueur (2015).

¹³ Hughes (2006) s. 85.

¹⁴ Laqueur (2015) s. 750. Se også Loo, van Beusekom og Kahan (2002) s. 61.

¹⁵ Se Silvestri (2014) s. 42, med henvisning til Hughes (2006) og til egne intervjuer i Portugal som bekreftet Hughes' fremstilling.

¹⁶ Hughes (2006) s. 85.

4,3 til 54,7 per én million innbyggere.¹⁸ Mellom 1990 og 1997 økte antallet kjente narkotika-brukere med aids fra 47 til 590 personer.¹⁹ En undersøkelse av hivinfeksjon blant injiserende brukere som ble gjennomført i 1998/99, viste at 48 prosent av undersøkte personer i Lisboa var hivpositive og 14 prosent på landsbasis. Ifølge EMCDDA hadde Portugal den høyeste hivprevalensen i Europa blant injiserende brukere i 1999.²⁰ De åpne rusmiljøene der heroininjiserende brukere kjøpte stoffet, ble alminnelig kjent.²¹

Antallet akutte narkotikarelaterte dødsfall økte svært mye i løpet av 1990-tallet, fra i underkant av 100 til i overkant av 200 per år i perioden 1990–1997. På slutten av tiåret (1999) hadde antallet økt til 369 dødsfall per år, noe som utgjorde en økning på 57 prosent sammenlignet med 1997.²²

Antallet behandlingsepisoder innen rusbehandling for narkotikabruk økte fra 56 438 i 1990 til 288 038 i 1999.²³ Behandlingsepisodene i 1999 var fordelt på 27 750 pasienter. Tall fra 1997 viste at 95,4 prosent av pasienter ved sentre for avhengighetsbehandling var heroinbrukere.²⁴ Substitusjonsbehandling var lite utbredt.

Personer som ble straffet for befatning med en mindre mengde narkotika til egen bruk ble i praksis ilagt en bot.

På denne bakgrunn ble helseutfordringene knyttet til bruk av narkotika tydelig satt på den politiske dagsordenen. Reformarbeidet som ble igangsatt mot slutten av 1990-tallet (se nedenfor), kan ses i lys av at skadereduksjonstilnærmingen på denne tiden fikk økt innflytelse i både forskning, politikk og praksis.²⁵

6.2.2.2 Rettstilstanden før reformen

Bruk, salg, erverv, besittelse og dyrking av narkotika til egen bruk var straffbelagt med bøter eller inntil 3 måneders fengsel, jf. Portugals narkotikalov av 1993²⁶ artikkel 40 nr. 1. Hvis mengden over-

skred det som ble regnet som tre dagers gjennomsnittlig bruk, var strafferammen inntil 1 års fengsel, jf. artikkel 40 nr. 2. Virkeområdet for disse bestemmelsene ble betydelig begrenset etter ikrafttredelsen av en ny lov i 2001 i forbindelse med landets rusreform (se nedenfor). Narkotikaloven av 1993 er fremdeles i kraft og inneholder viktige bestemmelser om blant annet definisjonen av ulike klasser av narkotika og straffebud mot produksjon og omsetning av narkotika.

I fortalen til narkotikaloven fremheves det at loven skal bidra til å bekjempe produksjon og omsetning av narkotika. Merknader om strafflegging av bruk av narkotika utgjør en betydelig del av fortalen til narkotikaloven. Fortalen viser til forarbeider til lovgivning fra 1983, hvor det ble uttalt at personer med rusavhengighet først og fremst burde anses som behandlingstrengende. I fortalen gis det også uttrykk for at lovgivningen, så langt det lar seg gjøre, skal bidra til at personer med rusavhengighet eller sporadisk bruk av narkotika mottar behandling og rehabilitering, og at de bør reintegreres i samfunnet. Fortalen er meget klar på at straffebudene ikke bør praktiseres slik at de stempler eller vanskeliggjør livet for personer som bruker narkotika sporadisk: «[I]t is necessary above all to avoid them being labelled, marginalised, pushed into an impasse or towards avenues whose only way out is drugs.»²⁷

For å fremme disse målene ga narkotikaloven adgang til å unnlate å reagere med straff på overtredelser av straffebudet i artikkel 40. Overfor personer med *rusavhengighet* ga lovens artikkel 44 og 45 adgang til å gjøre straffereaksjoner betinget på vilkår av at personen samtykket til å motta behandling. Personer som bare *sporadisk*²⁸ brukte narkotika, kunne fritas fra straff dersom mengden narkotika ikke overskred tre dagers forbruk, jf. artikkel 40 nr. 3.

I år 2000 hadde Portugal 145 fengselsinnsatte per 100 000 innbyggere, som relativt sett er et meget høyt tall, og størst andel narkotikadømte blant de innsatte, sammenlignet andre land i Vest-Europa.²⁹

Det var en økende bekymring i ulike deler av samfunnet, herunder i justis- og helsesektoren, for den sosiale ekskluderingen og marginaliseringen av personer som brukte narkotika, og straff-

¹⁷ Johansen, Adriaenssen Johannessen og Johansen (2018) s. 8.

¹⁸ Loo, van Beusekom og Kahan (2002) s. 52.

¹⁹ Hughes og Stevens (2010) s. 1001.

²⁰ Gjengitt i Hughes og Stevens (2010) s. 1001.

²¹ Hughes og Stevens (2010) s. 1001.

²² Hughes og Stevens (2010) s. 1001. Se også Johansen, Adriaenssen Johannessen og Johansen (2018).

²³ Loo, van Beusekom og Kahan (2002) s. 53–54.

²⁴ Loo, van Beusekom og Kahan (2002) s. 54.

²⁵ Rhodes og Hedrich (2010).

²⁶ Decreto-Lei n.º 15/93 (Engelsk oversettelse: Decree-Law no. 15/93: Anti-Drug Legislation).

²⁷ Fortalen til narkotikaloven, avsnitt 43 (i engelsk oversettelse).

²⁸ Fra den engelske oversettelsen: «[...] where the offender is an occasional consumer only [...]».

²⁹ Laqueur (2015) s. 757.

legging ble i økende grad sett på som en del av problemet, snarere enn som en løsning.³⁰

6.2.3 Utredning og gjennomføring av reformen

6.2.3.1 Ekspertkommisjon og regjeringens strategi og handlingsplan

Den 16. februar 1998 oppnevnte Portugals regjering en kommisjon bestående av ni fagekspertter som skulle utrede og foreslå en ny helhetlig narkotikapolitikk. Ekspertkommisjonens rapport ble overlevert til regjeringen 2. oktober 1998.³¹ Forslaget fra ekspertkommisjonen ble i det vesentlige lagt til grunn for landets første narkotikastrategi, som ble vedtatt av regjeringen det påfølgende året.³²

Regjeringens strategidokument beskrev seks overordnede mål.³³

- bidra til en hensiktsmessig og effektiv strategi i EU og internasjonalt med hensyn til begrensnings av etterspørselen og tilbudet av narkotika, herunder bekjempelse av ulovlig omsetning (trafficking) og hvitvasking
- formidle bedre informasjon om fenomenene narkotika og narkotikaavhengighet, samt farene ved de enkelte stoffene, med et preventivt siktemål
- redusere omfanget av narkotikabruk, særlig i de yngre delene av befolkningen
- sikre nødvendige ressurser til behandling og sosial reintegrering av personer med narkotikaavhengighet
- beskytte folkehelsen og sikkerhet for mennesker og eiendom
- bekjempe ulovlig omsetning (trafficking) av narkotika og hvitvasking

Strategien baserte seg på åtte såkalte strukturende prinsipper. Ut fra sammenhengen og innholdet i prinsippene, som er nærmere forklart i rapporten, fremstår dette som verdivalg som ligger til grunn for valg av virkemidler:

- internasjonalt samarbeid

³⁰ Hughes og Stevens (2010) s. 1001–1002.

³¹ Se Portugals ministerråds resolusjon nr. 46/99, 22. april 1999. Ekspertkommisjonen ble ledet av dr. João Goulão.

³² Se Portugals ministerråds resolusjon nr. 46/99, 22. april 1999, hvor strategien er vedlagt. Tilgjengelig i engelsk oversettelse, med et forord skrevet av José Sócrates, med tittelen «The National Drug Strategy», fra nettsidene til SICAD. Den endelige versjonen av strategiplanen ble, ifølge forordet til dokumentet, utarbeidet av dr. Pedro Silva Pereira og statsråd José Sócrates.

³³ Punkt 9 i strategidokumentet.

- forebygging
- humanisme
- pragmatisme
- sikkerhet
- koordinering og rasjonalisering av ressurser
- subsidiaritet³⁴
- deltagelse

Basert på disse målene og prinsippene beskrev strategiplanen 13 tiltak:³⁵

- styrke internasjonalt samarbeid
- avkriminalisere bruk av narkotika og innføre et sivilrettslig forbud
- rette oppmerksomhet mot primærforebygging
- bedre kvaliteten på og responskapasiteten til helse- og omsorgstjenestene for narkotikaavhengige
- utvide skadereduksjonstiltak
- styrke initiativer for å støtte sosial reintegrering og sysselsetting, herunder positiv forskjellsbehandling
- sikre tilgang til behandling for innsatte i fengslene med narkotikaavhengighet og utvide skadereduksjonstiltak i fengsler
- sikre de nødvendige mekanismer for behandling av narkotikaavhengige som et alternativ til fengselsstraff eller annen straff
- styrke vitenskapelig forskning og kompetansebygging innen narkotika og narkotikaavhengighet
- etablere metoder og prosedyrer for evaluering av offentlige og private tiltak på feltet
- etablere en forenklet modell for tverrdepartemental politisk samordning for utviklingen av en nasjonal narkotikastrategi. Institute for Drugs and Drug Addiction skulle få ansvaret for primærforebygging, regionale tjenester og etablering av partnerskap med lokale myndigheter
- styrke kampen mot narkotikaomsetning og hvitvasking samt bedre grensesnittet mellom ulike nasjonale og internasjonale myndigheter
- doble offentlige midler til blant annet forebygging, forskning og opplæring, til 32 milliarder portugisiske escudo (10 prosent per år) over de neste fem årene

Ekspertkommisjonen hadde en enstemmig anbefaling om å avkriminalisere *bruk* av narkotika,

³⁴ Dette er i strategidokumentet forklart som at oppgaver som hovedregel bør legges til et forvaltningsnivå nær befolkningen, med mindre oppgavens natur tilsier at oppgaven bør løses på et høyere forvaltningsnivå. Se strategidokumentet s. 20–21.

³⁵ Strategidokumentet punkt 10.

men det var et dissenterende mindretall i kommisjonen i spørsmålet om å avkriminalisere *besittelse* og *ervert* av narkotika til egen bruk.³⁶ I regjeringens strategiplan, som bygget på og videreutviklet forslagene i ekspertkommisjonens rapport, ble det derfor viet plass til begrepsavklaring og drøftelser av egnetheten av ulike tilnærminger.

På grunn av Portugals folkerettslige forpliktelser etter FNs narkotikakonvensjoner (se kapittel 7), ble det ikke ansett som noen aktuell løsning å etablere en regulering for legal omsetning av narkotiske stoffer (legalisering). Det måtte fremdeles være forbudt å erverve og besitte narkotika til egen bruk. Det ble lagt til grunn at narkotikakonvensjonene ikke krever at overtredelser av forbudet skal være straffbart, såfremt det kan reageres med administrative sanksjoner på lovbruddet.³⁷

Strategidokumentet³⁸ begrunner valget om å avkriminalisere bruk av narkotika, samt ervert og besittelse av narkotika til egen bruk, med at det ikke fremstår som rettmessig å strafflegge brukere av narkotika basert på strategiens humanistiske prinsipp. Det er også lagt til grunn at slik strafflegging verken er hensiktsmessig eller nødvendig for å oppnå strategiens mål.

Et funn i ekspertkommisjonens rapport var at adgangen til å gjøre reaksjoner betinget på vilkår om samtykke til behandling for rusavhengighet ble lite benyttet. Det samme gjaldt den skjønsmessige adgangen til å gi en advarsel fremfor å gi en straff. I praksis ble overtredelser straffet med bøter, og noen få domfelte ble ilagt fengselsstraff. Det ble derfor konkludert med at praktiseringen av narkotikaloven av 1993 ikke samsvarte med lovgiverens intensjoner.³⁹

Når det gjelder hensynet til bekjempelse av ulovlig omsetning, er det vist til at slike handlinger fremdeles vil være belagt med straffansvar, og at fortsatt innsats mot omsetning vil bidra til å begrense tilgjengeligheten av stoffene. Når det gjelder trafiksikkerhet, er det i strategidokumentet vist til at ruspåvirket kjøring fremdeles vil være straffbart, og at lovgivningen om dette nylig var skjerpet.

Det er også påpekt at det ikke var godtgjort at straffeforfølgning av en person utgjorde den mest hensiktsmessige og effektive måten å intervensjonere overfor bruk av narkotika på. For førstegangsbruk eller sporadisk bruk ble det å iverksette den

strafferettslige tiltakskjeden ansett som en overdreven reaksjon. Når det gjelder personer med rusavhengighet, burde det heller sørges for behandling, noe som kunne gjøres basert på lovgivning som gjorde narkotikabruk til et sivilrettslig lovbrudd. På grunnlag av dette ble det konkludert med at kriminaliseringen av den rene bruk av narkotika, samt ervert og besittelse til egen bruk, var uforholdsmessig, mindre fleksibelt enn et sivilrettslig forbud og unødvendig.

I regjeringens resolusjon som vedtok strategidokumentet, ble det besluttet å opprette en arbeidsgruppe som skulle revidere narkotikalovgivningen.⁴⁰ Strategidokumentet ga begrunnede retningslinjer for arbeidsgruppens oppdrag.⁴¹

For det første ble det presisert at det ikke var ønskelig eller nødvendig å lage noe nytt straffebud for bruk av narkotika, eller ervert eller besittelse av narkotika til egen bruk, *på offentlig sted*. Som begrunnelse for dette ble det blant annet vist til at myndighetene alltid vil ha anledning til å gripe inn overfor overtredelser av et sivilrettslig forbud, og at det kunne være uheldig å knytte grensen for straffbarhet til skillet mellom offentlig sted og privat sted, fordi dette skillet tidvis kan være vanskelig å fastslå på forhånd.

For det andre ble det presisert at det var grunn til å kunne reagere ulikt på «myke» og «harde» narkotiske stoffer, selv om alle narkotiske stoffer som følge av narkotikakonvensjonene måtte være omfattet av det sivilrettslige forbudet.

For det tredje ble det presisert at reaksjonene på det sivilrettslige forbudet må være tilpasset til den enkeltes situasjon og respektere det humanistiske prinsippet som strategien bygger på. Blant annet fremsto det hensiktsmessig å gi en advarsel for førstegangslovbrudd og for mindre alvorlige forhold. Det ble ikke ansett nødvendig å gi nye tvangshjemler til politiet og andre rettshåndhevende myndigheter, ettersom det etter portugisisk rett allerede fantes tvangsmidler for å undersøke lovbrudd, sikre offentlig ro og orden og straffeforfølge personer involvert i ulovlig omsetning av narkotika.⁴²

På grunnlag av regjeringens strategidokument ble det utarbeidet en detaljert handlingsplan som beskrev mer konkrete handlingspunkter frem mot året 2004 og identifiserte de berørte statlige myndighetene.⁴³ I handlingsplanen forpliktet regjeringen seg til å øke offentlige bevillinger på

³⁶ Strategidokumentet punkt 22.

³⁷ Strategidokumentet punkt 27.

³⁸ Redegjørelsen for begrunnelsen baserer seg på dokumentets punkt 27.

³⁹ Strategidokumentet punkt 34.

⁴⁰ Se Portugals ministerråds resolusjon nr. 46/99, 22. april 1999.

⁴¹ Se strategidokumentet punkt 30–32.

⁴² Strategidokumentet punkt 32.

narkotikaområdet med 10 prosent årlig frem mot 2004,⁴⁴ og planen inneholdt føringer for fordeling av nye offentlige bevilgninger til ulike tiltak i den nye narkotikapolitikken.⁴⁵

6.2.3.2 Endringer i rettslig regulering og omlegging av myndighetsorganer og tjenestetilbud i forbindelse med reformen

I forbindelse med reformen ble det gjennomført en rekke endringer i reguleringen på narkotikaområdet.

Etter at ekspertkommisjonen hadde avgitt sin rapport i 1998, men før regjeringen vedtok narkotikastrategien i 1999, etablerte regjeringen et nasjonalt narkotikainstitutt med et lovbestemt ansvar for blant annet å innhente data og sørge for koordinering av offentlige organer med sikte på å forbedre beslutningsgrunnlaget for narkotikapolitikken og styrke tiltak på området.⁴⁶ Det nasjonale narkotikainstituttet ble etablert blant annet på grunnlag av et eksisterende kontor for narkotikas spørsmål i landets justisministerium. Ved en endring i 2002 ble instituttet slått sammen med et kontor for forebygging og behandling av narkotikaproblemer og innordnet under landets helseministerium.⁴⁷ Instituttet ble senere erstattet av et direktorat for intervensjoner overfor avhengighetsadferd og avhengighet (heretter benevnt SICAD, som er et akronym for direktoratets portugisiske navn).⁴⁸ Dermed ble disse ansvarsoppgavene knyttet til avhengighetsproblematikk for både legale og illegale rusmidler samlet i ett offentlig organ.

Den mest sentrale blant endringene i rettstilstanden var vedtagelsen i år 2000 av en egen lov om bruk av narkotika, samt erverv og besittelse av narkotika til egen bruk, samt den helsemessige og sosiale velferden til personer som bruker slike stoffer uten medisinsk forskrivning (heretter benevnt *lov nr. 30/2000*).⁴⁹ Loven gjennomførte en avkriminalisering, som er nærmere beskrevet i punkt 6.2.4 nedenfor, og etablerte et sivilrettslig

forbud med reaksjoner som er beskrevet i punkt 6.2.5 og 6.2.6 nedenfor. Straffebudene mot bruk av narkotika, samt erverv og besittelse av narkotika til egen bruk, i narkotikaloven, som er omtalt i punkt 6.2.2.2 ovenfor, ble imidlertid bare delvis opphevet. Dette innebærer at det fremdeles eksisterer et straffebud som i prinsippet kan komme til anvendelse på handlinger som faller utenfor virkeområdet til brukerloven. Lov nr. 30/2000 trådte i kraft 1. juli 2001, og samme år ble det vedtatt en lov som fastsatte nærmere bestemmelser om nemnder for behandlingen av enkeltsaker, og om politiets og nemndenes behandling av slike saker.⁵⁰

Ved to lover vedtatt i 2000, som ble erstattet av én lov i 2003, ble det opprettet to nasjonale råd for å styrke koordineringen og videreutviklingen av narkotikapolitikken. For det første ble det etablert et råd bestående av statsministeren og tolv øvrige regjeringsmedlemmer med ansvarsområder som berøres av narkotikapolitikken.⁵¹ Rådet møtes én gang årlig og har opprettet en teknisk kommisjon bestående av representanter for statsrådene og den nasjonale koordinatoren for narkotikas spørsmål,⁵² som igjen har underkommissjoner for særskilte spørsmål.⁵³ For det andre ble det opprettet et nasjonalt råd for bekjempelse av narkotika og rusavhengighet med deltagelse fra sivilsamfunnet. Rådet ledes av statsministeren eller helseministeren og består av representanter for 22 ulike instanser i offentlig og privat sektor.⁵⁴ Rådet har representanter for blant annet forebyggende og behandlende tjenester, riksadvokatembetet, domstolene, sammenslutningen for lokale styresmakter, utdanningssektoren, det nasjonale ungdomsrådet, trossamfunn, ideelle private organisasjoner og mediene.⁵⁵

I 2001 ble det vedtatt nye lovbestemmelser om tiltak innen forebygging og skadereduksjon på narkotikaområdet, under henvisning til prinsip-

⁴³ Plano de Acção Nacional de Luta Contra a Droga – Horizonte 2004 Plano de Actividades 2001–2002.

⁴⁴ Portugals ministerråds resolusjon nr. 39/2001.

⁴⁵ EMCDDA (2011a) s. 16.

⁴⁶ Decreto-Lei n.º 31/99, 5. februar 1999. Instituttet benevnes på engelsk «Portuguese Institute on Drugs and Drug Addiction (IPDT)», se EMCDDA (2011a) s. 16.

⁴⁷ EMCDDA (2011a) s. 16.

⁴⁸ Direktoratets navn er «Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências», og organet bruker selv det engelske navnet «General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependências».

⁴⁹ En engelsk oversettelse av loven er publisert av Portugals myndigheter, under tittelen «Law n.º 30/2000, of 29 November. Defines the legal framework applicable to the consumption of narcotics and psychotropic substances, together with the medical and social welfare of the consumers of such substances without medical prescription».

⁵⁰ Decreto-Lei n.º 130-A/2001, endret ved Decreto-Lei n.º 114/2011.

⁵¹ «Conselho Interministerial do Combate à Droga e à Toxicodpendência». Se Decreto-Lei n.º 1/2003 artikkel 1 og 2.

⁵² Den nasjonale koordinatoren er direktøren for SICAD.

⁵³ Decreto-Lei n.º 1/2003 artikkel 4. Opplysninger om opprettelsen av teknisk kommisjon og underkommissjoner er gitt utvalget fra SICAD.

⁵⁴ «Conselho Nacional do Combate à Droga e à Toxicodpendência».

⁵⁵ Decreto-Lei n.º 1/2003 artikkel 4 og artikkel 12.

pene om pragmatisme og humanisme som lå til grunn for regjeringens narkotikastrategi.⁵⁶ Loven pålegger myndighetene gradvis å innføre en rekke tjenester, eventuelt i samarbeid med andre offentlige organer og private virksomheter, etter behov.⁵⁷ Loven omfatter bestemmelser om blant annet støttekontorer for rusavhengige,⁵⁸ mottaks-sentre,⁵⁹ beredskapsovernatting,⁶⁰ kontakt- og informasjonssentre for narkotika,⁶¹ mobile behandlingstjenester for forebygging av smitt-somme sykdommer,⁶² lavterskel substitusjons-behandling,⁶³ sprøyteutlevering⁶⁴ og brukero-m.⁶⁵

6.2.4 Avkriminaliseringen – grensen mellom ulovlig og straffbar befatning med narkotika

Lov nr. 30/2000 artikkel 1 nr. 2 fastslår at bruk av narkotika, samt erverv og innehav av narkotika til egen bruk, er et administrativt lovbrudd. Lovens artikkel 2 nr. 2 oppstiller en mengdebegrensning for erverv og innehav som administrative lovbrudd: «[T]he acquisition and possession for own use of the substances referred to in the preceding paragraph shall not exceed the quantity required for an average individual consumption during a period of 10 days.»⁶⁶

Dagsforbruket, som etter denne bestemmelsen kan multipliseres med ti, beregnes ikke individuelt for den enkelte person, men er fastsatt på grunnlag av verdier fastsatt i en forordning fra 1996.⁶⁷ Disse mengdeangivelsene har blant annet blitt brukt ved vurderingen av grovheten av narkotikalovbrudd.

På grunnlag av lovbestemmelsen og verdiene i forordningen kan blant annet de følgende øvre grensene regnes ut: 1 gram amfetamin, 1 gram MDMA, 1 gram heroin, 2 gram kokain, 5 gram hasj og 25 gram marihuana.⁶⁸ Mengdebegrens-

ningene er formidlet på en pedagogisk måte overfor publikum gjennom materiell som tydeliggjør hvor grensen går mellom sivilrettslig og strafferettslig narkotikalovbrudd, i antall gram av de forskjellige stoffene. Disse terskelverdiene har ikke blitt endret siden lovens vedtagelse i 2000. For stoffer det ikke er fastsatt slike faste verdier for, foretas en konkret vurdering av om stoffet var til personens egen bruk, innenfor begrensningen satt i lovens artikkel 2 nr. 2. I 2013 ble det vedtatt å innlemme nye psykoaktive stoffer (som ikke hadde vært undergitt det samme regelverket) i ordningen som lov nr. 30/2000 opprettet.⁶⁹

Etter lovens ordlyd er det med andre ord to vilkår, som begge må være oppfylt, i saker som gjelder erverv og innehav, for at forholdet skal regnes som et administrativt lovbrudd og ikke et straffbart forhold:

- For det første må rusmiddelet som erverves eller besittes, være til personens *egen bruk*.
- For det andre må *mengden* ikke overskride terskelverdien som er fastsatt for stoffet.

Erverv og innehav av narkotika *med sikte på viderealg* faller derfor utenfor bestemmelsen og er fremdeles straffbart etter narkotikaloven, se omtale i punkt 6.2.2.2 ovenfor. Det samme gjelder erverv og besittelse av narkotika til egen bruk som *overskrider mengdebegrensningene* som følger av brukerloven artikkel 2 nr. 2.⁷⁰

Ifølge en feltstudie fra Portugal er det en viss variasjon i praktiseringen av reglene, som enkelte steder innebærer at påtalemyndigheten og domstolene henviser personer til reaksjonsmodellen for administrative lovbrudd også i tilfeller der vedkommende var i besittelse av en mengde til egen bruk som overskred terskelverdiene, eller der personen hadde omsatt narkotika for å finansiere eget forbruk, altså forhold som etter lovens ordlyd er straffbare også etter reformen.⁷¹ Det avgjørende for at personer i slike tilfeller ble overført til nemndsbehandling og ikke straffeforfulgt, synes å være at saken knyttet seg til *personens egen bruk av narkotika*.

⁵⁶ Decreto-Lei n.º 183/2001. Se engelskspråklig omtale av loven i Soares (2016). Se også EMCDDA (2011a). Det er henvist til prinsippene om pragmatisme og humanisme i første avsnitt av lovens fortale.

⁵⁷ Decreto-Lei n.º 183/2001 artikkel 2. Se også Soares (2016).

⁵⁸ Decreto-Lei n.º 183/2001 kapittel II.

⁵⁹ Decreto-Lei n.º 183/2001 kapittel III.

⁶⁰ Decreto-Lei n.º 183/2001 kapittel IV.

⁶¹ Decreto-Lei n.º 183/2001 kapittel V.

⁶² Decreto-Lei n.º 183/2001 kapittel VI.

⁶³ Decreto-Lei n.º 183/2001 kapittel VII.

⁶⁴ Decreto-Lei n.º 183/2001 kapittel VIII.

⁶⁵ Decreto-Lei n.º 183/2001 kapittel X.

⁶⁶ SICAD har offentliggjort en engelsk oversettelse av loven.

⁶⁷ Portaria n.º 94/96.

⁶⁸ Se også EMCDDAs oversikt over terskelverdier, EMCDDA (2015) og Laqueur (2015) s. 752.

⁶⁹ Tittel i offisiell engelsk oversettelse: «Decree-Law 54/2013 of 17 April 2013». Se lovens artikkel 10 nr. 2 og artikkel 13.

⁷⁰ Se SICAD (2014) side 113, med engelskspråklig omtale av dom avsagt den 5. august 2008 av landets høyesterett (Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça n.º 8/2008). Dommen er publisert i Diário da República n.º 150/2008, Série I de 2008-08-05, s. 5235–5254.

Det å inneha narkotika som ikke er til egen bruk, omfattes ikke av avkriminaliseringen og er straffbart etter narkotikalovent artikkel 21. Dersom det anses bevist at en gitt mengde narkotika er tiltenkt flere personer på deling, men bare én av disse personene er i besittelse av stoffet når det avdekkes, forekommer det imidlertid at regelverket praktiseres slik at mengden kan deles på flere personer og dermed likevel omfattes av lov nr. 30/2000.⁷² Dersom for eksempel tre personer sammen har en mindre mengde stoff som er innenfor terskelverdiene multiplisert med tre, kan de tre på denne måten alle bli omfattet av brukerlovens bestemmelser. De kan da få en sivilrettslig reaksjon, fremfor at de straffefølges for besittelse av narkotika som overskrider terskelverdiene, eller medvirkning til dette.

6.2.5 Politiets oppgaver og myndighet knyttet til avdekking av narkotika og pålegg om oppmøte

Politiets ansvar for å avdekke og etterforske tilvirkning, innførsel, distribusjon og omsetning av narkotika ble ikke endret ved reformen i Portugal. I forbindelse med avkriminaliseringen av brukere av narkotika som erverver og innehar en liten mengde til egen bruk (se punkt 6.2.4 ovenfor), ble politiet ilagt oppgaver knyttet til håndhevingen av det nye sivilrettslige forbudet.

I henhold til lov nr. 30/2000 artikkel 4 nr. 1 skal politiet fastslå identiteten til personer som bruker narkotika. Bestemmelsen gir politiet hjemmel til å søke etter og beslaglegge narkotika i personens besittelse. Beslaglagt narkotika oversendes den stedlige nemnda for narkotikasaker (se punkt 6.2.6 nedenfor). I tilfeller der personens identitet ikke kan fastslås på stedet, kan politiet innbringe⁷³ personen, såfremt det anses nødvendig for å sørge for at personen fremstilles for en nemnd, jf. artikkel 4 nr. 2. Slik innbringelse reguleres av alminnelige bestemmelser i portugisisk

rett om innbringelse for å fastslå en persons identitet.⁷⁴ Ifølge opplysninger gitt til utvalget fra politiet i Lisboa gir dette adgang til å holde på personen i seks timer.⁷⁵ Personer som innbringes på dette grunnlaget, har rett til å kontakte familie-medlemmer og en advokat etter personens eget valg.⁷⁶ Politiet kan, på nærmere angitte vilkår, fremstille personen for helsepersonell dersom vedkommendes fysiske eller psykiske tilstand tilsier det, eventuelt i samråd med nemnda.⁷⁷ I tilfeller der personen er innbrakt, kan vedkommende fremstilles direkte for en nemnd, etter avtale med nemnda.⁷⁸

Ved avdekking av overtredelse av det sivilrettslige forbudet mot bruk, erverv og innehav skal politiet utarbeide en rapport om⁷⁹

- hva lovbruddet består i (forholdet som utgjør en lovovertrødelse)
- dato, klokkeslett, sted og omstendigheter for hendelsene
- andre forhold vedrørende personen og vedkommendes bosted
- hvilke skritt politiet har tatt i sakens anledning
- hvilke bevis som foreligger, herunder angivelse av vitner som kan bekrefte opplysningene i saken

Rapporten skal sendes nemnda innen 36 timer etter hendelsen.⁸⁰ Når rapporten er utarbeidet, skal personen pålegges å møte for en nemnd for behandling av saken, og oppmøtetidspunktet skal være innen 72 timer etter hendelsen. Politiet skal informere eventuelle verger så snart det lar seg gjøre.

Under utvalgets studiereise til Portugal ble det opplyst fra politiet i Lisboa at det normalt tok omtrent én time å behandle slike saker.⁸¹

Dersom politiet mener at et stoff er narkotika, men dette benektes av personen, kan det sendes til analyse for å avklare spørsmålet.⁸² Dersom analysen bekrefter at stoffet var narkotika, kan det

⁷¹ Silvestri (2014) s. 15. Dette ble også bekreftet under utvalgets studietur. Utvalget har blant annet fått opplyst at domstoler kan kreve en mer nøyaktig veiing av stoffet enn det som gjøres av politiet, slik at for eksempel emballasje fjernes før målingen. Enkelte dommere har lagt til grunn at terskelverdiene skal anvendes på *virkestoffet* og ikke på bruttovekten av stoffet, for eksempel slik at grensen på 1 gram gjelder for heroin i ren form, og at en høyere terskel må legges til grunn for stoffet i den normale styrkegraden som omsettes til brukerne.

⁷² Opplysning mottatt fra en ansatt ved narkotikanemnda i Lisboa i møte med utvalgets sekretariat.

⁷³ Originalspråket: «deter». Offisiell engelsk oversettelse: «detain». Se også Decreto-Lei n.º 130-A/2001 artikkel 9 nr. 4.

⁷⁴ Originalspråket: «detenção». Offisiell engelsk oversettelse: «detention». Se til sammenligning den norske politiloven § 8 første ledd nr. 3, som gir politiet adgang til å innbringe personer som ikke oppgir nærmere bestemte personalia, eller som gir opplysninger herom som det er grunn til å tvile på riktigheten av.

⁷⁵ Møte med PSP Lisboa 5. februar 2019.

⁷⁶ Decreto-Lei n.º 130-A/2001 artikkel 9 nr. 5.

⁷⁷ Decreto-Lei n.º 130-A/2001 artikkel 10.

⁷⁸ Decreto-Lei n.º 130-A/2001 artikkel 12 nr. 1.

⁷⁹ Decreto-Lei n.º 130-A/2001 artikkel 9 nr. 1.

⁸⁰ Decreto-Lei n.º 130-A/2001 artikkel 9 nr. 2.

⁸¹ Møte med PSP Lisboa 5. februar 2019.

⁸² Decreto-Lei n.º 130-A/2001 artikkel 17.

offentliges kostnader ved analysen kreves dekket av personen. Utvalget har fått opplyst at det er meget sjelden at personer bestrider at stoff politiet avdekker, er narkotika.⁸³

Dersom det i forbindelse med en straffesak fremkommer at tiltalte har overtrådt det sivilrettslige forbudet, skal det sendes en melding om dette fra rettsorganet som behandler saken, til den stedlige nemnda.⁸⁴

Dersom saken gjelder et barn under 16 år, skal nemnda sørge for at barnet ivaretas av offentlige helsetjenester. Saken registreres kun for statistiske formål og registreres ikke som en overtredelse begått av barnet.⁸⁵

6.2.6 Helserettete tiltak og reaksjoner

6.2.6.1 Innledning

I strategien for Portugals nye narkotikapolitikk, som er omtalt ovenfor, ga regjeringen uttrykk for at et forbud mot bruk av narkotika, samt erverv og innehav av narkotika til egen bruk, skulle opprettholdes. Overtredelser av forbudet skulle imidlertid møtes med mer hensiktsmessige og forholdsmessige tiltak enn strafferettslige reaksjoner. Strafferettslige reaksjoner ble dermed erstattet med et helhetlig og tverrfaglig system som var ment å fremme helse og velferd.⁸⁶

Samtidig utviklet man innsatsen i det forebyggende arbeidet, gjorde lavterskel- og skadereduserende tiltak mer mangfoldige og brukernære, utvidet og kortet ned ventetiden til poliklinisk behandling og døgnbehandling og styrket oppfølging etter behandling.⁸⁷ Utbygging av lavterskel metadonprogrammer var en viktig satsing for å begrense etterspørselen av narkotika. Tverrfaglige og oppsøkende helseteam ble opprettet og sørget for mobil metadonutdeling og behandling av infeksjoner som hiv og hepatitt.⁸⁸

Som en del av denne overføringen av ansvar fra justissektoren til helsetjenestene ble det opprettet en ny form for rettslig pålagte intervensjoner overfor brukere av narkotika. Formålet med disse intervensjonene, og nemndene som ble opp-

rettet for å forvalte regelverket, er å gi informasjon om rusmidler og deres skadevirkninger, fraråde ulovlig bruk av slike rusmidler og motivere personer med rusrelaterte problemer til å motta helsehjelp.⁸⁹ Selv om det etter reformen er helserettede tiltak, og ikke strafferettslige reaksjoner, som anvendes overfor brukere av narkotika, innebærer nemndenes avgjørelser en konstatering av at det har funnet sted et lovbrudd, og nemndene kan under denne synsvinkelen også ses som en del av rettshåndhevingsapparatet. I henhold til en grunnverdi om at nemndene først og fremst skal behandle og ikke straffe («tratar, não punir»), blir straffelignende reaksjoner derimot betraktet som en siste utvei.⁹⁰

Intervensjonstilnærmingen har fellestrekk med det som kalles *terapeutisk jus* («therapeutic jurisprudence»)⁹¹. Det terapeutiske perspektiv innebærer at psykologiske og sosiale faktorer utgjør en viktig del av tilnærmingen, og at intervensjonen skal tilpasses den enkeltes behov og endringsvilje her og nå.⁹²

6.2.6.2 Nemndenes sammensetning og organisering

Nemndenes virksomhet er styrt av lov nr. 30/2000 og nr. 130-A/2001. Det er etablert nemnder i hvert av Portugals 18 distrikter.⁹³ Hver nemnd består av tre faste nemndsmedlemmer, hvorav én er nemndsleder, jf. lov nr. 30/2000 artikkel 7. Et av nemndsmedlemmene skal være jurist⁹⁴ og oppnevnes av justisministeriet. De to øvrige skal ha rusfaglig ekspertise og oppnevnes av helseministeriet. I en ikke-uttømmende opplisting av yrkesgruppene disse nemndsmedlemmene kan velges fra, nevnes leger, psykologer, sosiologer og sosialarbeidere. Det fremgår av SICADs retningslinjer for nemndenes arbeid at nemndsmedlemmene velges blant høyerestående offentlige tjenestepersoner.⁹⁵

⁸⁹ Silvestri (2014) s. 16.

⁹⁰ Silvestri (2014) s. 16. Se også SICAD (2013) s. 6. I regjeringens strategidokument, blant annet på s. 39, omtales straff som *ultima ratio*.

⁹¹ Se David Wexler (2013): *Therapeutic Jurisprudence: The Law as a Therapeutic Agent*. Wexler (2013, s. 27) beskriver terapeutisk juss som «an attempt to humanize the law by incorporating insights from psychology, criminology, and social work into the law and its administration». Dette handler om at retten er noe mer enn et redskap for regulering og instrumentell konfliktløsning.

⁹² Se SICAD (2013).

⁹³ EMCCDA (2011a).

⁹⁴ Ordlyden i den engelske oversettelsen av loven er «legal expert».

⁹⁵ SICAD (2013) s. 7. Ordlyden i den engelske oversettelsen er «senior public servants».

⁸³ Opplysning mottatt fra en ansatt ved narkotikanemnden i Lisboa i møte med utvalgets sekretariat. Kostnaden som kreves dekket, er opplyst å ligge rundt 250 euro.

⁸⁴ Decreto-Lei n.º 130-A/2001 artikkel 41.

⁸⁵ Decreto-Lei n.º 130-A/2001 artikkel 14 nr. 6.

⁸⁶ Se Portuguese Government (1999).

⁸⁷ Félix og Portugal (2017); Hughes og Stevens (2010); Laqueur (2015).

⁸⁸ Gonçalves, Lourenço og Da Silva (2015); Loo, van Beusekom og Kahan (2002).

Nemndsmedlemmene bistås av et tverrfaglig sekretariat.⁹⁶ Sekretariatet består gjerne av 3 til 5 personer, og denne funksjonen koordineres av SICAD.⁹⁷ Sekretariatet kan inneha psykologfaglig, juridisk og sosialfaglig kompetanse. Det tverrfaglige teamet ivaretar funksjoner knyttet til blant annet å evaluere personens tilstand, å etablere kontakt med helsetjenester og å undersøke om den behandling som inngår som et vilkår for prøvetid, faktisk gjennomføres.⁹⁸

For å oppfylle sine lovbestemte oppgaver kan nemndene hente inn bistand fra andre offentlige myndigheter (sosial- og helsesektoren, politi og andre administrative instanser) etter behov i den enkelte sak, jf. lov nr. 30/2000 artikkel 9 nr. 2.

Nemndene er organisert med sikte på å sikre⁹⁹

- fleksibilitet: Avgjørelsene skal i stor grad baseres på skjønn.
- lokal orientering: Oppfølgingen skal være tilpasset lokale forhold og tjenestetilbud.
- informasjon: Det legges vekt på å gi informasjon og råd om bruk av narkotika.
- brukervedvirkning: Den enkelte skal gis anledning til å bli hørt.
- myndiggjøring: Brukeren skal gis bedre evne til å foreta reflekterte valg om konsekvensen av videre bruk av narkotika.

Nemndene samarbeider med andre instanser, herunder politiet, utdanningsinstitusjoner og sivilsamfunnet, og det er etablert avtaler og protokoller for slikt samarbeid.¹⁰⁰ Utvalget kjenner ikke til andre land som har valgt tilsvarende organisatorisk løsning for å håndtere narkotikalovbrudd.

6.2.6.3 Nemndenes saksbehandling

Når en person møter for nemnda, vil saksbehandlingen innebære et visst element av utspørring og en mulighet for kontradiksjon og medvirkning. Møtet skal være uformelt og foregår i et ordinært møterom, hvor det er et bevisst mål å unngå å skape et asymmetrisk maktforhold mellom deltagere.¹⁰¹

En ansatt i nemndas sekretariat gir parten informasjon om prosessen, mulighet til å stille spørsmål og til eventuelt å korrigere opplysninger som nemnda allerede har mottatt om personen og vedkommendes rusmiddelbruk.

Omfanget av informasjonsinnhenting og vurderinger kan tilpasses behovene i den enkelte sak. Dersom parten benekter at stoffet saken gjelder, er narkotisk eller psykoaktivt, eller hvis politiet har gitt uttrykk for tvil om dette, skal nemnda sørge for analyse av stoffet så langt det er nødvendig for å avklare sakens faktum.¹⁰²

Informasjonsinnhenting og kartleggingen som er beskrevet i tabell 6.1, gjøres hovedsakelig av nemndas sekretariat. Et medlem av sekretariatet legger frem saken for minst to av nemndsmedlemmene, som treffer avgjørelse i saken.¹⁰³ Nemndens vurdering av personens rusmiddelbruk, og hvilke tiltak eller sanksjoner som fremstår passende, legges frem for personen, som gis mulighet til å uttale seg. I møtet med nemnda kan det fastsettes datoer for videre oppfølging av personen.¹⁰⁴

Møtene i nemndene er lukket for allmennheten, men lederen av nemnda kan tillate at en støtteperson er til stede dersom parten ønsker det.¹⁰⁵ Parten kan be om at en behandler etter eget ønske kan delta i saksbehandlingen.¹⁰⁶ Nemnda kan, på eget initiativ eller etter anmodning fra parten, innkalle medlemmer av partens husstand eller partens nærmeste pårørende for å belyse partens historikk og livssituasjon, samt for å involvere familiemedlemmer i oppfølgingen av parten.¹⁰⁷ Nemnda kan, på eget initiativ eller etter anmodning fra parten, innkalle tjenestepersonen i politiet som har skrevet innrapporteringen, til nemnda for å belyse sakens faktum.¹⁰⁸

I utgangspunktet kan møtet med personen inneholde momentene som er beskrevet i tabell 6.1.

Personen er lovpålagt å møte for nemnda. Hvis personen ikke møter opp, skal nemndas leder ta alle nødvendige skritt for å komme i kontakt med personen og forsøke å motivere personen til å møte opp innen en ny, rimelig frist, jf. lov 130-A artikkel 13 nr. 3. Hvis dette ikke lykkes etter gjentatte forsøk, som også kan involvere bruk av opp-

⁹⁶ Se Decreto-Lei n.º 130-A/2001 artikkel 6 og 7.

⁹⁷ SICAD (2013) s. 7.

⁹⁸ Decreto-Lei n.º 130-A/2001 artikkel 7. Se også Silvestri (2014) s. 11–12.

⁹⁹ Se Silvestri (2014) og SICAD (2013).

¹⁰⁰ SICAD (2019a) s. 143.

¹⁰¹ Silvestri (2014) s. 20.

¹⁰² Decreto-Lei n.º 130-A/2001 artikkel 17.

¹⁰³ Decreto-Lei n.º 130-A/2001 artikkel 35.

¹⁰⁴ Silvestri (2014) s. 17–18.

¹⁰⁵ Decreto-Lei n.º 130-A/2001 artikkel 13 nr. 6.

¹⁰⁶ Decreto-Lei n.º 130-A/2001 artikkel 19.

¹⁰⁷ Decreto-Lei n.º 130-A/2001 artikkel 15.

¹⁰⁸ Decreto-Lei n.º 130-A/2001 artikkel 18.

Tabell 6.1 Skjematisk fremstilling av mulig innhold i nemndsmøtet¹

Første fase: Evaluering	1. Strukturert intervju og anamnese	Innhenting av opplysninger om personlige, familiære og sosiale forhold, personens nåværende og tidligere bruk av narkotika (herunder frekvens og kontekst for bruk). Intervjueren skal være oppmerksom på mulige tegn til psykiske lidelser	
	2. Vurdering av motivasjon	Vurdering av risikoen ved bruk av narkotika og personens motivasjon for endring og vilje til å ta imot behandling Kan utelates dersom risikoen ved personens rusmiddelbruk anses å være lav (se nedenfor)	
	3. Vurdering av narkotikabruk	Vurdering av narkotikarelaterte problemer Bruk av ASSIST (<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>) for å kartlegge grad av avhengighet	
	4. Nærmere vurdering av problemer knyttet til narkotikabruk	Kliniske (fysiske og mentale) problemer Sosial fungering og nettverk Hvordan personen forholder seg til egen narkotikabruk og problemer knyttet til bruk	
	5. Evaluering av risikonivå	Lav / moderat / høy	
Andre fase: Individuell intervensjon	Valg av strategi for intervensjonen, basert på risikonivå. Sanksjoner inngår som ett av flere mulige virkemidler i intervensjonen	Lav risiko	Forebygging og opplæring
		Moderat risiko	Bevisstgjørende motivasjons-samtale. Oppfølging og henvisning til eventuelle tjenester personen har behov for
		Høy risiko	Bevisstgjørende motivasjons-samtale. Monitorering og oppfølging samt henvisning til spesialiserte helsetjenester Dersom personen har injisert rusmidler i løpet av de siste tre månedene, henvises personen alltid til spesialiserte helse-tjenester

¹ Tabellen bygger videre på en oversikt utarbeidet av nemnda i Aveiro, som er gjengitt på engelsk i Silvestri (2014) s. 18, oversatt av utvalget fra engelsk til norsk. Bearbeidelsen baserer seg på SICAD (2013) kapittel 4, Silvestri (2014) s. 17–18 og samtale med kilder i Lisboa.

søkende tjenester på stedet,¹⁰⁹ ber nemnda politiet om å forkynne et innkallingsbrev for personen. Hvis det fortsatt ikke lykkes å få tak i personen, forsøker nemnda å spore opp personen ved å kontakte helse- og sosialtjenester, sjekke om vedkommende er innlagt på sykehus eller innsatt i fengsel. Ifølge opplysninger mottatt fra SICAD under utvalgets studietur kan det i ytterste konse-

kvens være straffbart å unnlate å møte etter å ha mottatt et forkynt innkallingsbrev, men det er ukjent i hvilken grad et slikt straffebud håndheves.

Dersom personen ikke møter, kan nemnda behandle saken og treffe vedtak, jf. lov 130-A/2001 artikkel 13 nr. 5.

Ifølge SICAD oppfyller de aller fleste pålegget om å møte. En undersøkelse gjennomført i 2015 viste at dette var tilfelle i mer enn 92,7 prosent av sakene.¹¹⁰

¹⁰⁹ Opplysning mottatt fra en ansatt ved nemnda i Lisboa i møte med utvalgets sekretariat.

6.2.6.4 Rett til å la seg bistå av advokat og klagerett

Parten kan la seg bistå av en advokat i saken, og nemnda kan oppnevne advokat på partens vegne dersom det anses nødvendig.¹¹¹

Parten kan kreve rettslig overprøving av nemndas avgjørelser om reaksjoner etter alminnelige bestemmelser i portugisisk rett om administrative lovbrudd, jf. lov nr. 130-A/2001 artikkel 31 og forutsetningsvis artikkel 8 nr. 2.

6.2.6.5 Statistikk om saksbehandlingen i nemndene: antall saker, typer rusmidler og egenskaper ved innkalte personer

Antall saker samt fordeling på kjønn, alder og arbeid eller utdanning

Figur 6.1 viser antallet saker for nemndene og antall enkeltpersoner som er innkalt per år, for årene 2001–2018. Som det fremgår, har nemndenes saksmengde økt mer eller mindre jevnt siden 2001, med et fall i antall saker fra 12 847 i 2017 til 11 201 i 2018.

Selv om politiet har den primære rollen som avdekker og henviser, fungerer også domstolene som en inngang til nemndene. I 2018 ble 85 pro-

sent av saker henvist fra politiet og 15 prosent fra domstolene.¹¹²

Statistikken om saksinntak viser at de som møter for nemnda er unge. I figur 6.2 er personene som ble innkalt i 2018, fordelt på aldersgrupper. Som det fremgår, utgjør personer i alderen 16–24 år litt over halvparten (52,6 prosent) av alle innkalte personer.

Dette kan indikere at politiet er særlig oppmerksomme på unges rusmiddelbruk og prioriterer å gripe inn overfor unge. Bekymringen kan ha sammenheng med at unge blir betraktet som mer sårbare og mindre i stand til å overskue konsekvensene av fortsatt bruk av rusmidler. En tanke om at inngripen er mer legitim og hensiktsmessig for denne gruppen enn for andre, og den uttalte målsettingen i regjeringens narkotikastrategi om å forhindre bruk av narkotika særlig i de yngre delene av befolkningen, kan ligge til grunn for dette. Tallene kan også være et utslag av at unge mennesker eksperimenterer med narkotika, og at eksperimenteringen avtar i voksen alder.

Det er også et markant trekk ved sakene at det store flertallet gjelder menn. Kjønnfordelingen var i 2018 91 prosent menn og 9 prosent kvinner.¹¹³ I 2017 var de tilsvarende prosentandelene henholdsvis 92,6 og 7,4.¹¹⁴ Den mannlige overvekten er

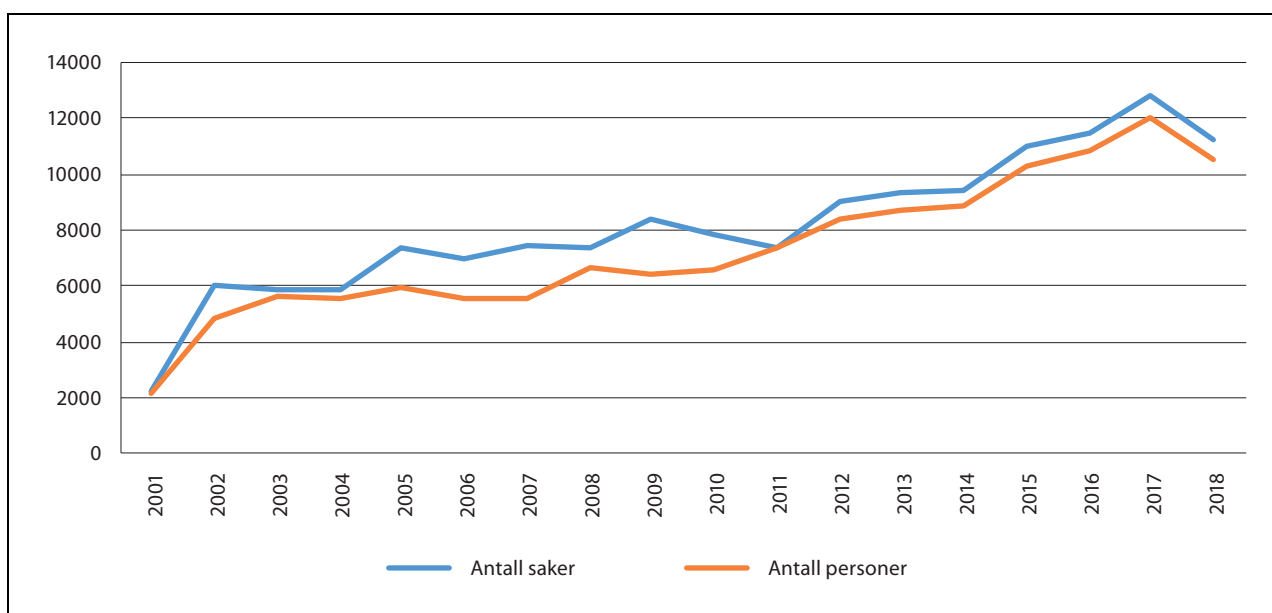
¹¹⁰ SICAD, «The intervention of the Commissions for the Dissuasion of Drug Addiction and changes behavior from the perspective of the indicted. Decriminalization: 15 years later», presentasjon datert juni 2017.

¹¹¹ Decreto-Lei n.º 130-A/2001 artikkel 13 nr. 1.

¹¹² SICAD, (2019a) s. 141. Silvestri (2014 s. 15) opplyser at andelen saker som ble henvist fra domstolene, varierte fra 14 prosent til 30 prosent av totalen i årene 2002–2013, ifølge tall forfatteren innhentet fra SICAD.

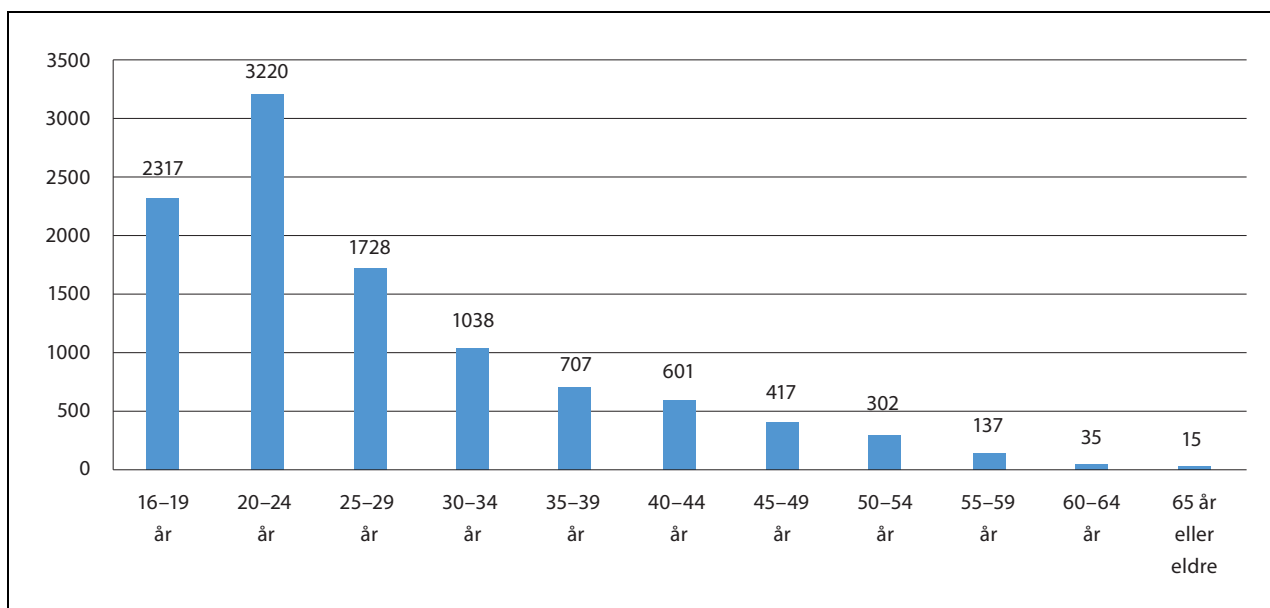
¹¹³ SICAD (2019a) s. 143.

¹¹⁴ SICAD (2019b).



Figur 6.1 Antall saker og innkalte personer

Kilde: SICAD (2019a).



Figur 6.2 Aldersfordeling i 2018

Kilde: SICAD(2019a) s. 143.

interessant, siden det ikke gjenspeiler de reelle kjønnsforskjellene i rusbruk i befolkningen.¹¹⁵ Tall fra EMCDDA for 2016 viser at 5 prosent av kvinnene og 10,9 prosent av mennene i alderen 15–34 år rapporterte at de hadde brukt cannabis siste år. Som det fremgår nedenfor, gjelder de fleste sakene som nemndene behandler, cannabis. For kokain var de tilsvarende tallene 0,3 prosent for kvinner og 0,4 prosent for menn. I hele EU er det kjønnsforskjeller i bruk av narkotika, men kjønnsforskjellene varierer betydelig mellom land.¹¹⁶

Overrepresentasjonen av menn kan ha sammensatte årsaker. Det kan blant annet ha sammenheng med at menn av ulike grunner oftere får politiets oppmerksomhet enn kvinner. Forskning på åpne russcener i Norge har vist at flere menn enn kvinner oppholder seg der.¹¹⁷ Unge og vanskeligstilte gutter som lever under trangbødde og usatte familieforhold, inntar oftere rusmidler i offentlige, politiovervåkede områder, i mangel av andre meningsfulle aktiviteter og alternativer.¹¹⁸ Politiets aktiviteter og prioriteringer av en sterkere patruljeringsinnsats i det som betraktes som belastede nabolag, høyner risikoen for å bli tatt i bestemte områder mer enn andre.¹¹⁹ Det kan antas at kvinnelige brukere sjeldnere blir utsatt for politi-

ets oppmerksomhet fordi de i mindre grad bruker rusmidler åpenlyst, ofte har en mer perifer rolle i den gatenære illegale rusøkonomien og ikke like ofte er involvert i narkotikarelatert kriminalitet. Kjønnede offerkonstruksjoner kan også bidra til at hjelpe- og kontrollapparatet behandler kvinnelige brukere mildere, fordi kvinner blir oppfattet som mer sårbare og stigmaterte enn menn.¹²⁰ Under utvalgets besøk i Portugal ble denne antagelsen bekreftet av et nemndsmedlem i Lisboa, som kommenterte at politiet i større grad velger å la kvinner slippe å møte for nemnda av slike grunner.

At menns narkotikarelaterte kriminalitet oftere blir avdekket, handler også om kjønnsforskjeller i risikooppfatninger og risikoavvergesstrategier.¹²¹ En bestemt mannlig selvpresentasjonsform, en form for gateopptreden, kan påkalle politiets oppmerksomhet.

Under utvalgets studietur til Portugal ble det opplyst at personer med minoritetsbakgrunn i mindre grad kontakter helsetjenestene for å få behandling for rusproblemer. Det var ikke mulig å fremskaffe statistikk som belyser i hvilket omfang personer med minoritetsbakgrunn blir innkalt til nemndene.

Når det gjelder brukernes sosiale bakgrunn, er tilgjengelig statistikk noe begrenset, men det finnes data for personenes arbeids- og utdannings-situasjon, se figur 6.3.

¹¹⁵ EMCDDA (2019c), se avsnittet om «Drug use».

¹¹⁶ EMCDDA (2005a).

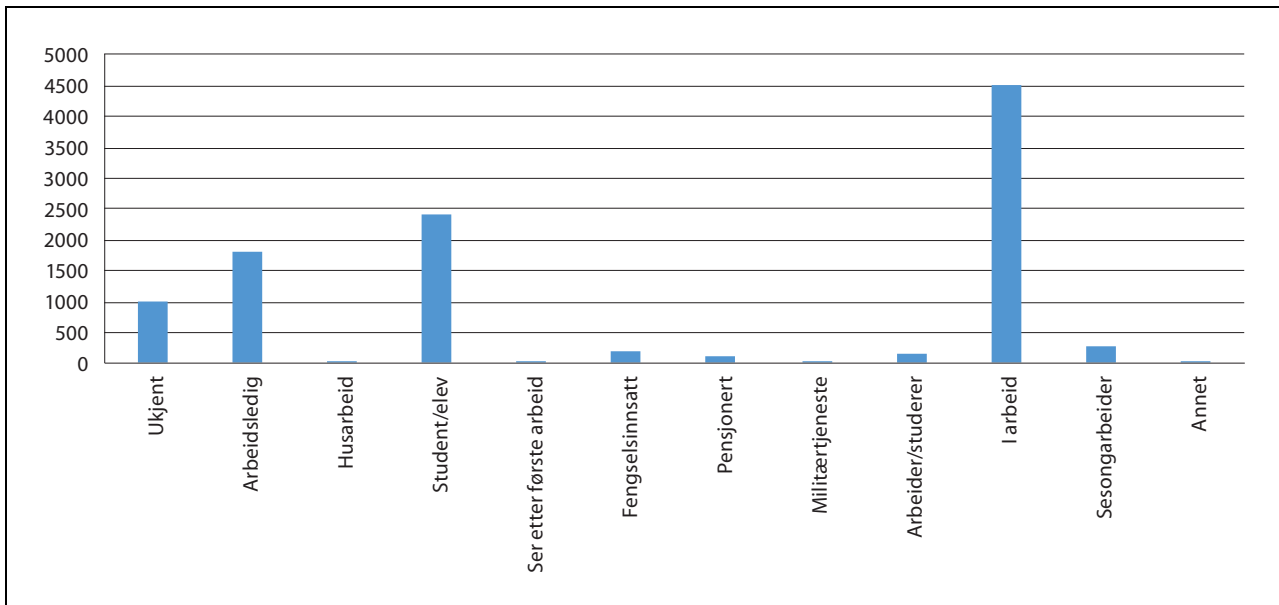
¹¹⁷ Gjersing og Sandøy (2014).

¹¹⁸ Domosławski (2011).

¹¹⁹ Skogan (2006).

¹²⁰ Lundeberg og Mjåland (2017).

¹²¹ Grundetjern (2015).



Figur 6.3 Innkalte personers primære beskjeftigelse i 2018

Kilde: SICAD(2019a) s. 143.

Statistikk fra perioden 2001–2013 viste at 40 prosent var i arbeid, 28 prosent hadde oppgitt status som arbeidsløs, 18 prosent som elever/studenter og 4 prosent var innsatt.¹²² I 2018 hadde de aller fleste (9 223 av 10 517) sivilstatus som enslig.¹²³

Personens forhold til rusmidler: Vurdering av avhengighet og risiko samt type rusmiddel

De aller fleste ble ikke klassifisert som rusavhengige, og få ble ansett å ha et alvorlig rusproblem. I 2018 ble det foretatt en vurdering av rusavhengighet for 7 656 av de totalt 10 517 personene som var innkalt. Figur 6.4 A viser avhengige og ikke-avhengige. Av de 7 656 personene ble risiko knyttet til bruk kartlagt for 5 681 personer. Resultatene fremgår av figur 6.4 B.

Utviklingen i antallet personer vurdert som enten rusavhengige eller ikke rusavhengige i årene 2001–2018 er vist i figur 6.5.

På den ene side kan den lave andelen rusavhengige fremstå påfallende, ettersom personer med rusproblemer er en brukergruppe det vil kunne antas at politiet oftere kommer i kontakt med, og som kan ha behov for oppfølging. At rusavhengige ikke utgjør en større andel i statistikken, kan tenkes å skyldes at politiet allerede er kjent med brukerne og vet at brukerne allerede

har kontakt med hjelpetiltak. Nyttens av å reagere formelt fra politiets side kan i slike tilfeller fremstå som begrenset. En slik antagelse er forenelig med det faktum at de aller fleste som innkalles, ikke er registrert med tidligere overtredelser av det sivilrettslige narkotikaforbudet, se figur 6.6.

På den annen side kan disse tallene være et utslag av at det i stor grad er unge mennesker som bringes inn for nemndene (se aldersfordelingen ovenfor) og et resultat av særskilt oppmerksomhet rettet mot unge menneskers narkotikabruk fra politiets side. Disse tallene kan også henge sammen med at opplysningene om overtredelsen oppbevares i *fem år*. Dersom det ikke oppdages nye overtredelser i femårsperioden destrueres saksmappen. Etter destrusering av saksmappen behandler nemndene en eventuell ny overtredelse begått av personen som førstegangsovertredelse av forbudet.

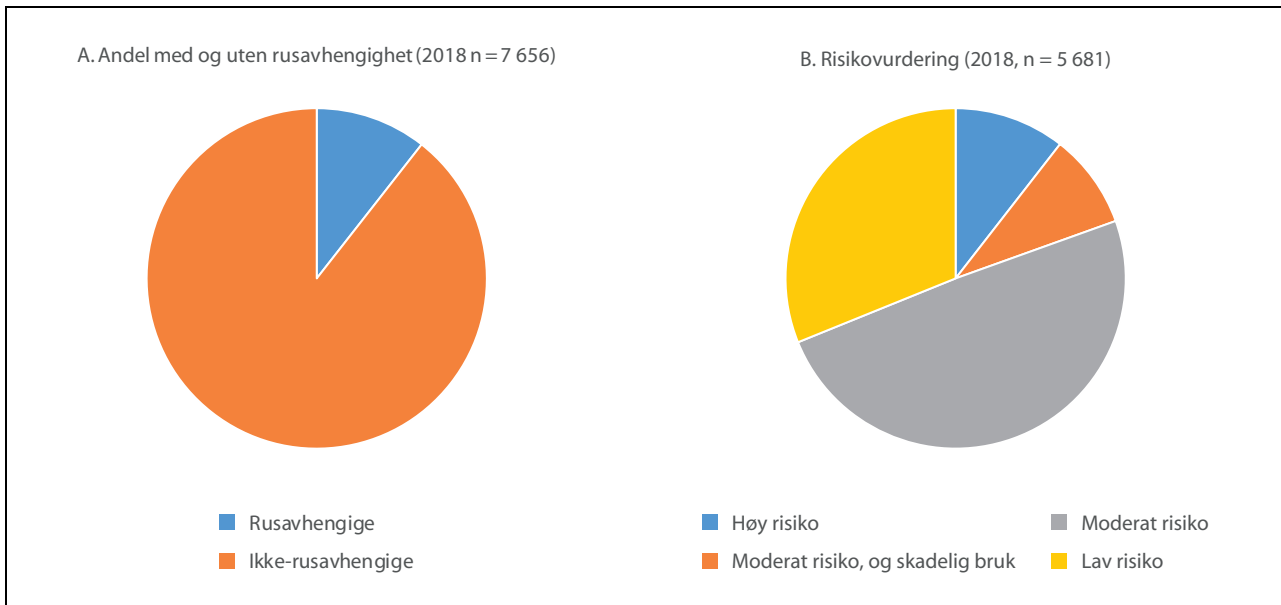
De aller fleste sakene omhandler bruk av cannabis, se figur 6.7. Dette er ikke overraskende, i og med at cannabis er det desidert mest brukte illegale rusmiddelet i befolkningen, også i Portugal. En feltstudie fra 2014 konstaterte at et meget betydelig flertall av sakene gjaldt rekreasjonsbrukere av cannabis som var tatt for første gang.¹²⁴ Dette synes å være forenelig med tall for 2017. Nesten ingen av tilfellene gjaldt bruk av amfetamin eller hallusinogener.¹²⁵

¹²² Tall fra Silvestri (2014), som har studert CDT-avgjørelser i perioden 2011–2013.

¹²³ SICAD (2019a), s. 144.

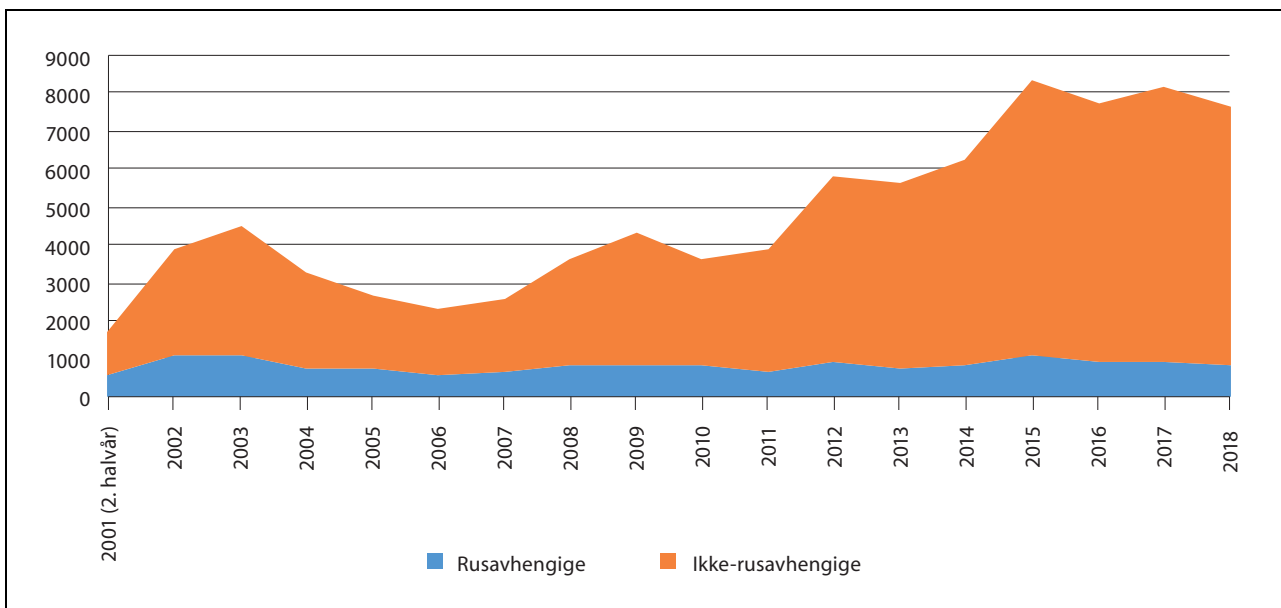
¹²⁴ Silvestri (2014) s. 14.

¹²⁵ Se også Silvestri (2014), som fant at under 1 prosent av tilfellene gjaldt amfetamin eller hallusinogener.



Figur 6.4 Utfall av vurdering av rusavhengighet og vurdering av risiko i 2018

Kilde: SICAD (2019a) s. 149.



Figur 6.5 Andel personer vurdert som enten rusavhengige eller ikke rusavhengige, 2001–2018

Kilde: Tall mottatt fra SICAD.

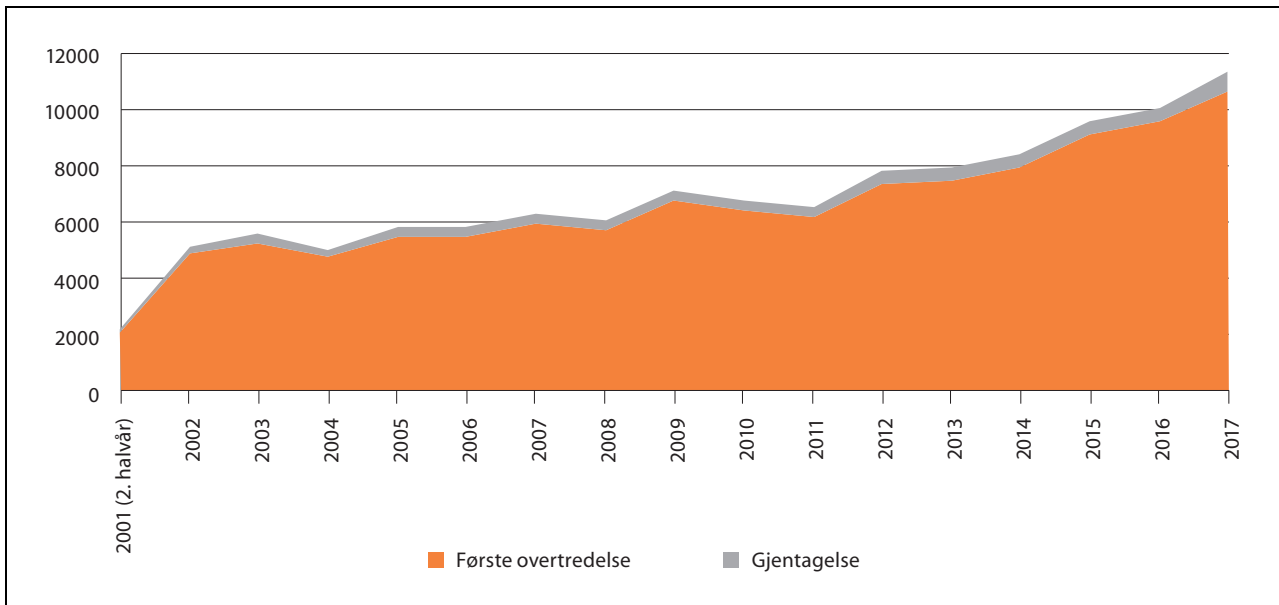
Saker som gjaldt bruk av flere stoffer, gjaldt ofte enten kokain og heroin eller kokain og cannabis, se figur 6.8.

6.2.6.6 Nemndenes vedtak

Oversikt

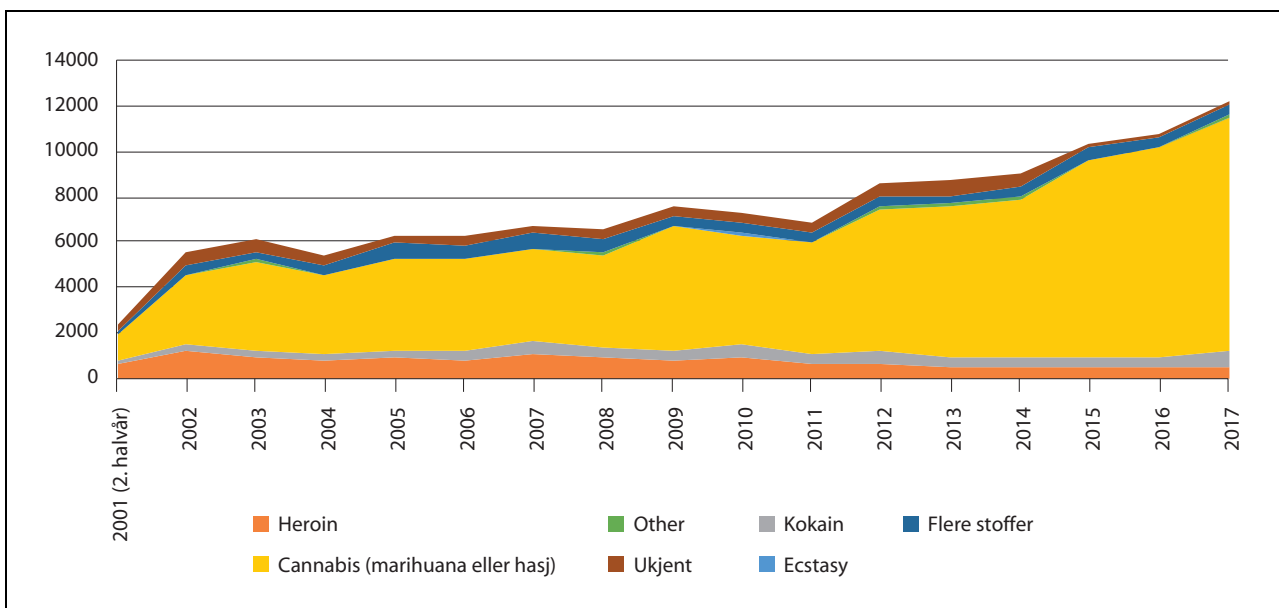
Figur 6.9 viser nemndenes vedtak fordelt på ulike typer utfall for årene 2001–2017. Som det

fremgår, har det vært en betydelig vekst i antallet vedtak fra første hele år i 2002 til 2017, med to tydelige «bølgedaler» i perioden 2004–2008 og 2010–2012. Flertallet av vedtakene gjelder ikke-avhengige personer som får saken stilt i bero, jf. lov nr. 30/2000 artikkel 11 nr. 1. I 2017 ble i underkant av 10 prosent av sakene stanst mens en person som ble ansett som rusavhengig, mottar behandling. I underkant av 20 prosent av vedtakene i 2017 innebar en reaksjon, for



Figur 6.6 Første gangs overtredelse eller gjentatt overtredelse av narkotikaforbudet i perioden 2001–2017

Kilde: Tall mottatt fra SICAD.



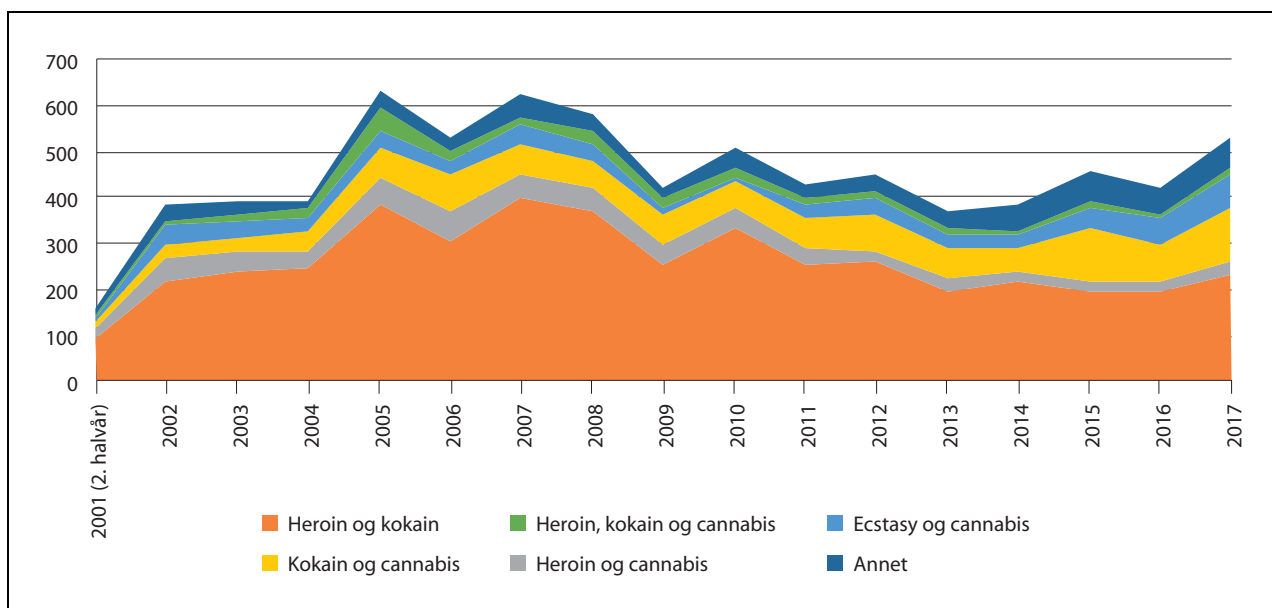
Figur 6.7 Oversikt over fordeling av type narkotika i nemndas saker i perioden 2001–2017

Kilde: Tall mottatt fra SICAD.

eksempel overtredelsesgebyr eller pålegg om jevnlig oppmøte ved en helsestasjon eller annet sted bestemt av nemnda. I de følgende avsnittene gjennomgås de mulige utfallene av nemndenes saksbehandling: stansing av saken med prøvetid, reaksjon, betinget reaksjon eller betinget fullbyrdelse, samt frifinnelse.

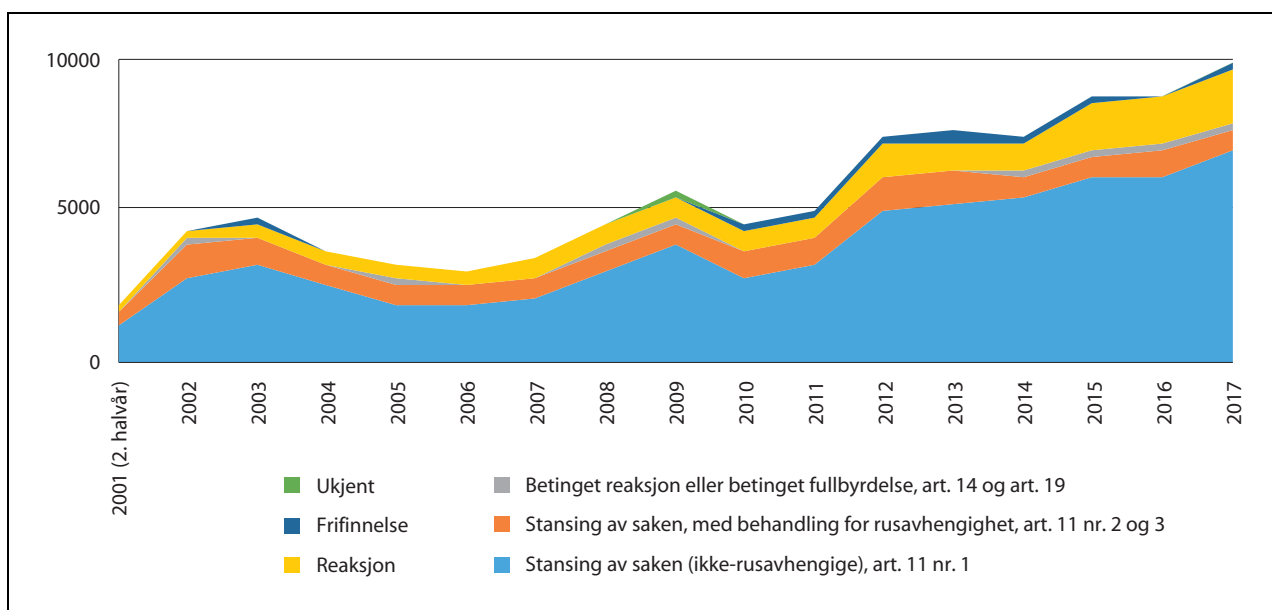
Stansing av saken med prøvetid, jf. artikkel 11

I tilfeller der det ikke er registrert tidligere overtredelser begått av parten, og parten *ikke er rusavhengig*, skal saken stanses, jf. lov nr. 30/2000 artikkel 11. Dette innebærer at partens rusmiddelbruk kartlegges og forholdet registreres, og at saken deretter stilles i bero i inntil to år, jf. artikkel 13 nr. 1. Det kan treffes en begrunnet avgjørelse om å forlenge denne perioden med ett år. Dersom



Figur 6.8 Kombinasjoner av narkotika (2001–2017)

Kilde: Tall mottatt fra SICAD.



Figur 6.9 Type vedtak fordelt på år (2001–2017)

Kilde: Tall mottatt fra SICAD.

saken gjelder en part uten rusavhengighet, og parten ikke på nytt tas for narkotikabruk i løpet av denne perioden, skal saken lukkes, jf. artikkel 13 nr. 2 bokstav a.

I tilfeller der det ikke er registrert tidligere overtredelser begått av parten, og parten er *rusavhengig*, skal saken stanses dersom parten samtykker til behandling, jf. artikkel 11 nr. 2. Dersom det foreligger samtykke til behandling fra en part med rusavhengighet, *kan* nemnda

stanses saken også i tilfeller der det er registrert tidligere overtredelser begått av parten. Når saken stanses på grunnlag av partens samtykke til å ta imot behandling, skal det avklares hvilken institusjon parten skal behandles av, og institusjonen skal rapportere til nemnda hver tredje måned om hvorvidt behandlingen fremdeles pågår eller er avbrutt, jf. artikkel 12 nr. 3. Såfremt parten ikke avbryter behandlingen av grunner som kan klandres parten selv,¹²⁶ skal

saken lukkes ved utløpet av prøvetiden, jf. artikkel 13 nr. 2 bokstav b.

Som omtalt i punkt 6.2.6.5 ovenfor destrueres opplysningene om en persons overtredelse av forbudet etter *fem år*, dersom det ikke er avdekket nye overtredelser. Etter destruering regnes en eventuell ny overtredelse som et førstegangs-tilfelle.

En avgjørelse om å stanse saken kan ikke overprøves, jf. artikkel 11. nr. 4.

Reaksjon, jf. artikkel 15–18

I henhold til lov nr. 30/2000 artikkel 15 nr. 1 kan overtredelse av forbudet mot bruk, erverv og besittelse sanksjoneres ved overtredelsesgebyr eller ikke-økonomiske reaksjoner. Reaksjoner skal i henhold til artikkel 15 nr. 3 anvendes med sikte på å forhindre bruken av narkotika og psykotrope stoffer. Ved avgjørelsen skal det tas hensyn til følgende momenter, jf. samme bestemmelse nr. 4:

- overtredelsens alvorlighetsgrad
- brukerens skyldgrad ved overtredelsen
- hva slags type stoff overtredelsen gjelder
- om bruk skjedde på offentlig eller privat sted
- i tilfelle bruk på offentlig sted: hvilket offentlig sted
- i tilfelle ikke-avhengig bruker: om bruken har skjedd leilighetsvis eller vanemessig
- brukerens personlige økonomiske forhold

Overtredelsesgebyr kan bare ilegges personer som ikke er rusavhengige, jf. artikkel 15 nr. 1 og 2. Gebyret fastsettes innenfor rammer angitt i lovens artikkel 16. Bestemmelsen angir to ulike nivåer, avhengig av hvilken klassifisering stoffet saken gjelder har i Portugals narkotikalovgivning. Dersom saken gjelder for eksempel heroin, kokain, MDMA eller amfetamin,¹²⁷ kan det fastsettes et gebyr på minimum € 25 og maksimum € 600, jf. artikkel 16 nr. 1.¹²⁸ Dersom saken gjelder for eksempel cannabis¹²⁹ kan det fastsettes et gebyr på minimum € 25 og maksimum € 150, jf. artikkel 16 nr. 2. Gebyrets størrelse i hver enkelt sak,

¹²⁶ Vilkårets ordlyd i den engelske oversettelsen er at personen «undergoes treatment and does not interrupt it unduly», jf. artikkel 13 nr. 2 bokstav b.

¹²⁷ Stoffer inntatt i henholdsvis liste I-A, I-B, II-A og II-B i medhold av narkotikaloven.

¹²⁸ Lovteksten angir et minimumsnivå i den tidligere valutaen escudo. Maksimumsgrensen i artikkel 6 nr. 1 følger den nasjonale minstelønningen, som i 2019 ble oppgitt å være € 600.

¹²⁹ Stoffer inntatt i henholdsvis liste I-C og IV i medhold av narkotikaloven.

innenfor disse rammene, fastsettes etter en individuell vurdering. Utvalget har fått opplyst fra nemnda i Lisboa at et normalt nivå for overtredelsesgebyr der en person tas med cannabis for annen gang (første gangen blir saken stanset, se ovenfor), ofte vil være fra € 30 til € 40, avhengig av mengden. Deretter kan nivået øke gradvis ved gjentagelser.

Nemndene har kompetanse til å ilegge en rekke *ikke-økonomiske reaksjoner*, jf. artikkel 17 nr. 2:

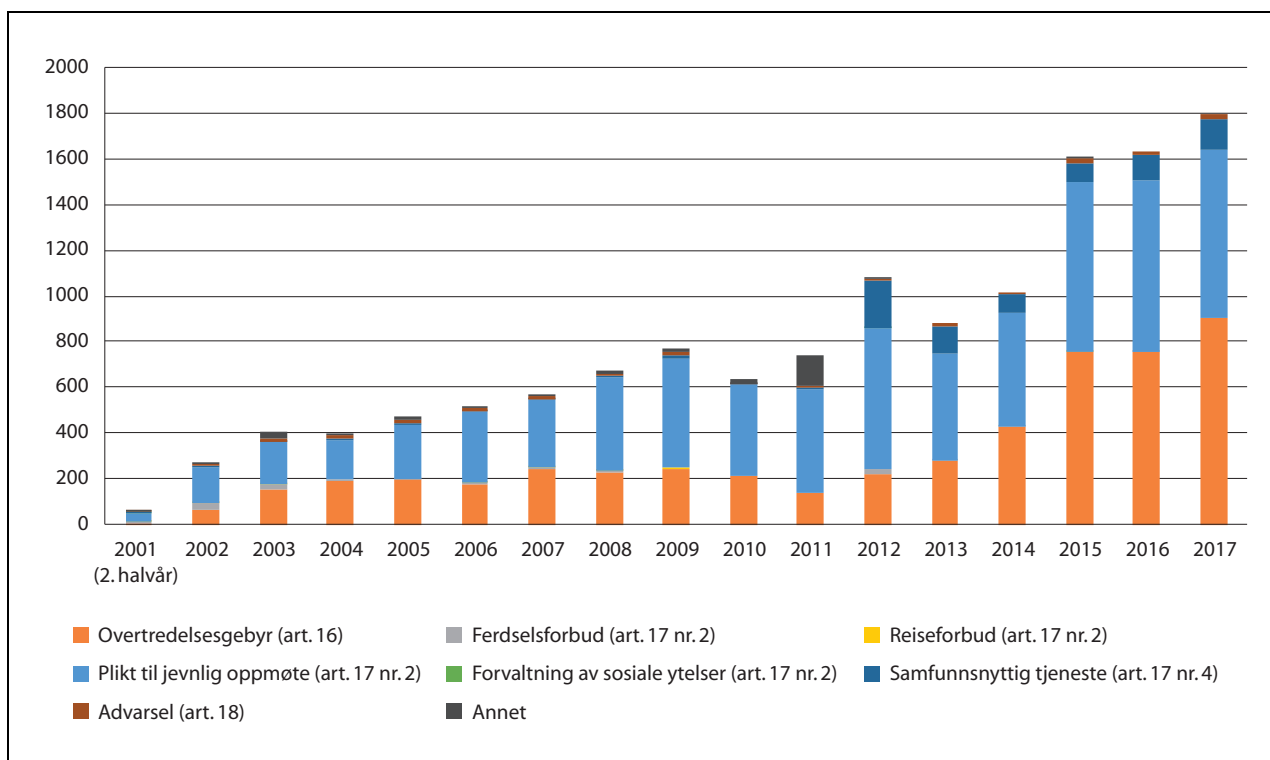
- yrkesforbud for eksempel ved yrker som krever autorisasjon (og lignende), dersom yrkesutøvelsen kan medføre en fare for brukerens eller andres helse
- forbud mot å oppholde seg på bestemte steder
- forbud mot å omgås (gi husvære, oppsøke, ta imot besøk av) visse personer
- forbud mot å forlate landet uten særskilt tillatelse
- plikt til jevnlig oppmøte på et sted bestemt av nemnda
- tap av retten til å besitte og bære våpen
- beslag av gjenstander som tilhører brukeren, dersom disse medfører en risiko for brukeren eller for omgivelsene, eller dersom det er nærliggende at gjenstandene benyttes til fremtidige lovbrudd
- tap av retten til å disponere over midler som brukeren mottar fra offentlige myndigheter, som skal disponeres av CDT på brukerens vegne dersom brukeren samtykker i dette

Varigheten av reaksjoner etter artikkel 17 nr. 2 skal være på minst én måned og maksimalt tre år, jf. artikkel 24.

Som et alternativ til gebyr etter artikkel 16 og reaksjonene nevnt i artikkel 17 nr. 2 kan saken i stedet avgjøres ved at parten pålegges å gi et pengebidrag til en veldedig organisasjon eller avtjene samfunnsnyttig tjeneste, jf. artikkel 17 nr. 3. Dette kan bare besluttes med partens samtykke.

Dersom nemnda på grunnlag av brukerens personlige forhold, samt typen og mengden narkotika som er brukt, legger til grunn at brukeren ikke vil begå nye overtredelser, kan forholdet avgjøres ved at nemnda gir parten en advarsel, jf. artikkel 18 nr. 1, jf. artikkel 17 nr. 1. Advarselen skal omfatte en muntlig reprimande, hvor parten advares om konsekvensene av sine handlinger og gis en sterk oppfordring om ikke å begå nye overtredelser, jf. artikkel 18 nr. 2.

Figur 6.10 viser antallet reaksjoner fra 2001 (kun annet halvår) til 2017. Som det fremgår, har det vært en vekst i bruken av reaksjoner.



Figur 6.10 Reaksjoner fordelt etter type, 2001–2017

Kilde: Tall mottatt fra SICAD.

Betinget reaksjon og betinget fullbyrdelse, jf. artikkel 14 og 19

Selv om vilkårene for ileggelse av en reaksjon er oppfylt, kan nemnda beslutte å gjøre reaksjonen betinget hvis saken gjelder en part som er rusavhengig, og parten samtykker til å ta imot behandling, jf. artikkel 14. Ved ileggelse av en betinget reaksjon fastsettes det en prøvetid på inntil tre år, jf. lov nr. 30/2000 artikkel 14 nr. 2. Dersom parten i løpet av prøvetiden avbryter eller ikke påbegynner behandlingen, og dette skyldes forhold som parten selv rår over,¹³⁰ kommer reaksjonen til anvendelse, jf. artikkel 14 nr. 3. I motsatt fall lukkes saken uten at reaksjonen kommer til anvendelse, jf. artikkel 14 nr. 4.

Nemnda kan også gjøre *fullbyrdelsen* av en allerede besluttet reaksjon betinget, jf. artikkel 19. Dette kan gjøres dersom saken gjelder en part som *er rusavhengig*, og det enten ikke finnes plausible behandlingstilbud for personen eller personen ikke samtykker til behandling, jf. artikkel 19 nr. 1. I slike tilfeller skal det fastsettes vilkår om at personen jevnlig melder seg til en helsetjeneste

med sikte på en forbedring av personens tilstand. Betinget fullbyrdelse av en reaksjon kan også besluttes dersom saken gjelder en part som *ikke er rusavhengig*, såfremt dette etter nemndas vurdering fremstår som hensiktsmessig med tanke på å oppnå målet om å forhindre nye overtredelser, jf. artikkel 19 nr. 2.

Uavhengig av om parten anses rusavhengig eller ikke, kan nemnda ved en avgjørelse om betinget fullbyrdelse fastsette vilkår som nevnt i artikkel 7 nr. 2 bokstav a til d (se omtale ovenfor), jf. artikkel 19 nr. 3. Prøvetiden for betinget fullbyrdelse etter artikkel 19 skal settes til minst én måned og maksimalt tre år, jf. artikkel 24. Ved prøvetidens utløp lukkes saken, og reaksjonen faller bort, med mindre parten gjentatte ganger har brutt vilkårene i avgjørelsen, jf. artikkel 23.

Frifinnelse

Dersom kommisjonen kommer til at sakens faktum ikke innebærer noen overtredelse av forbudet mot bruk av narkotika, eller mot erverv eller besittelse av narkotika til egen bruk, skal saken avsluttes, jf. lov nr. 130-A/2001, artikkel 27 nr. 1. Saken registreres da kun for statistiske formål.

¹³⁰ I den engelske oversettelsen av loven er vilkåret formulert på følgende måte: «[...] for reasons attributable to him or her [...]», jf. artikkel 14 nr. 3.

6.2.7 Utviklingen i Portugal etter reformen

6.2.7.1 *Utfordringer med å analysere effekter av avkriminalisering og andre tiltak i Portugals rusreform*

En undersøkelse av virkningene av reformen i Portugal må ta høyde for at avkriminaliseringen til en viss grad kan ses som en videreføring av en utvikling som hadde begynt før avkriminaliseringen trådte i kraft i 2001.¹³¹ Som vist i punkt 6.2.2.2 inneholdt den tidligere narkotikalovgivningen mekanismer som gjorde det mulig å unnlate å straffe brukere. Brukere som fikk en straff før reformen, ble i praksis ilagt en bot.¹³² Bruk, innhav og erverv forble ulovlig etter reformen, men er ikke lenger straffbart. Derimot finnes det en hjemmel til å ilegge overtredelsesgebyr, som riktignok bare benyttes i en liten andel av sakene, se punkt 6.2.6.6 ovenfor. Politiet er ansvarlig for avdekking av narkotika også som følge av reformen. Antallet narkotikarelaterte møter mellom politiet og befolkningen ble ifølge Laqueur ikke endret etter reformen, se punkt 6.2.7.7 nedenfor. Slike elementer av kontinuitet før og etter reformen har betydning for i hvilken grad det fremstår nærliggende å anta en årsakssammenheng mellom reformen og utviklingen i Portugal i årene fra 2001 og til i dag.

De mulige effektene av lovendringer og satsinger som inngikk i reformen, kan heller ikke bedømmes uavhengig av konteksten i Portugal på slutten av 1990-tallet, herunder den politiske oppslutningen som muliggjorde reformen.¹³³ Utviklingene som beskrives, må også ses i lys av at bredere europeiske og globale trender kan ha betydning for utviklingen innenfor et gitt enkeltland.

6.2.7.2 *Stigma*

Reduksjon av stigmatiseringen av personer som bruker narkotika, var et viktig mål for reformen, og dette trekkes også frem av flere som en viktig konsekvens av reformen. I forskningen på Portugal-modellen er det i liten grad undersøkt empirisk hvilke forhold i straffesakskjeden som faktisk virket stigmatiserende, og i så fall på hvilken måte, og hvordan den sivilrettslige tilnærmingen og de ulike reaksjonene som erstattet straff, fak-

¹³¹ Laqueur (2015) s. 748.

¹³² Laqueur (2015) s. 748. Mindre enn 1 prosent av innsatte i fengsel året før reformen sonet straff for besittelse av narkotika.

¹³³ Slik det også er lagt til grunn i for eksempel en utredningsrapport om narkotikapolitikk fra Storbritannias innenriksdepartement, se Home Office (2014) s. 51.

tisk har bidratt til redusert opplevd stigma. Dr. João Goulão, som var en av opphavspersonene for reformen og i dag leder for SICAD, har uttalt: «[T]he biggest effect has been to allow the stigma of drug addiction to fall, to let people speak clearly and to pursue professional help without fear.»¹³⁴ Det finnes flere eksempler på slike utsagn fra ansatte i nemndssystemet.¹³⁵

Avstigmatisering og hjelpesøkende adferd følger ikke nødvendigvis av en avkriminalisering, men avhenger av hva som erstatter straff, måten andre reaksjoner pålegges brukere av narkotika og hvordan de følges opp. At brukere etter avkriminalisering slipper straff og strafferegistrering og belastningene knyttet til dette, kan bidra til å begrense stigmatisering. Straff innebærer i seg selv en moralsk fordømmelse som uunngåelig i større eller mindre grad vil virke stigmatiserende. Dette uttrykket for fordømmelse kan sies å være en del av formålet med bruk av straff (se kapittel 12).

Som omtalt ovenfor skal oppmøte for nemnda skje innen en frist på 72 timer etter hendelsen.¹³⁶ Saken behandles og avgjøres dermed innen svært kort tid, noe som kan antas å innebære en redusert belastning for personen saken gjelder.

6.2.7.3 *Brukernes erfaringer med nemndene og synet på egen bruk av rusmidler etter intervensjonen*

Et viktig hensyn i vurderingen av nemndenes virksomhet er brukernes erfaring med nemndsprosessen. Et hovedformål med å erstatte en straffesaksmodell med en nemndsmodell var å redusere og fjerne unødig stigma som fulgte med å bli gjenstand for straffeforfølgning.

Under studiereisen til Portugal møtte utvalget representanter fra brukerforeningen Consumidores Associados Sobrevivem Organizados (CASO). De ga uttrykk for at det var stor variasjon mellom de ulike provinsene i nemndenes behandling av saker, noe som kunne føre til manglende forutberegnelighet. Dette kan knyttes til den store graden av skjønn som lovverket gir nemndsmedlemmene når saken gjelder personer med rusavhengighet.

Nemndenes arbeid kan også vurderes ut fra dens virkninger på personenes rusmiddelbruk og helse, altså om nemndene bidrar til å redu-

¹³⁴ Hawkes (2011).

¹³⁵ Se gjengivelse i Laqueur (2015) s. 768 og Silvestri (2014) s. 35.

¹³⁶ Se Decreto-Lei n.º 130-A/2001 artikkel 11 nr. 1.

sere samlede negative konsekvenser av narkotikabruk. SICAD gjennomførte en undersøkelse av hvordan personer oppfattet nemndsprosessen, og hvilken betydning reaksjonene og oppfølgingen fra nemnda har hatt for omfang av rusmiddelbruk og problematisk bruk samt endringer i risikobevissthet og helse- og livssituasjon.¹³⁷ Hovedfunn som fremgår av det engelskspråklige sammendraget, er blant annet følgende:

- 61 prosent svarte bekreftende på spørsmål om de tror kontakten med nemnda bidro til å forandre deres oppfatninger om narkotika. 26 prosent svarte at de hadde fått økt kunnskap om virkningene av narkotika.
- 52 prosent svarte at de hadde fått mer kunnskap om risiko forbundet med narkotika. Blant dem som hadde sporadisk eller jevnlig bruk av cannabis som ikke ble klassifisert som problematisk bruk, hadde en tredjedel fått økt risikooppfatning.
- 74 prosent svarte at kontakten med nemnda hadde betydning for endring av egen narkotikabruk, hovedsakelig at de hadde avsluttet eller redusert egen narkotikabruk. 20 prosent svarte at kontakten med nemnda hadde betydning for endring av eget konsum av alkohol.
- For 56 prosent av respondentene var det ingen endring på spørsmålet om de hadde brukt narkotika nylig (siste 30 dager). 42 prosent av respondenter som tidligere hadde svart bekreftende, svarte nå avkreftende. 2 prosent som tidligere hadde svart avkreftende, svarte nå bekreftende.
- Blant dem som fortsatt brukte cannabis, oppga en tredjedel at de nå hadde en lavere bruksfrekvens. En fjerdedel av dem som hadde brukt alkohol og narkotika, hadde sluttet med blandingsbruk.
- 89 prosent svarte at de anså nemndene som et viktig eller svært viktig alternativ til domstolene.

¹³⁷ SICAD har utarbeidet en kortfattet oversikt med hovedfunn i studien på engelsk, se SICAD (2017a) og SICAD (2017b). Spørreundersøkelse ble gjennomført før intervensjonen (T₀) i 2014 og etter at intervensjonen var gjennomført (T₁), inntil første trimester av 2016. Studien omfatter også en analyse av saksdokumenter og nemndsavgjørelsene tatt i samme periode. Målgruppen var personer over 18 år som var innkalt for første gang. Det ble innhentet svar på den første spørreundersøkelsen fra 892 personer, som innebar en svarprosent på 54 (T₀). 336 av disse personene fylte i ettertid ut et spørreskjema om nemndsprosessen og effekten på risikobevissthet og bruk av rusmidler (T₁). Studien viste at det for ikke-rusavhengige vanligvis ble brukt «brief intervention»-metodikk, mens rusavhengige ble henviset til rusbehandling.

Denne studien indikerer at nemndene har en betydelig forebyggende betydning, særlig i møte med unge rekreasjonsbrukere av cannabis som ikke har utviklet et rusproblem. Et slikt funn passer godt med Verdens helseorganisasjon (WHO) og FNs kontor for narkotika og kriminalitets kunnskapsbaserte anbefaling om å bruke korte intervensjoner («brief interventions») og motiverende intervju (MI) som et forebyggende tiltak overfor ungdom og voksne (se omtale i kapittel 7).

Som vist i punkt 6.2.6.5 ovenfor, gjelder de fleste sakene nemndene behandler unge cannabisbrukere uten tidligere saker. Nemnda representerer dermed den første kontakten brukeren har hatt med en myndighetsinstans der deres bruk av narkotika er tema. Nemnda oppnår på den måten kontakt med en stor gruppe brukere som ikke har hatt kontakt med hjelpeapparatet, og bidrar til å bevisstgjøre brukerne med tanke på forbudet, omfang av egen rusbruk og i hvilken grad fortsatt bruk kan være problematisk.

Ifølge ansatte i nemndene bidrar fraværet av muligheten for en straffelignende reaksjon ved første overtredelse til at personen saken gjelder, blir mer mottagelig for råd og anbefalinger.¹³⁸

På denne bakgrunn synes en viktig effekt av Portugal-modellen å være at den bidrar til faktorer som kan forebygge narkotikabruk i de yngre delene av befolkningen. Dette oppnås primært med det som må kunne betraktes som en lite kostnads- og ressurskrevende intervensjon og et nokså mildt inngrep i den enkelte brukers liv sammenlignet med en straffereaksjon.

6.2.7.4 Helse og dødelighet

Reformen i Portugal var ment å senke terskelen for helseoppsøkende adferd, skape bedre betingelser for skadereduksjon og få flere i behandling.

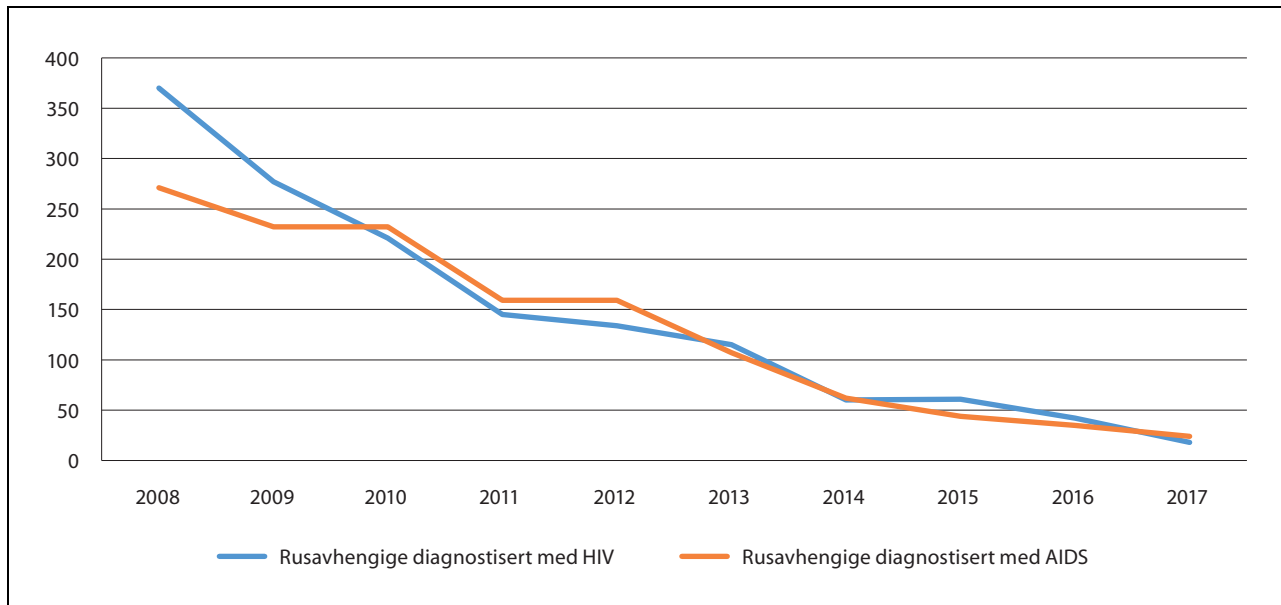
Det finnes noen holdepunkter for at tilgangen til rusbehandling ble betraktelig bedre i tiåret etter reformen. Antallet polikliniske rusbehandlingssentre økte fra 53 i 1998 til 79 i 2010. Antallet rusavhengige i behandling, både poliklinisk og døgnbehandling, økte fra 23 654 personer i 1998 til 38 532 personer i 2008.¹³⁹ Dette omfattet også personer i substitusjonsbehandling, som utgjorde omtrent tre fjerdedeler av pasientene.¹⁴⁰

Tilgjengelig substitusjonsbehandling kan ha positive virkninger i form av lavere sykkelighet,

¹³⁸ Silvestri (2014) s. 23.

¹³⁹ Laqueur (2015) s. 768.

¹⁴⁰ Laqueur (2015) s. 768.



Figur 6.11 Antall narkotikaavhengige diagnostisert med hiv eller aids (nye diagnoser)

Kilde: SICAD (2019b).

dødelighet og kriminell aktivitet.¹⁴¹ I forskningslitteraturen trekkes også slike lavterskeltilbud frem som et av de avgjørende virkemidlene i arbeidet med å redusere problemet med åpne russcener.¹⁴² Samtidig er den lave terskelen for å motta slik behandling i Portugal, og den relativt sett lave graden av oppfølging og kontroll, omdiskutert.¹⁴³

Portugal har etter reformen fortsatt hatt en høy forekomst av hiv og hepatitt C (HCV).¹⁴⁴ Antallet nye hiv- eller aidsdiagnoser hos rusavhengige har imidlertid falt betydelig, se figur 6.11, som inneholder tall fra 2008 til 2017.

Antall overdosedødsfall i Portugal kan belyses av flere kunnskapskilder. I Portugals innrapportering av dødsfall til EMCDDA, som følger kriterier basert på den internasjonale standarden International Classification of Diseases (ICD),¹⁴⁵ er det oppgitt 30 narkotikautløste dødsfall i 2016.¹⁴⁶ Opioider ble påvist i forbindelse med omtrent tre av fire dødsfall.¹⁴⁷ I Portugals nasjonale spesifikke register for overdosedødsfall ble det ifølge SICAD registrert 38 overdosedødsfall i 2017.

Registrering av narkotikautløste dødsfall i Portugal var av begrenset kvalitet inntil 2010, da

EMCCDA og Instituto da Droga e da Toxicodpendência (IDT) implementerte kvalitetssikrede prosedyrer i tråd med internasjonale standarder.¹⁴⁸

Hughes og Stevens har analysert to alternative datakilder for narkotikarelaterte dødsfall i årene umiddelbart etter reformen. Den ene datakilden i undersøkelsen, med tall fra både før og etter reformen, er antallet positive funn i toksikologiske undersøkelser ved obduksjoner. Disse tallene har to svakheter: For det første påvirkes de absolutte tallene av antallet toksikologiske undersøkelser som gjennomføres. Det fant sted en økning i slike undersøkelser fra 2005 til 2009. For det andre vil

¹⁴⁵ Det er opplyst i SICAD (2019b) s. 7, at tallene som rapporteres fra Portugal til EMCDDA, velges etter følgende kriterier:

«ICD 10 codes: F11 to F12, F14 to F16, F19, X42, X62 and Y12 (these last 3 codes are combined with the codes T 40.0–9), X41, X61 and Y11 (these last 3 codes are combined with the code T 43.6) and X44, X64 and Y14 (these last 3 codes are combined with the codes T 40.0–9 and T 43.6). In 2013 began the implementation of the medical certificate online and, in 2014, the Information System of Death Certificates included, for the first time, all the deaths recorded in the country.»

¹⁴⁶ EMCDDA (2019c).

¹⁴⁷ EMCDDA (2019c).

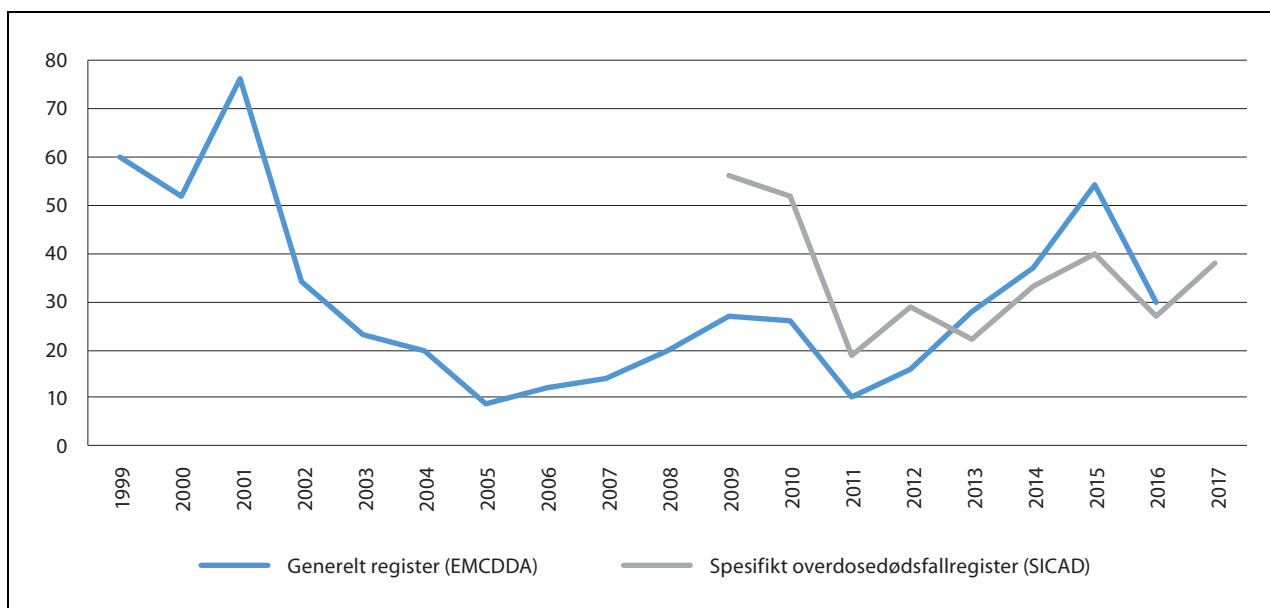
¹⁴⁸ Hughes og Stevens (2012) s. 107. Se også Johansen mfl. (2018) s. 15. Det ble påpekt i EMCDDAs *Statistical Bulletin* i 2010 (note til tabell DRD-2:i) at tallene som hadde blitt innrapportert fra Portugal, medførte en betydelig overrapportering, fordi alle tilfeller av positive toksikologiske funn av narkotika var blitt rapportert, uavhengig av vurderingen av dødsårsak.

¹⁴¹ Se for eksempel Bukten (2012), WHO (2009) og Strang mfl. (2012).

¹⁴² Bless, Korf og Freeman (1995) og Waal, Gjersing og Clausen (2011).

¹⁴³ Coelho (2015).

¹⁴⁴ Hughes og Stevens (2012).



Figur 6.12 Narkotikautløste dødsfall, Portugal, 1999–2017

¹ EMCDDA (2019d). Noter hitsettes fra tabellen:

«National definitions usually refer to acute deaths directly related to drug consumption ('overdoses', 'poisonings' or 'drug-induced'). Note that, in a few countries, the figures might include also a limited number of cases of deaths indirectly related to drug use (e.g. accidents with positive toxicology). Note in addition that in some countries, statistics published at national level may differ from those presented here, owing to differences of case definition used at national level. [...]

Portugal: starting from publication year 2019 reported Portuguese data are based on EMCDDA definition for General Mortality Register so called 'Selection B' as National definition.»

Kilde: EMCDDA (2019d), Overdose deaths, national definition¹ og SICAD (2019b), s. 7.

slike data også inneholde funn for narkotika uten at narkotikaen nødvendigvis hadde noen sammenheng med dødsfallet eller er blitt vurdert som årsaken til dødsfallet. Antallet narkotikarelaterte dødsfall basert på slike data viser en tydelig nedgang fra 2000 til 2002 og en økning fra 2004 til 2008.¹⁴⁹ Det finnes data fra 2001 (samme år som reformen trådte i kraft) der dødsårsak er registrert i henhold til den internasjonale standarden International Classification of Diseases (ICD).¹⁵⁰ Også disse tallene viser en tydelig nedgang de første årene etter reformen.

Det er krevende å knytte en årsakssammenheng mellom bestemte deler av reformen i Portugal, hver for seg, og reduksjonen av antall dødsfall ved årtusenskiftet.¹⁵¹ Som nevnt tidligere i kapitlet omfattet reformen ikke bare avkriminalisering og innføring av helserettede reaksjoner på narkotikabruk, men også en satsing på blant annet forebygging, behandling og skadereduksjon.

De rapporterte narkotikautløste dødsfallene i Norge (se kapittel 4) viser et betydelig høyere

antall enn i Portugal. Land har ulike forutsetninger for å avdekke og rapportere de reelle årsakene til narkotikautløste dødsfall, og sammenligninger mellom land må derfor gjøres med varsomhet.¹⁵² Ulikheter i rapporterte tall kan til dels skyldes blant annet kvaliteten og utbredelsen av retts toksikologiske undersøkelser i forbindelse med obduksjon, i hvilken grad informasjon er tilgjengelig for fagpersonen som avgjør dødsårsak i det enkelte tilfellet, hvilket kodifikasjonssystem som benyttes, og kvaliteten på rapporteringssystemet.¹⁵³ En sammenligning av antallet rapporterte dødsfall mellom land må derfor leses med forbehold om at ulikheter både kan skyldes variasjoner i den faktiske forekomsten av slike dødsfall og av hvorvidt dødsfallene rapporteres.

6.2.7.5 Narkotikabruk

Hvilken sammenheng det er mellom endringer i lovgivningen og bruken av rusmidler i befolkningen, er et sentralt spørsmål i den internasjonale

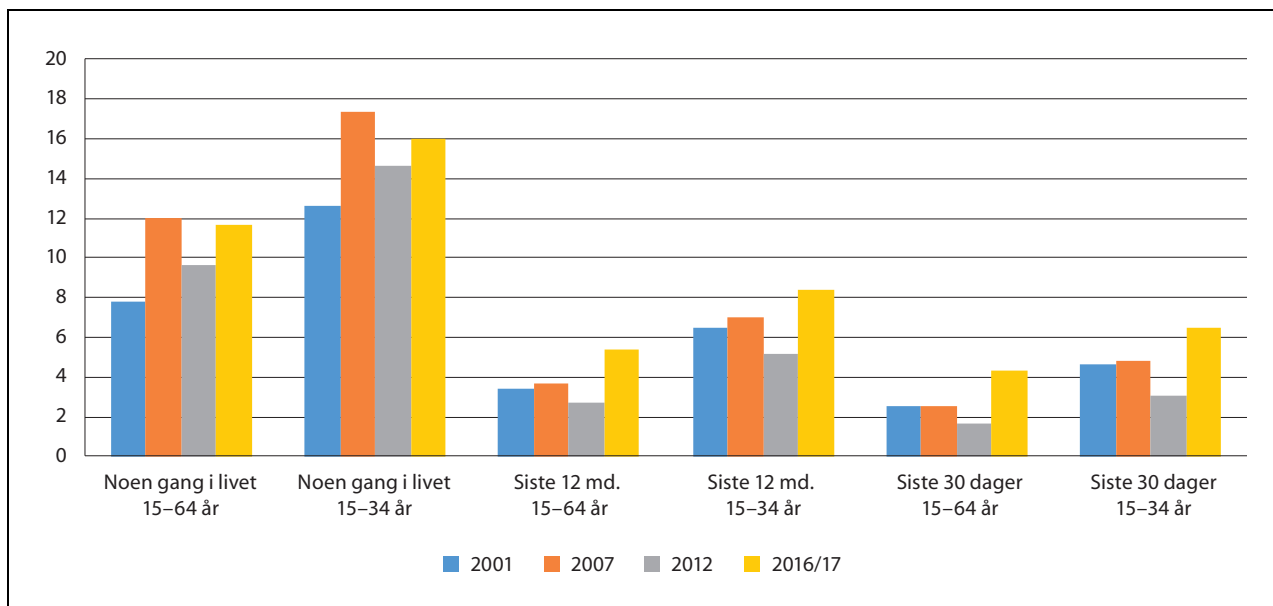
¹⁴⁹ Hughes og Stevens (2012) s. 107.

¹⁵⁰ Hughes og Stevens (2012) s. 107.

¹⁵¹ Hughes og Stevens (2012).

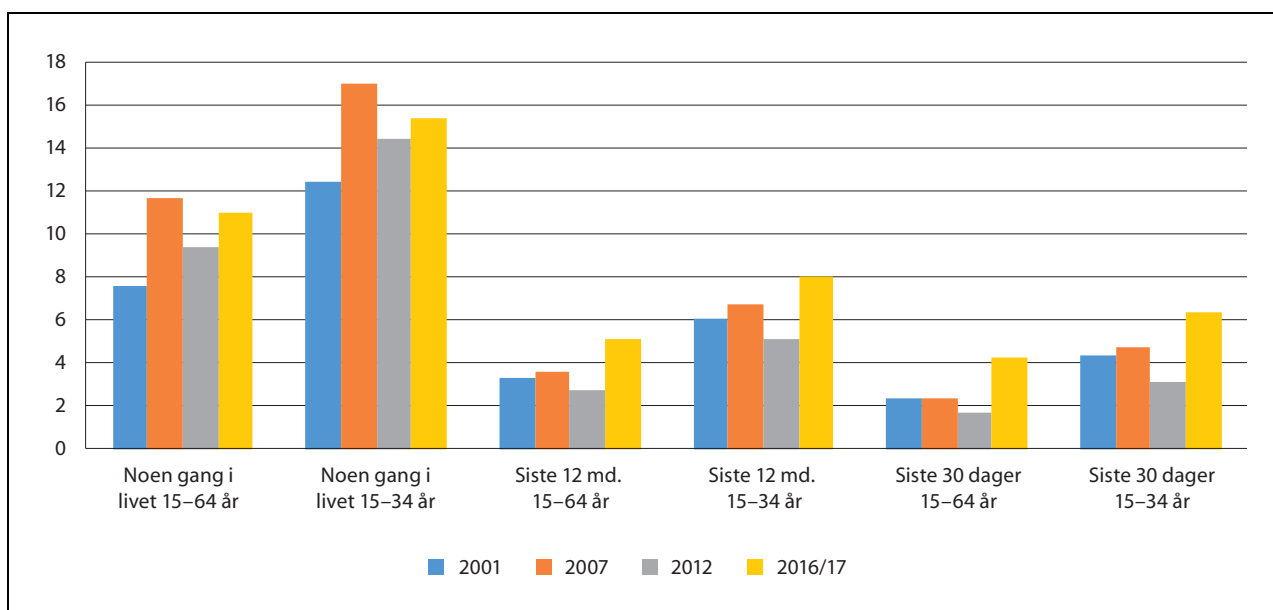
¹⁵² Se blant annet EMCDDA (2019e). Se også EMCDDA (2018h) s. 6.

¹⁵³ EMCDDA (2018h) s. 6.



Figur 6.13 Prevalens for bruk av et illegalt rusmiddel i Portugal, 2001–2016/17 (prosent)

Kilde: Balsa, Vital og Urbano (2018) s. 28–30. (2001: $n = 14\ 184$, 2007: $n = 12\ 202$, 2012: $n = 5\ 355$ og 2016/17: $n = 9\ 632$).



Figur 6.14 Prevalens av cannabisbruk i Portugal, 2001–2016/17 (prosent)

Kilde: Balsa, Vital og Urbano (2018) s. 28–30. (2001: $n = 14\ 184$, 2007: $n = 12\ 202$, 2012: $n = 5\ 355$ og 2016/17: $n = 9\ 632$).

forskningen på narkotikapolitikk (se punkt 6.4 nedenfor og kapittel 12). I hvilken grad reformen i Portugal forårsaket en endring i bruken av narkotika i befolkningen, har vært omdiskutert, ettersom spørsmålet kan besvares noe ulikt, avhengig av hvilke datakilder som undersøkes.¹⁵⁴ Hughes

¹⁵⁴ Se en sammenligning av ulike synspunkter på dette i Hughes og Stevens (2012) s. 103.

og Stevens hevder at de beste indikatorene for aktuelle trender i befolkningen er *nylig* bruk (det vil si i løpet av de siste 12 månedene) eller *nåværende* bruk (de siste 30 dagene).¹⁵⁵

Datagrunnlaget om narkotikabruk i Portugal er begrenset, da det ikke ble gjort befolknings-

¹⁵⁵ Hughes og Stevens (2012) s. 105, med videre henvisninger til publikasjoner fra UNODC, WHO og EMCDDA.

undersøkelser av bruken av alkohol og narkotika før 2001, samme år som reformen trådte i kraft.¹⁵⁶ Det foreligger befolkningsundersøkelser for årene 2001, 2007, 2012 og 2016/17, publisert av SICAD.¹⁵⁷

Prevalensen av bruk av et illegalt rusmiddel fremgår av figur 6.13. I likhet med i Norge er cannabis det mest brukte illegale rusmiddelet i Portugal. Prevalensen for bruk av cannabis fremgår av figur 6.14. Som det fremgår av figuren, har prosentandelen som svarer at de har brukt cannabis noen gang i livet, vært høyere i årene etter reformen enn i reformåret. Tallene viser en «topp» i 2007. Når det gjelder nylig bruk (siste 12 måneder) og nåværende bruk (siste 30 dager), viser disse tallene liten økning eller ingen endring i prevalensen frem til 2007, deretter en reduksjon til under 2001-nivå i 2012, og så en økning til over 2001-nivå i 2016/17.

Det er en nokså liten andel som svarer at de har brukt andre stoffer enn cannabis. Prevalensen av bruk noen gang i livet fremgår av figur 6.15. Som for statistikken om cannabisbruk noen gang i livet, var 2007 et «toppår» for mange stoffer, og en lignende tendens var synlig i tallene for nylig og nåværende bruk.¹⁵⁸ Etersom andelen av befolkningen som opplyser å ha brukt disse

stoffene, er såpass liten, bør tallene tolkes med varsomhet.

Portugal deltar i The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), som samler sammenlignbare data om rusmiddelbruk blant 15–16 år gamle skoleelever i 35 europeiske land hvert fjerde år. Prosentandelen av spurte elever i årene 1995, 1999, 2003, 2007, 2011 og 2015 som hadde brukt cannabis, eller et annet illegalt rusmiddel enn cannabis, noen gang i livet, fremgår av figur 6.16.¹⁵⁹ For å se tallene i lys av utviklingen i andre land i Europa er tilsvarende prosentandeler for alle ESPAD-landene samlet tatt med i figuren. En slik sammenligning av prosentandelen for enkeltland og den samlede prosentandelen for alle landene i undersøkelsen gjøres også i ESPAD-rapportene.

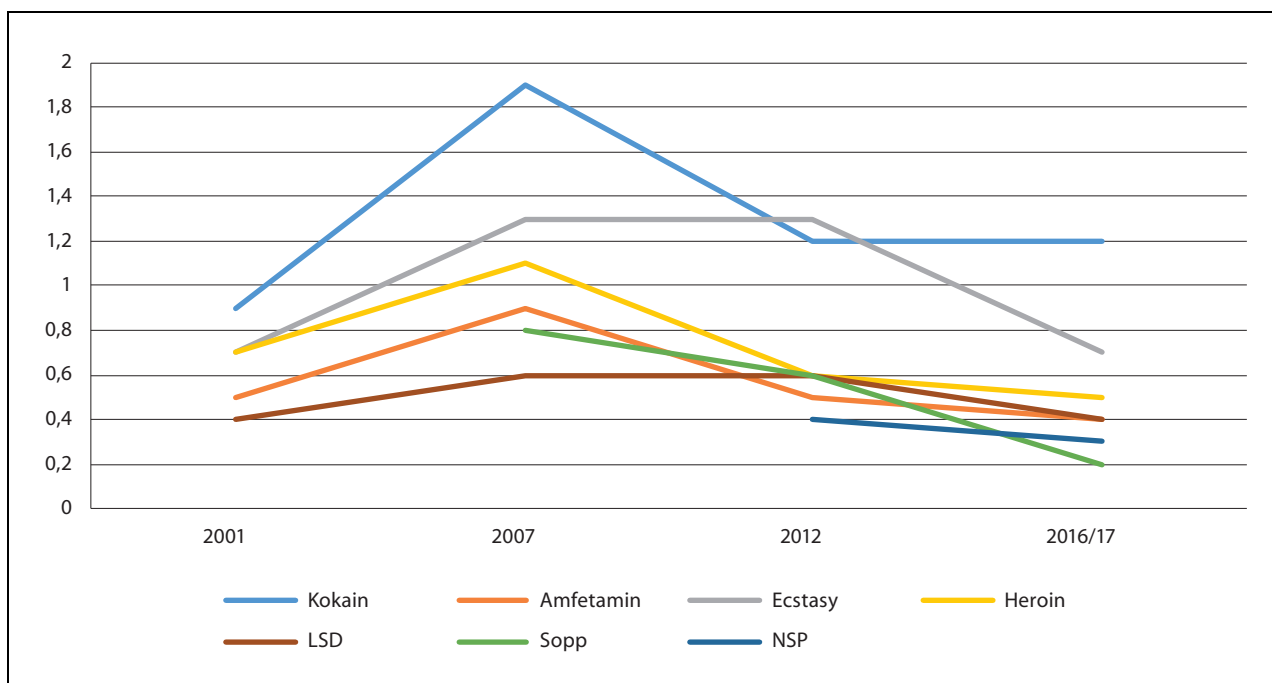
Både i Portugal og i ESPAD-landene sett under ett fant det sted en betydelig økning i perioden 1995–2003 i andelen som svarte at de hadde brukt cannabis noen gang i livet. Portugal ligger stadig lavere enn ESPAD-landene samlet sett, men differansen er redusert fra seks prosentpoeng i 2007 til ett prosentpoeng i 2011 og 2015. Differansen mellom Portugal og ESPAD-landene samlet i den første undersøkelsen etter avkriminalisering (2003) var noe mindre enn året før avkriminalisering (1999), men større enn i den første

¹⁵⁶ Laqueur (2015) s. 765.

¹⁵⁷ Balsa, Vital og Urbano (2018).

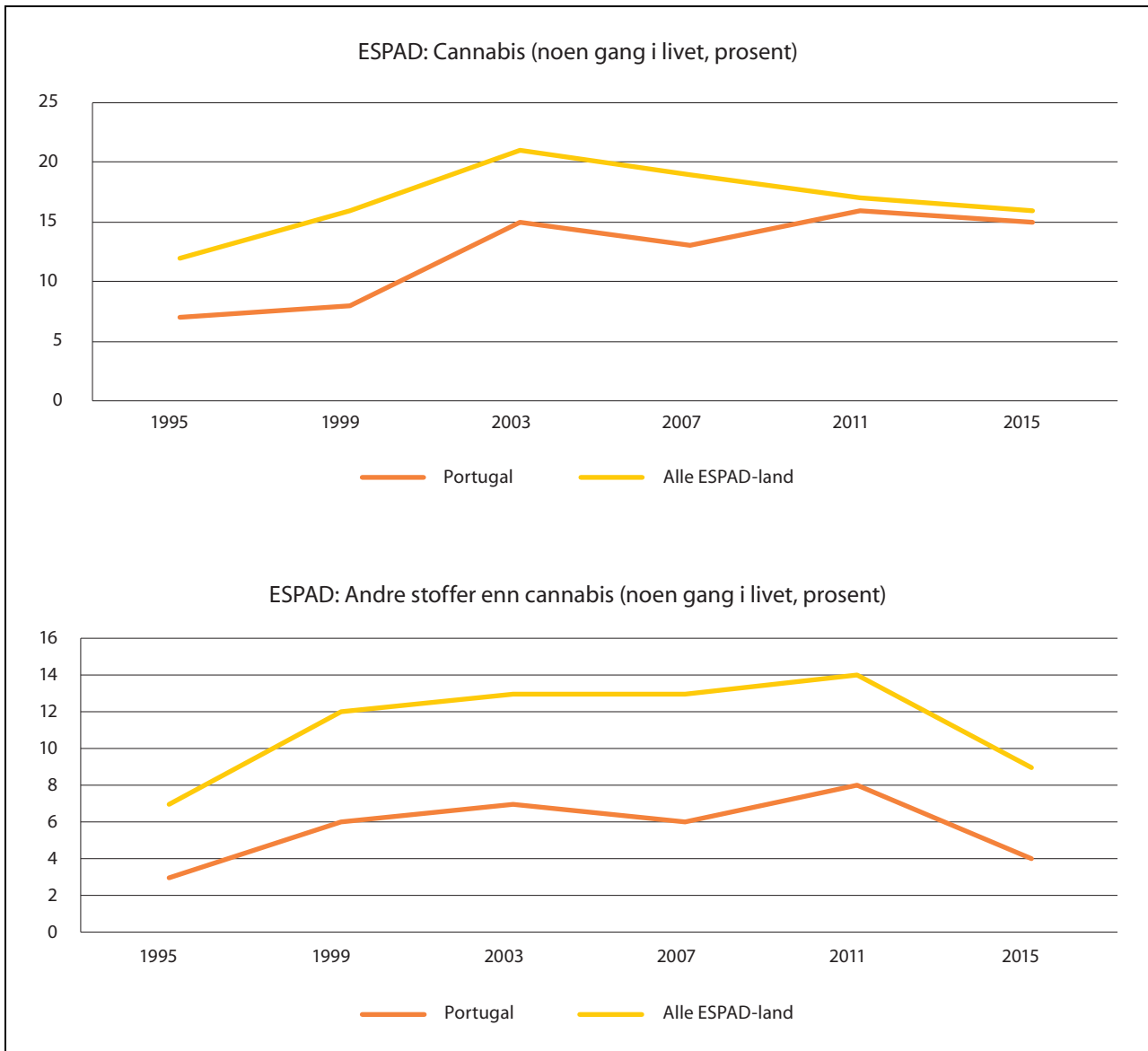
¹⁵⁸ Balsa, Vital og Urbano (2018) s. 28–30.

¹⁵⁹ Hibell mfl. (1997); Hibell mfl. (2000); Hibell mfl. (2004); Hibell mfl. (2009); Hibell mfl. (2012); ESPAD (2016).



Figur 6.15 Prevalens for bruk av andre illegale rusmidler enn cannabis noen gang i livet (15–64 år, prosent)

Kilde: Balsa, Vital og Urbano (2018) s. 28. (2001: $n = 14\ 184$, 2007: $n = 12\ 202$, 2012: $n = 5355$ og 2016/17: $n = 9673$).



Figur 6.16 Prevalens av bruk av cannabis og andre illegale rusmidler noen gang i livet, 15–16-åringer, 1995–2015

Kilde: ESPAD

ESPAD-undersøkelsen (1995). Også for bruken av andre stoffer fant det sted en betydelig økning i annen halvdel av 1990-tallet. Portugal ligger lavere enn det samlede ESPAD-nivået også for disse stoffene, og det har ikke skjedd en slik reduksjon av differansen fra 2011 som for cannabis. Det foreligger også enkelte andre spørreundersøkelser som omfatter skoleungdom i Portugal, men disse gir ikke grunnlag for sammenligninger med andre europeiske land på samme måte som ESPAD-resultatene. Resultatene i disse andre undersøkelsene harmonerer med en oppadgående trend fra slutten av 1990-tallet og frem til de første årene av 2000-tallet, og deretter en reduksjon frem mot 2006/2007.¹⁶⁰

Når det gjelder problematisk bruk¹⁶¹ av rusmidler, er det estimert at Portugal har 33 290 personer med problematisk bruk av opiater,¹⁶² det vil si 5,21 per 1 000 innbyggere i alderen 15–64 år.

¹⁶⁰ Se Hughes og Stevens (2012) s. 104, for en fremstilling av resultater fra *Health Behaviour in School-aged Children/World Health Organization, ESPAD, Estudo sobre o Consumo de Alcool, Tabaco e Droga, em alunos do ensino público* og *Inquérito Nacional em Meio Escolar*.

¹⁶¹ Med «problematiske bruk» menes i denne sammenhengen EMCDDAs definisjon, som omfatter injeksjonsbruk eller langvarig/jevnlige bruk av opiater, kokain eller amfetamin.

¹⁶² Se EMCDDA (2019d). Laveste og høyeste estimat er henholdsvis 24 070 og 48 565, som tilsvarer henholdsvis 3,77 og 7,6 per 1 000 innbyggere i alderen 15–64 år. Estimater er fra 2015.

Dette er relativt sett høyt, sammenlignet med Norges estimerte rate på 2,68 per 1 000 i EMCDDAs statistikk.¹⁶³ Når det gjelder injiserende brukere, er det estimert en rate på 2,06 for Portugal og 2,52 for Norge per 1 000 innbyggere i alderen 15–64 år.¹⁶⁴

En annen mulig kilde til kunnskap om bruk er antallet beslag og omfanget av beslaglagt narkotika i et land. Portugal er imidlertid, som følge av sin geografiske plassering, et kjent transitland for narkotika på vei til Europa¹⁶⁵, og beslaglagt narkotika vil derfor ikke nødvendigvis ha vært ment for det portugisiske markedet. Det er også en kjensgjerning at antallet beslag, og hvilken type beslag som gjøres, avhenger av politiets oppgaveløsning, herunder hvilke ressurser og metoder de har til rådighet, samt hvilken del av narkotikamarkedet som prioriteres i politiets arbeid. Beslagsstatistikk for narkotika fra før reformen trådte i kraft, viser en økning i *antallet* beslag for heroin, kokain og hasj frem til et toppår i 1999, og deretter en reduksjon eller utfliating.¹⁶⁶ I årene etter at reformen trådte i kraft, var antallet beslag av kokain og hasj stabilt eller økende, mens den påbegynte nedgangen i antallet heroinbeslag fortsatte frem til 2004, før antallet økte. Statistikk for *mengden* beslaglagt stoff varierte for de ulike stoffene og ulike år og er preget av at det noen enkeltår er beslaglagt svært mye. For heroin var det slike topper særlig i 2000–2001, mens det for kokain var et nokså jevnt nivå frem til en topp i 2006. Mengden beslaglagt hasj har variert svært mye.¹⁶⁷

Selv om endringene beskrevet ovenfor fant sted i årene etter at avkriminaliseringen trådte i kraft, er det ikke uten videre gitt at det kan etableres en årsakssammenheng mellom reformen og endringene i statistikken over år. Utviklingen viser ikke en entydig trend når tallene fra Portugal fra ulike årstall sammenlignes. En avkriminalisering antas å kunne ha betydning for i hvilken grad det tales åpent om bruk av narkotika, og i hvilken grad det svares ærlig om for eksempel bruk av narkotika i spørreundersøkelser.¹⁶⁸ Det er krevende å vurdere om en slik effekt gjør seg

gjeldende, og i så fall i hvilken grad. En sammenligning av statistikk fra Portugal med statistikk fra Spania og Italia (land som har en sammenlignbar geografisk plassering) i årene etter reformen viste at utviklingen i Portugal for det meste er tilsvarende som i disse landene, noe som kan tilsi at endringene skyldes bredere regionale eller globale trender.¹⁶⁹ Av disse grunnene må det derfor utvises varsomhet ved tolkingen av disse tallene.

I punkt 6.2.7.3 ovenfor beskrives funnene fra en studie av personer som har møtt for nemndene. Studien viste at personene hadde en større bevissthet om virkninger og risiko knyttet til narkotika, og at mange opplevde at møtet med nemndene førte til opphør eller reduksjon av nylig narkotikabruk. Dersom avkriminalisering førte til endrede priser i det illegale narkotikamarkedet, kunne dette tenkes å endre konsumet. Det er imidlertid ikke påvist noen klar effekt av avkriminalisering på prisdannelsen i det illegale narkotikamarkedet i Portugal.¹⁷⁰

På grunnlag av det ovenstående er det vanskelig å konstatere hvilken effekt avkriminalisering som sådan, eller de andre enkeltelementene i Portugals rusreform, har hatt på omfanget av bruken av narkotika i Portugal. De endrede vilkårene for brukerne som en avkriminalisering innebærer, må ses i sammenheng med at de portugisiske myndighetene etter reformen har styrket det forebyggende befolkningsrettede arbeidet og lyktes med å ta i bruk andre virkemidler enn trusselen om straff for å kommunisere risiko- og skadepotensialet forbundet med bruk av narkotika.

6.2.7.6 Betydningen av nemndsmodellen

Selve prosessen i nemndene utgjør en viktig del av den portugisiske modellen, men er i liten grad blitt gjenstand for forskning. Spørsmålet er hvilken rolle nemndene har hatt, og hva som er resultatene av nemndenes arbeid.

En nemndsmodell gir muligheter for å fungere som en selvstendig, enhetlig og spesialisert institusjon utenfor det ordinære forvaltnings- og

¹⁶³ EMCDDA (2019d). Laveste og høyeste estimat for Norge gir en rate på henholdsvis 1,99 og 4,15 per 1 000 innbyggere i alderen 15–64 år. Estimater er fra 2013.

¹⁶⁴ EMCDDA (2019d). Estimat for Portugal fra 2015 og for Norge fra 2016.

¹⁶⁵ EMCDDA (2019c).

¹⁶⁶ Antallet beslag er beskrevet og fremstilt visuelt i Laqueur (2015) s. 759–760.

¹⁶⁷ Mengden beslaglagt stoff er beskrevet og fremstilt visuelt i Laqueur (2015) s. 760–761.

¹⁶⁸ Denne mulige feilkilden er omtalt i for eksempel Miech mfl. (2015) s. 343.

¹⁶⁹ Hughes og Stevens (2010) s. 1006–1008.

¹⁷⁰ Se Félix og Portugal (2017) som omfatter opiat og kokain. Se også Laqueur (2015) s. 762–763, som identifiserer en nedgang i pris for noen stoffer, men konstaterer at prisutviklingen i Portugal har slike likheter med prisutviklingen i Italia og Spania at det er mer naturlig å se dette som en effekt av bredere trender og ikke som en effekt av avkriminaliseringen i Portugal.

hjelpeapparatet. En slik relativt frittstående rolle kan innebære fordeler. Nemndene treffer ikke bare avgjørelser om reaksjoner ved sivilrettslige narkotikalovbrudd, men kan også forvalte bestemte former for oppfølging over tid (se punkt 6.2.6.6 ovenfor) i samarbeid med andre relevante organisasjoner og tjenester og kontrollere gjennomføringen av slik oppfølging. Dette kan trolig ha betydning overfor personer som har begrensede ressurser til å ivareta egne behov, fremme sine rettigheter og påtale tilfeller av mangelfull tjenesteyting på egne vegne.

Nemndenes tverrfaglige sammensetning av spesialisert kompetanse fremstår betydningsfull. Kvalifikasjonskrav skal sikre at medlemmene har god innsikt i de rusfaglige og juridiske spørsmålene sakene reiser. En slik saklig spesialisering som man finner i nemndene, har trolig fordeler. Videre kan daglig erfaring med dette rusfaglige saksområdet sørge for både et bedre faglig nivå på særskilte spørsmål som er relevant for disse sakene, og større grad av likebehandling enn hvis saksbehandlingen var mer desentralisert til flere organer.

Nemndene kan også sies å ha en symbolsk betydning, ved at de er et klart uttrykk for dreiningen fra straff til helse i narkotikapolitikken. Nemndene ligger administrativt under helseministeriet, ikke under justisministeriet. At nemndene samtidig har en rettshåndhevende funksjon, kan bidra til å ivareta innbyggernes opplevelse av at forbudet håndheves, at narkotikaproblemet er under kontroll, og at det tas på alvor av myndighetene. På den annen side kan det fremstå betenkelig å legge en rettshåndhevende oppgave, med hjemmel til å ilegge blant annet overtredelsesgebyr eller reiseforbud som reaksjon på lovbruddet, til et forvaltningsorgan på helseområdet.

Den korte ventetiden fra forholdet blir avdekket til det treffes avgjørelse i nemnda, er et vesentlig aspekt ved modellen. At modellen er organisert på en måte som gjør en så rask respons mulig, må kunne antas å ha stor betydning, ved at man begrenser eller unngår negative konsekvenser som venting kan ha på personens velferd. Uavklarte saker fører til større passivitet, usikkerhet knyttet til fremtiden og kan skape problemer for planleggingen og oppfølgingen til hjelpetjenester personen benytter seg av. Det fremstår også hensiktsmessig at reaksjonen kommer så kort tid etter handlingene med tanke på nemndenes pedagogiske oppgave. Til sammenligning var Portugals straffesakssystem, som håndterte narkotikasaker før avkriminaliseringen, overbelastet.¹⁷¹

6.2.7.7 Kriminalitetsbekjempelse og samfunnssikkerhet

I en artikkel fra 2015 av Hannah Laqueur er det lagt til grunn at det er lite grunnlag for å hevde at de relativt beskjedne endringene i rettstilstanden i Portugal har innvirket på utviklingene i forekomsten av kriminalitet i landet.¹⁷² I artikkelen påpekes det at en sammenstilling av narkotikarelaterte pågripelser (for straffbare forhold før reformen) og nemndshenvisninger (straffrie forhold etter reformen) ikke viser nevneverdige endringer i omfanget av politiets kontakt med befolkningen i forbindelse med bruk eller omsetning av narkotika fra og med ikrafttredelsen av avkriminaliseringen i 2001. Dette er illustrert i figur 6.17 som viser antallet avdekkede antatte gjerningspersoner for ulike typer narkotikalovbrudd i Portugal.¹⁷³ De straffbare handlingene er avdekket av politiet. Avkriminaliserte brukersaker er i det vesentlige, men ikke utelukkende, avdekket av politiet. På bakgrunn av disse tallene ser det ikke ut til at avkriminaliseringen førte til en vesentlig endring i politiets faktiske avdekking av narkotika- bruk, eller en såkalt «net widening»-effekt.¹⁷⁴ Avdekkingen var mye høyere årene umiddelbart før avkriminaliseringen enn den hadde vært i de foregående årene, og noe lavere årene umiddelbart etter avkriminaliseringen, før antallet begynte å stige igjen. Laqueur har påpekt at funnet er interessant fordi en har sett at omfanget av politiets intervensjoner overfor bruk av narkotika i andre land som har gjennomført en avkriminalisering, enten har økt (fordi det er blitt mindre arbeidskrevende for politiet å intervensjonere etter avkriminaliseringen) eller minket.¹⁷⁵

En viktig endring etter reformen er reduksjonen i antallet domfellelser og i straffnivået for

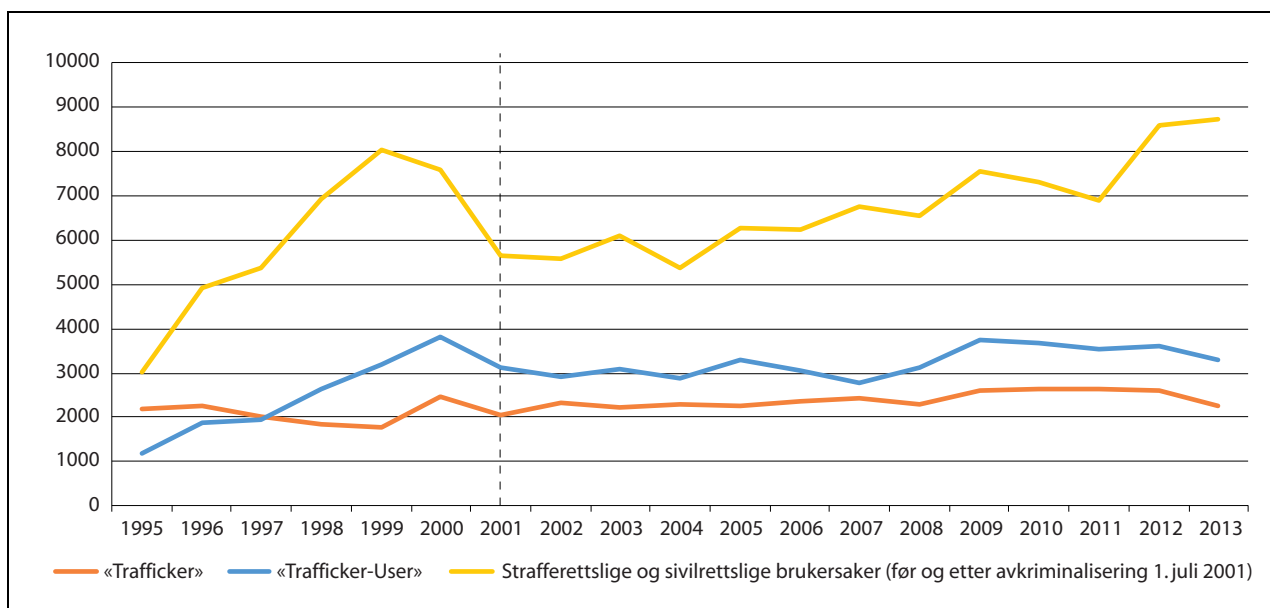
¹⁷¹ Laqueur (2015) s. 756.

¹⁷² Laqueur (2015) s. 772.

¹⁷³ Figuren er bygget over samme lest som figur 1 i Laqueur (2015), og utvidet med sammenlignbare tall i Portugals årlige innrapportering til EMCDDA for årene 2010-2013.

¹⁷⁴ «Net-widening» er et begrep brukt i kontrollpolitiske analyser av konsekvensene av at alternative reaksjonsmåter er valgt istedenfor straff, Cohen (1985). De nye tiltakene kjennetegnes av i større grad å være individuelt tilpasset. Reaksjonen skal gjøre den enkelte lovovertreder bedre i stand til selv å forstå at handlingen er uønsket, og gjøre vedkommende bedre rustet til å unngå fremtidige gjentagelser. På denne måten kan grad av inngrep overfor den enkelte økes, samtidig som stadig flere fanges inn. I praksis kan dette føre til en utvidelse av kontrollsystemets nedslagsfelt ved at flere får befattning med politiet, heller enn at det opprinnelige straffetiltaket blir byttet ut med et alternativ. Se Johansen (2015) for en utdypende fremstilling av «net-widening» på norsk.

¹⁷⁵ Laqueur (2015) s. 753-754.



Figur 6.17 Avdekking av antatte narkotikalovbrudd, antatte gjerningspersoner fordelt på type lovbrudd (1995–2013)

Kilde: Portugals årlige innrapportering til EMCDDA, 2000–2014.

andre typer narkotikalovbrudd enn innehav til egen bruk. Antallet domfellelser som omhandlet narkotikahandel («drug trafficking»), sank med 40 prosent i tiåret etter reformen. I 2010 var antallet personer som satt fengslet for narkotikakriminalitet som ikke knyttet seg til egen bruk, nesten halvert (fra 3 647 personer i 2000 til 1 950 personer i 2010).¹⁷⁶ Det skjedde også en betydelig nedgang i andelen av innsatte som var dømt for narkotikalovbrudd: I 2000 utgjorde personer dømt for narkotikakriminalitet som ikke knyttet seg til egen bruk, 43 prosent av alle innsatte, mens bare 21 prosent av fengslede i 2010 var dømt for narkotikakriminalitet.¹⁷⁷

Derimot var det ikke veldig store endringer i politiets avdekking av antatte gjerningspersoner i den samme perioden, se figur 6.17. Dette har blitt sett som uttrykk for at synet på brukere som primært behandlingstrengende som ligger til grunn for reformen, gjenspeiler seg i domstolens praksis. Det endrede synet fremtrer også i saker som omhandler personer som selv bruker narkotika, men som har begått narkotikalovbrudd som fremdeles er straffbare etter reformen.¹⁷⁸ Se også omtale av praktiseringen av lov-

givningen om avkriminaliserte narkotikalovbrudd i punkt 6.2.4, der det beskrives at påtalemyndigheten og enkelte domstoler etter hva det er opplyst overfører saker som strengt tatt ikke er omfattet av avkriminaliseringens virkeområde etter ordlyden i lovgivningen, til nemndene for oppfølging, fremfor å straffefølge forholdet.

Avkriminaliseringen førte dermed til en endring i praksis som innebar reduksjon i straff og hyppigere bruk av ikke-straffende reaksjoner for narkotikalovbrudd.

Vidt rom for skjønnsbruk og lav terskel for inngrep kan tenkes å føre til større aktivitet og kontaktsøking og et kontrollnivå som kan oppleves som stigmatiserende. Samtidig vil politiet, med et tydeligere hjelpende formål, kunne oppnå kontakt med og bidra til oppfølging av flere brukere som ikke tidligere har mottatt hjelp. Dette kan resultere i at politiet i mindre grad enn tidligere tar i bruk inngripende tiltak og heller bruker ressurser på å henvise til hjelp. Politiets henvisningsrolle, som reformen la opp til, kan dermed ha bidratt til å endre kontakten og tillitsforholdet mellom brukere og politi på en positiv måte ved at brukere i mindre grad unngår politiet av frykt for straffefølgning.

Som nevnt ovenfor skjedde det en satsing på substitusjonsbehandling og skadereduksjon i forbindelse med reformen. Det har blitt påpekt at økningen av metadonassistert behandling for rusavhengige fjernet en mulig drivkraft for krimi-

¹⁷⁶ Laqueur (2015) s. 757–758.

¹⁷⁷ Laqueur (2015) s. 757.

¹⁷⁸ Laqueur (2015) s. 758: «[C]riminal courts embraced de facto practices of greater leniency for at least some drug users and purveyors whose behavior remained criminally sanctioned.»

nalitet.¹⁷⁹ Praktikere som ble intervjuet i en studie publisert i 2014, uttalte at de opplevde en nedgang i kriminalitet som var forbundet med rusavhengighet.¹⁸⁰ Dette gjaldt særlig lovbrudd begått mot eiendom.

I forbindelse med reformen ble det målt om det fant sted noen endring i forekomsten av enkelte typer straffbare handlinger som etter sin art kan være naturlig å se i sammenheng med ulovlig narkotikabruk.¹⁸¹ Det registrerte antallet av slike handlinger økte fra 160 492 i 1999 til 175 502 i 2003, det vil si en økning på om lag 9 prosent. Den samlede mengden kriminalitet i Portugal økte med 7 prosent fra 2003 til 2009, noe som tilsvarte utviklingen i de nærliggende landene Spania og Italia, og det var ingen endring i voldskriminalitet.¹⁸² Laqueurs studie av tilgjengelige data fra perioden konkluderer med at det er lite grunnlag for å knytte endringene i kriminalitet til avkriminaliseringen som sådan.¹⁸³

6.2.7.8 Sikkerhet i trafikken og på arbeidsplasser

Et særskilt spørsmål er om avkriminalisering i Portugal kan ha påvirket sikkerheten i trafikken og på arbeidsplasser. Det er begrensede data tilgjengelig for å besvare spørsmålene, men tilgjengelige data gir ikke holdepunkter for å tro at det har skjedd en negativ utvikling på disse samfunnsområdene.

Etter at avkriminalisering av narkotikabruk trådte i kraft i 2001, falt antallet trafikkuhell med skadelidte fra 4,3 per 1 000 innbyggere til 3 per 1 000 innbyggere i 2012. Ratioen har deretter økt til 3,5 per tusen innbyggere i 2018, som er det siste tilgjengelige tallet.¹⁸⁴ Utvalget kjenner ikke til statistikk for ruspåvirkning hos sjåførere i Portugal som gir sammenlignbare tall før og etter reformen. Legrand og kolleger har analysert prevalensen av alkohol, ulovlig narkotika og psykoaktive medisiner hos omkomne sjåførere i Finland, Norge, Portugal og Sverige.¹⁸⁵ Data-materialet var fra 1 118 sjåførere som omkom innen 24 timer etter et trafikkuhell, i perioden 2006–2009.¹⁸⁶ Studien ble gjennomført med stan-

dardisering av datainnsamling og analyse og en kvalitetssikring av de involverte laboratoriene, som gjør det mulig å sammenligne data mellom land.¹⁸⁷ I Portugal var det en noe høyere prevalens av alkohol, men gjennomgående lav prevalens av de narkotiske stoffene som ble målt. Narkotika ble påvist i dødsulykker i Norge i større grad enn i Portugal. For enkelte stoffer var det en markant forskjell mellom Norge og Portugal. Særlig gjaldt dette amfetamin (Norge: 7,4 prosent, Portugal: 0 prosent), THC (Norge: 6,1 prosent, Portugal: 0 prosent) og benzodiazepiner (Norge: 9,7 prosent, Portugal: 1,8 prosent).¹⁸⁸ I Norge omfattet studien en noe lavere andel av det totale antallet omkomne sjåførere enn i de andre landene i undersøkelsen, noe som kan ha bidratt til den relativt sett høye prevalensen i de norske resultatene.

Antallet arbeidsulykker i Portugal har blitt redusert fra avkriminaliseringen trådte i kraft. I 2001 inntraff 244 936 arbeidsulykker, hvorav 365 fatale. I 2017 (siste tilgjengelige tall) inntraff 209 390 arbeidsulykker, hvorav 140 var fatale.¹⁸⁹ Utvalget er ikke kjent med undersøkelser av rusbruk i risikofylte yrker i Portugal.

6.2.7.9 Administrative og økonomiske konsekvenser

Det er på det rene at reformen i seg selv innebar en betydelig økning av det offentliges budsjetter knyttet til forebyggende innsatser, se omtale ovenfor av regjeringens strategidokument i 1999. Det er krevende å gjøre en detaljert analyse av ringvirkningene av slike tiltak. Gonçalves og da Silva har beregnet sosiale kostnader ved ruspolitikken i Portugal i en artikkel fra 2015. Sosiale kostnader defineres på følgende vis: «In practice, social costs of drug use in any given year are viewed as a sum of public expenditure on drugs, private costs (incurred by individual drug users) and costs incurred by society (indirect costs, such as lost productivity).»¹⁹⁰ Det

¹⁷⁹ Silvestri (2014) s. 38.

¹⁸⁰ Silvestri (2014) s. 38.

¹⁸¹ Se omtale i Laqueur (2015) s. 771. De straffbare handlingene var tyveri, ran, overfall og visse typer svindel. Resultatene ble publisert av IDT.

¹⁸² Laqueur (2015) s. 772.

¹⁸³ Laqueur (2015) s. 772.

¹⁸⁴ Pordata (2019b).

¹⁸⁵ Legrand mfl. (2014).

¹⁸⁶ Finland: 483 (nesten samtlige sjåførere som omkom i 2006–2008), Norge: 193 (59 prosent av omkomne sjåførere i perioden 2006–2008), Portugal: 285 (79 prosent av sjåførene som ble undersøkt i 2009), Sverige: 157 (94 prosent av omkomne sjåførere i 2008). Den lavere andelen av prøver som ble innhentet i Norge skaper en risiko for seleksjonsskjevhet i datagrunnlaget, ved at det kan ha blitt tatt prøver oftere i ulykkesituasjoner der det var mistanke om ruspåvirket kjøring. Dette er drøftet på side 26 i artikkelen.

¹⁸⁷ Legrand mfl. (2014) s. 25–26.

¹⁸⁸ Legrand mfl. (2014) s. 21.

¹⁸⁹ Pordata (2019a).

¹⁹⁰ Gonçalves, Lourenço og da Silva (2015).

konkluderes der med at samlede sosiale kostnader falt med 18 prosent fra 1999 til 2010. I en rapport utarbeidet av SICAD i 2014 er det derimot opplyst at data om offentlige kostnader på narkotikaområdet var spede og hullete, og en økonomisk analyse var ikke mulig å gjennomføre.¹⁹¹

I en kvalitativ undersøkelse publisert i 2014 uttalte eksperter som var intervjuet, at det var frigjort kapasitet hos politiet og domstolene og frigjort soningsplasser.¹⁹²

6.3 Eksempler på rusreform i andre land

6.3.1 Oversikt

Gjennomgangen nedenfor beskriver utviklingen i 16 utvalgte land med sikte på å belyse eksempler på justering av samfunnets reaksjoner overfor innbyggernes bruk av narkotika – og annen befatning med narkotika forbundet med egen bruk – bort fra ileggelse av straffereaksjoner. I en slik fremstilling må det nødvendigvis gjøres en utvelgelse av land.¹⁹³ Utvalget har, i tråd med veiledningen i mandatet, prioritert å undersøke land der det er valgt tilnærminger til håndtering av egen ikke-medisinsk bruk av narkotika med en viss likhet med Portugal-modellen. Land det fremstår naturlig å sammenligne med Norge, er gitt prioritet. Det er som hovedregel lagt vekt på å fremstille regler eller praksiser som er permanente og landsdekkende (nasjonalt eller på delstatsnivå), fremfor geografisk avgrensede lokale prosjekter.

Flertallet av landene som er beskrevet, har gjennomført en avkriminalisering *de facto* eller *de jure*. Disse landene er i det følgende sortert etter hvorvidt det også er innført andre former for sanksjoner mot ulovlig befatning med narkotika til egen bruk, se punkt 6.3.2 og 6.3.3.

Enkelte erfaringer fra land der det er innført regulert omsetning av cannabis til egen ikke-medisinsk bruk, blant annet knyttet til hvordan

offentlige myndigheter har gått frem for å kartlegge virkninger av liberalisering av cannabis, kan være av interesse også med tanke på en regelendring som kun består i avkriminalisering. Slike erfaringer er derfor omtalt særskilt i punkt 6.3.4.

I punkt 6.3.5 behandles erfaringer med straffrihet i forbindelse med brukerrum for narkotika.

6.3.2 Fjerning av straffereaksjoner (*de facto* eller *de jure*) uten bruk av administrative sanksjoner

6.3.2.1 Belgia

De fleste former for befatning med narkotika er straffbart i Belgia, men bruk er ikke i seg selv straffbart. I 2003 ble det innført nye regler for tilfeller der en voksen besitter inntil 3 gram cannabisprodukt eller én dyrket cannabisplante til personlig bruk.¹⁹⁴ I slike tilfeller kan politiet foreta en forenklet registrering av forholdet.¹⁹⁵ Forholdet kan danne grunnlag for en bot, men forfølgning av slike forhold skal i henhold til et direktiv utstedt av landets justisministerium og høyere påtalemyndighet gis laveste prioritet.¹⁹⁶ Informasjon om forenklete registreringer oversendes månedlig fra politiet til påtalemyndigheten, men føres ikke inn i en sentralisert database for straffesaker.¹⁹⁷ Cannabisproduktet eller -planten saken gjelder, kan i disse sakene bare beslaglegges og destrueres dersom lovbrøteren samtykker til det.¹⁹⁸

Reglene om forenklet registrering av cannabisaker som beskrevet ovenfor gjelder ikke dersom handlingene er utført med mindreårige til stede eller har medført skade på andre og heller ikke i følgende tilfeller:¹⁹⁹

- besittelse i en institusjon underlagt kriminalomsorgen eller barnevernet,
- besittelse på en skole eller lignende institusjon, eller i deres umiddelbare nærhet,

¹⁹¹ SICAD (2014). Se også Laqueur (2015) s. 768 fn. 35 med videre henvisninger til kilder som belegger at det mangler data om dette.

¹⁹² Silvestri (2014).

¹⁹³ For en mer omfattende undersøkelse av *avkriminalisering* i flere land, se Eastwood, Fox og Rosmarin (2016): For en komparativ analyse av regelverk i ni land, se Hughes mfl. (2018). Utredningen er inntatt som Annex I til rapport avgitt i 2019 av en arbeidsgruppe nedsatt av Irlands helseminister.

¹⁹⁴ Sleiman (2005) s. 14–15. Se også Eastwood, Fox og Rosmarin (2016) s. 17–18.

¹⁹⁵ Lovendringen som ble vedtatt i 2003, ble annullert av landets domstoler fordi lovteksten ikke oppfylte kravene til presisjon i strafferettslig lovgivning, og ble erstattet av et direktiv, se Moniteur Belge (2005). Se direktivets avsnitt D.1.

¹⁹⁶ Service Public Federal Justice, C-2005/09061, avsnitt C.1. Se også EMCDDA (2018a) s. 13.

¹⁹⁷ C-2005/09061.

¹⁹⁸ C-2005/09061 avsnitt D.6. Se også Sleiman (2005) s. 15.

¹⁹⁹ C-2005/09061 avsnitt C.3. Se også Sleiman (2005) s. 15.

- åpenlys besittelse²⁰⁰ på et offentlig sted eller sted som er tilgjengelig for allmennheten eller
- besittelse i andre konkrete situasjoner der påtalemyndigheten har utstedt direktiver for å ivareta ro og orden i folkeansamlinger.

I slike tilfeller straffeforfølges forholdet etter alminnelige regler.

I kjølvannet av nedprioriteringen av straffeforfølging av dyrking av cannabis til personlig bruk har det forekommet tilfeller av organisert fellesdyrking av cannabisplanter (såkalte «cannabis social clubs»). Dette er blitt straffeforfulgt av belgiske myndigheter.²⁰¹

I forbindelse med endringen av narkotikalovgivningen i 2003 ble det opprettet en ny offentlig stilling for å bistå påtalemyndigheten i narkotikasaker med sosialt rettet arbeid, blant annet med sikte på å henvise lovbrytere som bruker narkotika, til behandling og rådgivning. Ordningen ble ikke godt mottatt av påtalemyndigheten og retts hjelpere, som påpekte at slike funksjoner allerede var ivaretatt av ansatte i domstolsapparatet. Denne siden ved lovendringen ble derfor ikke fulgt opp i praksis.²⁰²

I ESPAD-undersøkelsen for 2003 (se omtale av ESPAD-undersøkelsene i punkt 6.2.7.5 ovenfor) oppga 32 prosent av spurte elever i Flandern at de hadde prøvd cannabis noen gang i livet. Denne andelen har falt i hver av ESPAD-undersøkelsene som er gjennomført siden. I 2015 oppga 17 prosent (ett prosentpoeng over nivået for alle ESPAD-landene samlet) at de hadde prøvd cannabis noen gang i livet.

6.3.2.2 Danmark

I henhold til lov om euforiserende stoffer er det straffbart å ha befattning med narkotika uten lovlig adgang. Bruk av narkotika er ikke i seg selv straffbart. En nærmere fremstilling av de danske rettskildene gis i punkt 8.3.

Fra 1964 til 2004 praktiserte Danmark en *de facto* avkriminalisering av besittelse av narkotika til egen bruk. Overfor slike lovbrudd ble det som hovedregel reagert med en advarsel.²⁰³ Som en respons på økende prevalens av narkotikabruk

ble det fra 2004 innført en regel om at besittelse av narkotika til egen bruk som hovedregel skulle føre til minst en bot. Ordningen med advarsler ble dermed avskaffet.

I 2007 ble bøtenivået betydelig forhøyet, men det ble innført en unntaksbestemmelse som åpnet for å reagere med kun en advarsel i saker om besittelse av narkotika til egen bruk når lovbryteren er en person med alvorlige rusproblemer: «Advarsel kan i almindelighed ikke meddeles, medmindre sociale forhold taler for at meddele en advarsel og besiddelsen af stoffet er udslag af en stærk afhængighed som følge af et længere og vedvarende misbrug af euforiserende stoffer.»²⁰⁴ Dette tar sikte på å omfatte personer som bruker narkotika hver dag, og at personen ikke har annen inntekt enn offentlige ytelser og ingen oppsparte midler av betydning.²⁰⁵ I rettspraksis²⁰⁶ og retningslinjer fra Rigsadvokaten²⁰⁷ synes det å være lagt til grunn at advarsel etter denne bestemmelsen *skal* gis dersom vilkårene er oppfylt.

Avviklingen av praksisen med å reagere med advarsler i 2004, og anvendelsen av unntaksbestemmelsen som ble innført i 2007, har vært omdiskutert. En utredning av praktiseringen av narkotikalovgivningen i 2002–2008 (altså i perioden hvor lovendringen fant sted) på oppdrag fra Justitsministeriet konkluderte i 2013 med at adgangen til å gi advarsel ikke ble benyttet i det omfang som loven åpner for,²⁰⁸ noe som indikerer at lovgivers intensjoner med bestemmelsen ikke oppfylles. I analysen ble det konstatert at personer som hadde en historikk i rusbehandling og mottok kontanthjelp eller førtidspensjon, var involvert i litt over en tiendedel av alle besittelsessaker både før og etter lovendringen i 2004. For denne gruppen falt andelen saker som ble avgjort med advarsler, fra 16–18 prosent før lovendringen til 3–9 prosent etter lovendringen i 2004. Forskerne konkluderte med at en nulltoleransepolitikk hadde blitt prioritert over sosiale hensyn, selv om straffebestemmelsen åpnet for å ta slike hensyn.²⁰⁹

Utredningen fra 2013 vekket offentlig interesse, og landets justisminister har siden gitt uttrykk for at advarselsregelen bør gis større oppmerksomhet

²⁰⁰ Fr. «détention ostentatoire».

²⁰¹ Decorte (2019).

²⁰² Sleiman (2005) s. 97 om såkalte «justice case managers».

²⁰³ En advarsel er formelt en strafferettslig reaksjon, men innebærer at forholdet ikke forfølges videre, se den danske retsplejeloven § 722.

²⁰⁴ Lov om euforiserende stoffer § 3 første ledd tredje punktum.

²⁰⁵ Houborg og Pedersen (2013).

²⁰⁶ Dom avsagt av Vestre landsret 9. september 2009, publisert som U.2010.79V.

²⁰⁷ Se Rigsadvokatmeddelelsens (instruks til påtalemyndigheten) avsnitt om narkotika avsnitt 1 (Overblikk: Politiets sagsbehandling).

²⁰⁸ Houborg og Pedersen (2013).

²⁰⁹ Houborg og Pedersen (2013) s. 49–50.

av politiet.²¹⁰ I 2018 ble slike advarsler benyttet på 96 (0,4 prosent) av totalt 24 051 forhold som gjaldt besittelse av narkotika til egen bruk, og det var ikke-ubetydelige variasjoner i denne prosentandelen mellom de ulike politikretsene.²¹¹ Den vedvarende lave andelen av saker om besittelse av narkotika til egen bruk som avgjøres med advarsel i årene fra 2004 til 2018, fremstår som en indikasjon på at det i praksis har vært krevende å gjennomføre bestemmelsen om advarsler, fremfor bøter, til personer med alvorlige ruslidelser.

Etter en avtale mellom politiet og København kommune er det innført en frisone for besittelse av narkotika til egen bruk i bydelen Vesterbro. Plasseringen av frisonen henger sammen med at det i denne bydelen er etablert brukerrom. Ordningen gjelder for personer som er i målgruppen for brukerrommene, det vil si personer med sterk avhengighet som følge av vedvarende bruk av narkotika. Etter det utvalget har fått opplyst fra representanter for lavterskeltilbud og fra lokalpoliti for området, har ordningen i praksis hovedsakelig fungert etter hensikten: Det er etablert et fungerende forhold mellom brukere av narkotika i området og politiet. Dette innebærer at politiet er i en bedre posisjon til å gripe inn overfor annen kriminalitet enn befatning med narkotika til egen bruk og andre utfordringer som gjør seg gjeldende i rusmiljøet, og politiet er i stand til å ivareta behovene til gruppen på en bedre måte.

6.3.2.3 Georgia

Ved dom avsagt 30. juli 2018 av Georgias konstitusjonsdomstol ble en bestemmelse om sivilrettslige reaksjoner på illegal bruk av marihuana kjent ugyldig.²¹² Domstolen kom til at bestemmelsen var uforenelig med artikkel 16 i landets konstitusjon, som oppstiller et konstitusjonelt krav om selvbestemmelse og autonomi for innbyggerne. Forbudet ble ansett å fremme et legitimt formål, men konsekvensene av forbudet ble ansett å være uproporsjonale sammenlignet med konsekvensene av den enkeltes bruk av marihuana. Befatning med narkotika, også marihuana til egen bruk, har tradisjonelt vært belagt med strengt straffansvar i landet. Det ventes rettsavgjørelser som tar stilling til forholdet mellom forfatningen

²¹⁰ Dahlin (2016).

²¹¹ Brev fra Rigsadvokaten til Gadejuristen 13. mars 2019.

²¹² Avgjørelse i sak N1/5/1282, «Citizens of Georgia – Zurab Japaridze and Vakhtang Megrelishvili v. the Parliament of Georgia».

og forbud mot andre rusmidler enn cannabis, som saken fra 2018 gjaldt.

6.3.2.4 Storbritannia – forsøksordningen i Lambeth, London

Besittelse av narkotika til egen bruk er straffbart med fengsel i Storbritannia.²¹³ I bydelen Lambeth i London ble det fra juli 2001 til juli 2002 gjennomført en forsøksordning der saker som gjaldt besittelse av mindre mengder cannabis, ble håndtert ved at politiet beslagla stoffet og ga personen en advarsel. Formålet med forsøket var å prøve ut en ordning som ville innebære at færre ble anmeldt for narkotikalovbrudd, og som samtidig kunne frigjøre ressurser i politiet til andre oppgaver.²¹⁴

Forskning på forsøket har konkludert med at det fikk en rekke ulike konsekvenser:²¹⁵

- en økning i antallet cannabisrelaterte lovbrudd
- reallokering av politiressurser til ikke-narkotikarelatert kriminalitet og, i noe mindre grad, til kriminalitet som gjaldt hardere narkotiske stoffer
- lavere boligpriser
- flere sykehusinnleggelses knyttet til hardere stoffer
- personer som ble innlagt på sykehus var i en mer alvorlig tilstand

Noen av effektene vedvarte i flere år etter at forsøket ble avsluttet. Forskningsfunnene skiller seg fra det meste av den publiserte forskningen på virkninger av avkriminalisering, ved at det i studiene er funnet tydelige effekter.²¹⁶ En del av forklaringen på effektene antas å knytte seg til narkotikaturisme til bydelen, noe en i mindre grad ville ha skapt dersom ordningen var gjennomført i hele London.²¹⁷ I en kunnskapsoppsummering er det lagt til grunn at erfaringene fra Lambeth-forsøket antageligvis ikke er overførbare til tiltak med et større geografisk anvendelsesområde.²¹⁸

²¹³ Misuse of Drugs Act 1971, Section 5.

²¹⁴ Babor mfl. (2018) s. 200–201.

²¹⁵ Babor mfl. (2018) s. 200–201, med videre henvisning til to artikler: Adda, McConnell og Rasul (2014) og Kelly og Rasul (2014).

²¹⁶ Babor mfl. (2018) s. 201.

²¹⁷ Babor mfl. (2018) s. 201, med henvisning til Adda, McConnell og Rasul (2014).

²¹⁸ Babor mfl. (2018) s. 205: «The Lambeth case represents change in a restricted geographical area within a larger city (London), and findings from it are probably not applicable to changes with wider geographic application.»

6.3.2.5 Tyskland

Bruk av narkotika er ikke straffbart i Tyskland. Blant annet dyrking/tilvirkning, import, kjøp og innehav av narkotika til egen bruk er straffbart, men domstolene har adgang til å frita tiltalte for straff dersom saken gjelder en liten mengde stoff til egen bruk.²¹⁹ Tysklands narkotikalov § 31 a gir dessuten påtalemyndigheten en skjønnsmessig adgang til å unnlate straffeforfølgning av befatning med narkotika til egen bruk dersom lovbrøtters skyldgrad er liten, og allmenne hensyn ikke tilsier straffeforfølgning.²²⁰

Tysklands forfatningsdomstol behandlet i 1994 spørsmålet om hvorvidt strafflegging av innehav av cannabis til egen bruk var i strid med forfatningens krav til forholdsmessighet ved inngrep overfor den enkelte.²²¹ Etter domstolens vurdering innebærer leilighetsvis personlig bruk av cannabis ingen nevneverdig grad av skyld hos brukeren og liten fare for skade, såfremt det ikke foreligger omstendigheter som innebærer at bruk direkte berører barn, finner sted i en militærforlegning, skole mv., eller brukeren utøver et yrke som gjør bruken problematisk. I fravær av slike omstendigheter, påpekte domstolen, tilsier ikke allmenne interesser straffeforfølgning av forholdet. Retten kom på dette grunnlaget til at påtalemyndigheten, for å overholde forfatningens krav om forholdsmessighet, må avstå fra straffeforfølgning i slike tilfeller.²²² Straffebudet ble derimot ikke kjent ugyldig av domstolen, ettersom unntaksbestemmelsen i eksisterende lovgivning åpner for å unnlate straffeforfølgning.

De tyske delstatene har vedtatt retningslinjer for å konkretisere hva som anses som en liten mengde narkotika til egen bruk, slik at lovgivningen praktiseres i tråd med uttalelsene i 1994-avgjørelsen. En gjennomgang av slike retningslinjer i 2006 viste at de sprikte i ikke ubetydelig grad, både med tanke på arten av narkotiske stoffer og mengdebegrensningene som var angitt.²²³ I nyere oversikter er det angitt at grensene for cannabis varierer fra 6 til 15 gram, hvor et flertall av delstatene har fastsatt en grense på 6 gram.²²⁴ Når det gjelder andre narkotiske stof-

fer, er mengdebegrensningene styrt av lokal rettspraksis, men noen delstater har fastsatte grenser for ecstasy (f.eks. 3 gram), heroin (f.eks. 1 gram), kokain (f.eks. 1 eller 3 gram) og amfetamin (f.eks. 3 gram).²²⁵ Det er lagt til grunn at politiet kan gjennomføre avhør av lovbrøtteren, blant annet med sikte på å avdekke bakmenn, samt undersøke og uskadeliggjøre eller destruere stoffet, også i saker der straffeforfølgning unnlates i medhold av narkotikaloven § 31 a.²²⁶

Mange delstater i Tyskland anvender et kvalitetssikret program for tidlig intervensjon overfor førstegangsbrukere av narkotika («Frühintervention bei erstaußfälligen Drogenkonsumenten», forkortet FreD). Målgruppen er i første rekke personer mellom 14 og 18 år, men omfatter også personer inntil 25 år som er kommet i politiets søkelys for første gang som følge av bruk av narkotika. Programmet består hovedsakelig av en innledende samtale og et åtte timers kurs med sikte på å forebygge rusmiddelavhengighet og kriminell adferd. Inntak i programmet krever ikke at det er opprettet en straffesak mot personen. FreD er blitt evaluert i en undersøkelse gjennomført i samarbeid mellom 17 EU-land i regi av EMCDDA fra 2007 til 2010, hvor prosjektet ble implementert i 11 land. Evalueringen av prosjektet viste at 90,6 prosent av deltagerne gjennomførte kurset på en fullgod måte, og så mange som 84,6 prosent av respondentene sa at de ville anbefale opplegget til andre.²²⁷

Prevalensen av cannabisbruk i Tyskland er i et mellomstøkt i europeisk sammenheng: 13,3 prosent av unge voksne (15–34 år) oppgir å ha brukt cannabis i løpet av det siste året. De tilsvarende tallene for MDMA, amfetamin og kokain er henholdsvis 1,3 prosent, 1,9 prosent og 1,2 prosent. Det var i 2015 2,8 høyrisikobrukere av opioider per 1 000 innbyggere.²²⁸

6.3.2.6 Østerrike

Bruk av narkotika er ikke nevnt som et eget lovbrudd i Østerrikes lovgivning, men de fleste for-

²¹⁹ Jf. Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (BtMG) § 29 (1) nr. 1 og (5).

²²⁰ BtMG § 31a.

²²¹ Bundesverfassungsgericht, avgjørelse avsagt 9. mars 1994 (BVerfGE 90, 145), se særlig avsnitt 187–191. Se også artikkel 2 i Tysklands forfatning.

²²² Avsnitt 190.

²²³ Schäfer og Paoli (2006). Se særlig side 6–8.

²²⁴ EMCDDA (2015) og Eastwood, Fox og Rosmarin (2016) s. 22.

²²⁵ EMCDDA (2015) og lokale retningslinjer for Schleswig-Holstein: Richtlinie zur Umsetzung des § 31 a des Betäubungsmittelgesetzes.

²²⁶ Se for eksempel lokale forskrifter for Schleswig-Holstein (op.cit.) og for Berlin: Gemeinsame Allgemeine Verfügung zur Umsetzung des § 31a BtMG, JustV III CS 3.

²²⁷ EMCDDA (udatert b).

²²⁸ EMCDDA (2018d).

Tabell 6.2 Grenser for innehav som kan anses å være til egen bruk, Østerrike (utdrag)

Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC)	20 gram
Heroin	3 gram
Ecstasy (MDMA)	30 gram
Kokain	15 gram
Amfetamin	10 gram
LSD	0,01 gram

mer for befatning med narkotika til egen bruk er straffbar.²²⁹

Narkotikalovgivningen gir påtalemyndigheten adgang til å unnlate straffeforfølgning av befatning med narkotika når handlingene utelukkende knytter seg til mistenktes egen bruk av narkotika eller en annens bruk såfremt mistenkte ikke drar noen fordel av dette.²³⁰ Det er vedtatt at mistanke om bruk av narkotika hos en skoleelev eller vernepliktig i militæret skal håndteres gjennom en henvisning fra henholdsvis skoleverket og militæret til helsetjenesten og ikke ved anmeldelse til politiet. Skoler kan i første omgang i stedet følge opp saken ved hjelp av leger tilknyttet skolen.

Etter en lovendring i 2016 skal saker om besittelse av narkotika til egen bruk (eller til andres personlige bruk som lovbrøyteren ikke drar fordel av) som avdekkes av offentlige institusjoner, henvises til helsetjenestene, uten at det innledes straffeforfølgning.²³¹ Der hvor forholdet er avdekket av politiet, skal saken henvises direkte til helsetjenesten, og det skal samtidig sendes en orientering om henvisningen til påtalemyndigheten.²³²

Det er fastsatt en omfattende liste med maksimalgrenser for innehav som kan anses å være til egen bruk, se utdrag i tabell 6.2.²³³

²²⁹ Suchtmittelgesetz (SMG) § 27. En engelskspråklig gjennomgang av lovbestemmelsene er tilgjengelig i Gesundheit Österreich GmbH (2018).

²³⁰ SMG § 35.

²³¹ SMG § 13 (2a).

²³² SMG § 13 (2b).

²³³ Verordnung des Bundesministers für Gesundheit über die Grenzmengen der Suchtgifte (Suchtgift-Grenzmengenverordnung – SGV). Se også EMCDDA (2015).

Når helsetjenesten mottar en henvisning som gir rimelig grunn til å tro at en person har brukt narkotika, skal de innkalle personen til en legeundersøkelse. Helsetjenesten kan likevel unnlate å innkalle personen dersom saken utelukkende gjelder cannabis eller sopp som inneholder psilocin, psilotin eller psilocybin, og det er den første saken registrert på personen i løpet av en femårsperiode.

Basert på gjennomført undersøkelse av personen skal helsetjenesten vurdere om det er nødvendig med helserettede tiltak, som kan omfatte:

1. overvåkning av personens helsetilstand,
2. medisinsk behandling,
3. psykologisk rådgivning og støttetiltak,
4. psykoterapi og
5. psykososial rådgivning og støttetiltak.

Dersom slike tiltak vurderes som nødvendige, skal helsetjenesten motivere personen til å ta imot tjenestene, og sørge for at tiltaket gjennomføres.²³⁴ I 2017 kom helsetjenesten til at 56 prosent av mottatte saker ikke krevde tiltak. Blant de 44 prosent av tilfellene der det ble ansett som nødvendig med tiltak, gjaldt de fleste av sakene cannabis (28 prosent), opioider (7 prosent) og sentraltstimulerende stoffer (5 prosent).²³⁵ I flertallet av provinsene ble et flertall av sakene som gjaldt cannabis, besluttet løst utelukkende gjennom psykososial rådgivning og støttetiltak. Flertallet av sakene som gjaldt opioider, ble besluttet løst gjennom helsehjelp fra en lege.²³⁶

Der en sak er avdekket av politiet, og det er gitt melding til påtalemyndigheten om henvisningen fra politi til helsetjenesten, stiller påtalemyndigheten saken i bero i ett år. Såfremt påtalemyndigheten ikke i løpet av denne ettårsperioden mottar melding fra helsetjenesten om at personen ikke følger opp besluttede tiltak, unnlater påtalemyndigheten å forfølge saken videre. Det fremgår imidlertid ikke av regelverket om helsetjenesten har noen plikt til på eget initiativ å gi opplysninger til påtalemyndigheten om manglende oppfølging fra pasientens side. Under en studietur til Østerrike ble det opplyst til utvalget at manglende oppfølging av tiltak besluttet av helsetjenesten kan ha betydning for behandlingen av eventuelle nye lovbrudd begått av personen.

²³⁴ SMG § 12.

²³⁵ Beregning mottatt fra Gesundheit Österreich GmbH.

²³⁶ Gesundheit Österreich GmbH (2018) s. 24–26. Se også Horvath mfl. (2018).

6.3.3 Fjerning av straffereaksjoner (*de facto* eller *de jure*) og innføring av administrative sanksjoner

6.3.3.1 Australia

I løpet av 1980- og 1990-tallet ble det vedtatt lovendringer i delstaten Sør-Australia samt fastlandsterritoriene Australian Capital Territory og Northern Territory som endret reaksjonene på besittelse av en begrenset mengde cannabis. Gjennom lokal lovgivning ble det innført et sivilrettslig reaksjonssystem med hjemmel til å ilegge et administrativt gebyr for slike overtredelser. En lignende lovendring ble gjennomført i delstaten Vest-Australia i 2004, men den ble betydelig endret i 2011. De sivilrettslige ordningene har enten fortrent eller eksisterer side om side med et tradisjonelt straffansvar for befatning med narkotika til eget forbruk.

I *Sør-Australia* kan det utstedes et sivilrettslig gebyr («Cannabis Expiation Notice», forkortet CEN) til personer som er i besittelse av inntil 100 gram marihuana eller 20 gram hasj, eller som dyrker én cannabisplante, til egen bruk.²³⁷ Avkriminaliseringen gjelder også bruk av cannabis, unnatt på offentlig sted og enkelte andre steder. Overtredelse av forbudet kan føre til ileggelse av et gebyr på inntil 300 australske dollar. Størrelsen på gebyret avhenger av om det er tale om bruk, besittelse, eller dyrking.²³⁸ Muligheten til straffritt å dyrke cannabis er blitt snevret inn siden ordningen ble innført i 1987. Det maksimale antallet planter som kan dyrkes straffritt, er gradvis blitt redusert fra 10 til én plante, og bruk av hydroponisk metode eller andre særlige fremgangsmåter som fremmer vekst og styrkegrad, er igjen gjort straffbart.

I *Australian Capital Territory* har politiet adgang til å utstede et sivilrettslig gebyr på 100 australske dollar («Simple Cannabis Offence Notice») til personer som besitter inntil 50 gram cannabis, eller som dyrker inntil to cannabisplanter, til eget forbruk.²³⁹ Dersom gebyret betales innen fristen, anses personen ikke skyldig i å ha

begått en straffbar handling. Dersom gebyret ikke betales, kan det innledes straffesak. Territoriet har vedtatt å legalisere bruk av cannabis, og dyrking og innehav til egen bruk med samme mengdebegrensninger som per i dag gjelder for det sivilrettslige gebyret.²⁴⁰ Lovendringen er ventet å tre i kraft i 2020. Legaliseringen vil ikke gjelde for personer under 18 år, og heller ikke for bruk av cannabis i nærheten av mindreårige eller på offentlig sted. Legaliseringen omfatter ikke omsetning av cannabis.

I *Northern Territory* har politiet adgang til å ilegge et sivilrettslig gebyr til personer som er i besittelse av inntil 50 gram cannabis, eller som dyrker inntil to planter.²⁴¹ Botens størrelse er satt til to bøteenheter, som i 2018–2019 samlet tilsvarer 310 australske dollar.²⁴²

I *Vest-Australia* ble det i 2004 innført en ordning som hadde vesentlige likhetstrekk med de sivilrettslige gebyrene omtalt ovenfor, men ordningen ble avvirket etter et politisk maktskifte i delstaten. Hvorvidt avkriminaliseringen førte til en økning i bruk av cannabis, har vært et omdiskutert tema.²⁴³ I 2010 ble det vedtatt en ordning der politiet i stedet for å utstede et gebyr kan pålegge lovbrøtteren å delta i et intervensjonsprogram knyttet til cannabisbruk («Cannabis intervention requirement», forkortet CIR).²⁴⁴ Formålet med intervensjonen er å informere deltagerne om helsemessige og sosiale konsekvenser av å bruke cannabis, lovgivningen på området og egnede måter å håndtere cannabisbruk på.²⁴⁵ Personen kan delta i programmet uten å erkjenne skyld, og oppfyllelse av en CIR utgjør en sperre for strafferettslig eller sivilrettslig forfølgning av forholdet eller forholdene som saken gjaldt. CIR kan imidlertid gis kun én gang til voksne, og to ganger til mindreårige – etter at CIR er gjennomført, vil eventuelle nye cannabislovbrudd straffefølges. En utredning gjennomført av delstatsforsamlingen i Vest-Australia som ble ferdigstilt i november 2019 konkluderer med at straffebud mot narkotikabruk og besittelse av narkotika til egen bruk bør erstattes med sivilrettslige forbud.²⁴⁶

²³⁷ Jf. Controlled Substances Act 1984 section 45A, og Controlled Substances (Controlled Drugs, Precursors and Plants) Regulations 2014 section 14 og schedule 5. Se også Eastwood, Fox og Rosmarin (2016).

²³⁸ Ifølge informasjon publisert av det offentlige finansierte rettshjelpstiltaket Legal Services Commission of South Australia kan for eksempel bruk av cannabis, besittelse av inntil 25 gram marijuana eller inntil 5 gram hasj føre til et gebyr på 150 australske dollar. Dyrking av cannabis, eller besittelse av 25–100 gram marijuana eller 5–20 gram hasj, fører til et gebyr på 300 australske dollar. Se Legal Services Commission of South Australia (2012).

²³⁹ Jf. Drugs of Dependence Act 1989 section 171A.

²⁴⁰ EMCDDA (2019f).

²⁴¹ Misuse of Drugs Act 2017, part IIB og schedule 3. Det tilsvarende gjelder for besittelse av 1 gram cannabisolje, 10 gram hasj eller 10 gram cannabisfrø.

²⁴² Misuse of Drugs Act, section 20(2). Se Territory Revenue Office (2019) om bøtesatsene.

²⁴³ Eastwood, Fox og Rosmarin (2016) s. 15–16.

²⁴⁴ Misuse of Drugs Act 1981, part IIIA.

²⁴⁵ Misuse of Drugs Act 1981, section 8J (1), Misuse of Drugs Act 1981, Western Australia (2019).

²⁴⁶ Legislative Council Western Australia (2019).

Konsekvensene av avkriminalisering i Australia, og eventuelt omfanget av disse, er omdiskutert.²⁴⁷ En gjennomgang av undersøkelser av virkningene av avkriminalisering i Australia indikerer at avkriminalisering var forbundet med en liten økning i cannabisbruk, hovedsakelig blant personer over 25 år.²⁴⁸ Endringene førte til færre negative konsekvenser for personer som ble tatt for cannabis, men samtidig ble det ilagt flere reaksjoner for cannabis enn tidligere som følge av at det ble enklere for politiet å behandle sakene.²⁴⁹

I et oversiktsnotat om avkriminalisering av narkotikabruk og innehav av narkotika til egen bruk som er publisert av National Drug & Alcohol Research Centre, et rusforskningssenter ved University of New South Wales, er det uttalt at avkriminalisering

- reduserer samfunnskostnader, særlig innen justissektoren,
- reduserer sosiale kostnader for enkeltpersoner,
- ikke fører til økning i bruk av narkotika,
- ikke fører til økning i annen kriminalitet, og
- kan føre til en økning i antallet personer som kommer i kontakt med straffetiltakskjeden, som følge av såkalt «net-widening».²⁵⁰

Særlig reformen i Sør-Australia er gjort til gjstand for forskning.²⁵¹ En evaluering av virkningene av avkriminaliseringen omfattet en studie av personer i Sør-Australia og Vest-Australia, i en periode der avkriminalisering var gjennomført i Sør-Australia men ikke i Vest-Australia. Studien tok sikte på å undersøke hvordan en strafferettslig og sivilrettslig reaksjon for lignende lovbrudd påvirket personen som var ilagt reaksjonen. Resultatene av undersøkelsen viste at personer som var ilagt en reaksjon i Vest-Australia hadde en større grad av frykt og mistillit overfor politiet enn personer som var ilagt en sivilrettslig reaksjon i Sør-Australia. Respondentene som var ilagt en straffereaksjon i Vest-Australia oppga å ha større problemer med arbeid, sosiale relasjoner og bolig enn personer som var ilagt en sivilrettslig reaksjon for samme type lovbrudd i Sør-Australia. Undersøkelsen viste også at personer som ble ilagt straffereaksjonen i Vest-Australia hadde en høyere sann-

synlighet for å på nytt komme i kontakt med straffesakskjeden enn personer som ble ilagt den sivilrettslige reaksjonen i Sør-Australia. Det kunne derimot ikke påvises ulikheter i personenes syn på vanskeligheter med å reise utenlands, dannelsen av et selvbylde som kriminell eller selvrappor-tert bruk av narkotika etter lovbruddet.²⁵²

En undersøkelse publisert i 1994 som belyste befolkningens kunnskap og oppfatninger viste at personer i Australian Capital Territory og Sør-Australia - som var de eneste to områdene i Australia hvor det på undersøkelsestidspunktet var gjennomført avkriminalisering - i større grad var feilinformert om den rettslige statusen til cannabis enn befolkningen ellers i landet. Mens om lag 10 prosent av befolkningen i de fleste områder feilaktig trodde at det var lovlig å bruke cannabis, gjaldt dette 34 prosent i Sør-Australia og 43 prosent i Australian Capital Territory.²⁵³

Antallet utstedte CEN i Sør-Australia økte betydelig i noen år etter innføringen, fra 6000 saker i 1987–1988 til omkring 17 000 i 1993–1994. Økningen i antallet saker knyttes ikke til en økning i bruk og beskrives derfor som et tilfelle av «net widening».²⁵⁴ Dette utfallet er blitt forklart med at politiet ved hjelp av CEN kunne reagere på en lite arbeidskrevende måte overfor forhold som tidligere ble håndtert uformelt på stedet uten opprettelse av en straffesak. Ordningen ble godt motatt i justissektoren.²⁵⁵

En sammenligning av Sør-Australia med andre områder i Australia i årene etter avkriminalisering og innføring av CEN-ordningen viste at det hadde funnet sted en økning i bruk av cannabis i flere av de undersøkte områdene, og at en økning i delstaten Sør-Australia ikke kunne knyttes til avkriminaliseringen.²⁵⁶

I en artikkel som sammenlignet flere områder i Australia med og uten gjennomført avkriminalisering, er det ikke påvist signifikant effekt av avkriminalisering på sannsynligheten for bruk av cannabis i befolkningen samlet sett.²⁵⁷ Studien fant imidlertid at avkriminalisering i noen grad var forbundet med en lavere debutalder hos personer som *ville ha* begynt å bruke cannabis. Effekten

²⁴⁷ Se for eksempel Single, Christie og Ali (2000).

²⁴⁸ Babor mfl. (2018) s. 197.

²⁴⁹ Babor mfl. (2018) s. 197.

²⁵⁰ Hughes mfl. (2016) s. 1. Senteret har publisert en rekke mer detaljerte forskningsrapporter om mulige virkninger av narkotikapolitiske valg.

²⁵¹ Hughes og Stevens (2010) s. 1000.

²⁵² Se fremstillinger av funnene i Babor mfl. (2018) s. 197 og Hughes og Stevens (2010) s. 1000, med videre henvisninger.

²⁵³ Se omtale av undersøkelsen i Single, Christie og Ali (2000), s. 168.

²⁵⁴ Se for eksempel Single, Christie og Ali (2000) s. 167.

²⁵⁵ Single, Christie og Ali (2000) s. 167.

²⁵⁶ Donnelly, Hall og Christie (1995) s. 281–287.

²⁵⁷ Williams og Bretteville-Jensen (2014) s. 20–32, se særlig s. 30 og 31.

gjorde seg gjeldende de første fem årene etter lovendringen.²⁵⁸ I den samme perioden på fem år etter avkriminalisering fant forskerne også en liten økning i andelen av befolkningen som oppga å ha prøvd cannabis noen gang. Slike effekter kunne ifølge denne studien ikke påvises etter at avkriminaliseringen hadde vært i kraft i fem år.

For hele Australia var gjennomsnittsalderen for debut med cannabis for personer som noensinne har prøvd stoffet, 18,7 år i 2016, som innebærer en svak nedgang fra 19,1 år i 1995.²⁵⁹

6.3.3.2 Italia

Innehav av narkotika til egen bruk er ulovlig etter italiensk rett, men ble avkriminalisert i 1975.²⁶⁰ Selve bruken er ikke i seg selv ulovlig eller straffbart.

Ved første gangs overtredelse av forbudet mot innehav til egen bruk reageres det normalt med en formell advarsel og en oppfordring til å avstå fra nye overtredelser. Deretter reageres det med administrative sanksjoner: først og fremst midlertidig inndragning av førerrett for motorvogn med et straffende formål,²⁶¹ men loven hjemler også midlertidig inndragning av våpenløyve, pass eller oppholdstillatelse.²⁶² Etter en lovendring i 2014 er det innført et skille mellom mindre farlige og mer farlige illegale rusmidler. Klassifiseringen av rusmiddelet saken gjelder, avgjør om rettighetsinndragningen får en varighet på 1–3 måneder (mindre farlige stoffer) eller 2–12 måneder (mer farlige stoffer).²⁶³ Disse administrative sanksjonene kan kombineres med helserettede tiltak.

6.3.3.3 Spania

Spania innførte i 1971 lovgivning om narkotika som gjør mange former for befatning med narkotika straffbart. Det ble presisert i en høyesterettsavgjørelse kort tid etter vedtagelsen at straff etter bestemmelsene var ment å ramme adferd som fremmet andres bruk av narkotika, og derfor ikke skulle ramme innehav av narkotika kun til egen bruk.²⁶⁴ Deling (overdragelse uten vederlag) av

narkotika innenfor en lukket krets anses heller ikke som en straffbar handling.²⁶⁵

I 1992 ble det innført en adgang til å reagere sivilrettslig mot personer som bruker eller innehar narkotika på offentlig sted, og mot virksomheter som tolererer bruk og besittelse av narkotika i offentlig tilgjengelige lokaler.²⁶⁶ Forut for dette var bruk av narkotika og innehav av narkotika til egen bruk ikke gjenstand for straffereaksjoner eller sivile reaksjoner etter spansk rett. Etter en lovendring i 2015 kan det også reageres sivilrettslig overfor dyrking av cannabis til egen bruk hvis planten er synlig fra et offentlig sted.²⁶⁷ Reaksjonene kan bestå i et administrativt gebyr fra € 601 til € 30 000.²⁶⁸

Det følger av etablert praksis at det tillates en mengde tilsvarende inntil fem dagers forbruk, som er ansett å svare til følgende tallfestede mengdebegrensninger: 100 gram marihuana, 25 gram hasjissj, 2,4 gram ecstasy, 3 gram heroin eller 7,5 gram kokain.²⁶⁹

Kollektiv dyrking av cannabis til egen bruk innenfor en lukket krets av personer som kjenner hverandre og samarbeider uten profittmotiv (såkalte «cannabis clubs» eller «social clubs»), er ikke nødvendigvis straffbart. Det er påpekt i juridisk litteratur at den rettslige grensdragningen mellom straffri deltagelse i cannabisdyrking i en «social club» og straffbar deltagelse i tilvirkning av cannabis – som kommer til uttrykk i en rekke høyesterettsdommer i enkeltsaker – ikke er entydig og klar.²⁷⁰ Enkelte lokale folkevalgte organer har vedtatt lovgivning som nærmere angir rammene for «social clubs» innenfor deres lokale jurisdiksjon.²⁷¹

Prevalensen av cannabisbruk i Spania er i det øvre sjiktet i europeisk sammenheng: 17,1 prosent av unge voksne (15–34 år) rapporterer å ha brukt cannabis det siste året. De tilsvarende tallene for MDMA, amfetamin og kokain er henholdsvis 1,3 prosent, 1 prosent og 3 prosent. Det var i 2015 2,2 høyrisikobrukere av opioider per 1000 innbyggere.²⁷²

²⁵⁸ «[W]e find that individuals who would have started using cannabis in adulthood under criminalization respond to decriminalization by initiating at younger ages.»

²⁵⁹ Australian Institute of Health and Welfare (2017) «key findings» (juni 2017), tabell 27: «Average age of initiation of lifetime drug use, people aged 14 years and older, 1995 to 2016 (years)».

²⁶⁰ Eastwood, Fox og Rosmarin (2016) s. 22.

²⁶¹ EMCDDA (2018e) s. 3–4.

²⁶² Maresca (2015).

²⁶³ EMCDDA (2018e) s. 3–4.

²⁶⁴ Marks (2019) s. 193–223, s. 202, med videre henvisninger til rettspraksis.

²⁶⁵ Marks (2019) s. 204.

²⁶⁶ Marks (2019) s. 193–223, s. 203.

²⁶⁷ Marks (2019) s. 204. Se også Eastwood, Fox og Rosmarin (2016) s. 33.

²⁶⁸ Arana (2019) s. 4.

²⁶⁹ Se Eastwood, Fox og Rosmarin (2016) s. 32 og oversikt over terskelverdier EMCDDA (2015).

²⁷⁰ Marks (2019).

²⁷¹ Se Arana (2019) s. 6 om områdene Navarre, Baskerland og Catalonia.

²⁷² EMCDDA (2018g).

Tabell 6.3 Øvre grenser for straffrihet i Tsjekkia

Metamfetamin	1,5 gram
Heroin	1,5 gram
Kokain	1 gram
Ecstasy (MDMA/MDA/MDEA)	4 tabletter à 0,4 gram pulverstoff eller krystaller
LSD	5 lapper, tabletter, kapsler eller krystaller
Cannabis (delta-9-THC)	10 gram tørr vare
Hasjij	5 gram
Sopp (psilocybin)	40 stk. ¹

¹ Oversettelse fra «40 fruiting bodies», se Mravčík (2015).

6.3.3.4 Sveits

Bruk av narkotika og de fleste former for befatning med narkotika til egen bruk er straffbart i Sveits. Etter en lovendring i 2012 anses innehav av inntil 10 gram cannabis til egen bruk, eller til felles bruk med en annen voksen person, ikke lenger som en straffbar handling.²⁷³ En sak om ulovlig bruk av cannabis kan avgjøres ved et forenklet gebyr på 100 sveitsiske franc, såfremt det gjelder en person over 18 år.²⁷⁴

6.3.3.5 Tsjekkia

Innehav av narkotika ble avkriminalisert i Tsjekkia i 1990 i kjølvannet av overgangen fra det kommunistiske regimet til demokrati. Som følge av økende oppmerksomhet på sosiale problemer knyttet til narkotika ble det i 1998 vedtatt nye straffebud som rammet innehav av narkotika i mer enn små mengder.²⁷⁵ Rettstilstanden i landet er blitt endret en rekke ganger siden, blant annet gjennom fastsettelse av maksimalbegrensninger på hva som anses som «mer enn små mengder». I henhold til en avgjørelse fra Tsjeggies høyesterett gjelder i dag grenser for straffrihet som fremgår av tabell 6.3.²⁷⁶

Slike lovbrudd er ikke straffbare forhold, men overtredere kan ilegges et sivilrettslig gebyr på inntil 15 000 tsjekkiske koruna.²⁷⁷

²⁷³ Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes du 3 octobre 1951, nr. 812.121) artikkel 19b nr. 2.

²⁷⁴ Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes du 3 octobre 1951, nr. 812.121) artikkel 28b.

²⁷⁵ Kriteriet er oversatt til engelsk som «greater than small amount». Se Mravčík (2015) s. 705–707.

²⁷⁶ Mravčík (2015) s. 705–707.

²⁷⁷ EMCDDA (2018b).

I 2010 ble dyrking av inntil fem cannabisplanter til eget forbruk avkriminalisert, og straffene for cannabislovbrudd ble betydelig redusert. I en studie av data fra 2008 og 2012 (henholdsvis før og etter lovendringen) kunne det ikke påvises at liberaliseringen og den ytterligere avkriminaliseringen for eget forbruk av cannabis hadde påvirket debutalderen. Det er påpekt i artikkelen at bruk av cannabis allerede var nokså utbredt i landet før disse lovendringene.²⁷⁸

6.3.4 Regulert omsetning av cannabis til egen ikke-medisinsk bruk

6.3.4.1 Canada

Canada har avskaffet straffefølgning og vedtatt legalisering av omsetning, dyrking og innehav av cannabis med virkning fra 17. oktober 2018.²⁷⁹ Aldergrensen for befatning med cannabis er 18 år. Det er tillatt å inneha inntil 30 gram lovlig kjøpt cannabis, å dele med andre voksne, å dyrke inntil fire planter til personlig forbruk med utgangspunkt i godkjente frø eller stiklinger og å tilberede cannabisbaserte produkter slik som drikke eller mat, såfremt det ikke dreier seg om å tilvirke et konsentrert cannabisprodukt. Spiselige produkter og konsentrater gjort lovlig med utsatt ikrafttredelse ett år etter ikrafttredelsen av de øvrige bestemmelsene. Provinser og territorier i landet er gitt en viss myndighet til å gi nærmere bestemmelser med hjemmel i loven. Blant annet kan det vedtas en senkning av mengdebegrensningen for lovlig innehav, ytterligere begrensninger i adgangen til dyrking, økning av aldersgrensen for kjøp,

²⁷⁸ Červený mfl. (2017) s. 122–129, s. 123.

²⁷⁹ Cannabis Act (2018) (S.C. 2018, c. 16).

samt for eksempel betingelser for omsetningstillatelse, plassering og åpningstider for utsalgssteder.

Det er belagt med strengt straffansvar å selge eller gi cannabis (eller produkter som påstås å være cannabis) til en person under 18 år²⁸⁰ eller å involvere en person under 18 år i et cannabisrelatert lovbrudd.²⁸¹ Det er også belagt med straffansvar å omsette cannabisprodukter som antas å appellere til ungdom, å emballere cannabisprodukter på en måte som antas å appellere til ungdom eller å selge gjennom selvbetjente automater eller lignende. Det er også straffbart å promotere cannabisbruk, unntatt i sammenhenger hvor unge personer ikke blir utsatt for promoteringen.

Med tanke på det korte tidsrommet som har gått siden legaliseringen trådte i kraft, vil det neppe være mulig å trekke klare konklusjoner om varige konsekvenser av lovendringen på omfanget av bruk og bruksmønstre eller andre utilsiktede og tilsiktede konsekvenser av avskaffelsen av forbudspolitikken.

Det føderale organet Statistics Canada har siden februar 2018 gjennomført kvartalsvise undersøkelser av cannabisbruk i landet, med et uttalt mål om å kunne overvåke mulige endringer i bruk etter legaliseringen av cannabis. En undersøkelse gjennomført i første kvartal av 2019 (det første kvartalet som har forløpt siden legalisering trådte i kraft) viser at 18 prosent av befolkningen over 15 år rapporterte å ha brukt cannabis de siste tre månedene, opp 4 prosentpoeng sammenlignet med en undersøkelse i 2018.²⁸² Det var minimale endringer i alle provinser unntatt Ontario, hvor prosentandelen økte fra 14 prosent til 20 prosent. Undersøkelsen viste en nedgang i andelen brukere som skaffet seg tilgang til cannabis gjennom «dealere» eller venner og familie. 47 prosent av brukerne skaffet seg tilgang til cannabis på lovlig vis.

6.3.4.2 Nederland

Omsetning og innehav av narkotika er straffbart etter Nederlands lovgivning. Siden 1970-tallet har imidlertid landets myndigheter i det vesentlige unnlatt å straffeforfølge overtredelser av forbudet mot innehav av cannabis til egen bruk, og lovgivningen praktiseres i dag slik at omsetning av canna-

bis til voksne forbrukere fra såkalte «coffee shops» mange steder aksepteres av myndighetene.²⁸³

Det rettslige grunnlaget for toleransepolitikken på statlig nivå er påtalemyndighetens skjønnsmessige adgang til å unnlate straffeforfølgning selv om de rettslige og faktiske betingelser for forfølgning er til stede,²⁸⁴ tilsvarende det vi i norsk straffeprosess omtaler som *opportunitetsprinsippet*. Nederlands påtalemyndighet har utstedt en instruks om å unnlate straffeforfølgning på nærmere vilkår. Dette gjøres av hensyn til å skille markedene og miljøene for myke og harde stoffer fra hverandre, og av hensyn til offentlig ro og orden.²⁸⁵ Salg aksepteres bare i mengder inntil 5 gram, og kundene må være over 18 år. Det er ikke tillatt å reklamere for narkotika, og virksomhetene er ansvarlige for å unngå forstyrrelser av ro og orden i nærområdet. Coffee shops kan ikke ha et lager på mer enn 500 gram cannabis.²⁸⁶

Coffee shops tolereres dersom de har en tillatelse fra kommunale myndigheter, som utgjør grunnlaget for toleransepolitikken på lokalt nivå. Flertallet av kommunene (69,7 prosent i 2014, og da særlig de mindre kommunene) fører en nulltoleransepolitikk hvor ingen slike tillatelser gis, mens de øvrige kommunene gir tillatelser til et visst antall virksomheter.²⁸⁷ På lokalt nivå kan det fastsettes bestemmelser om for eksempel minstekrav til avstand til skoler, forbud mot utendørs servering og begrensninger av åpningstider.

Konsekvensene av toleransepolitikken har vært omdiskutert, blant annet grunnet problemer med narkotikaturisme, ordensforstyrrelser og narkotikakriminalitet, noe som har medvirket til visse skjerpelser av politikken i senere år.²⁸⁸

I forskning på betydningen av coffee shops er det blitt påpekt at fraværet av håndheving av forbudet i seg selv ikke synes å ha påvirket cannabisbruk, men at bruken økte fra 1984 til midten av 1990-tallet samtidig med en gradvis innføring av *de facto* legalisering og kommersialisering av cannabisutsalg.²⁸⁹ Etter at aldersgrensen for kjøp i coffee shops ble hevet fra 18 til 19 år i 1996, avtok bruken i en periode fra 1997 og 2005. Det er ikke påvist en årsakssammenheng med vitenskapelig

²⁸³ van Ooyen-Houben (2017).

²⁸⁴ van Ooyen-Houben (2017) s. 629.

²⁸⁵ van Ooyen-Houben (2017) med oversatt sitat fra Aanwijzing Opiumwet utstedt av påtalemyndigheten 1. mars 2015.

²⁸⁶ MacCoun (2011) s. 1900.

²⁸⁷ van Ooyen-Houben (2017) s. 630–631.

²⁸⁸ van Ooyen-Houben (2017) 653–656.

²⁸⁹ Se MacCoun og Reuter (2001) s. 126. Se også MacCoun (2011).

²⁸⁰ Cannabis Act (2018) section 10, som innebærer en straffeframme på fengsling i inntil 14 år.

²⁸¹ Cannabis Act (2018) section 14, som innebærer en straffeframme på fengsling i inntil 14 år.

²⁸² Se undersøkelse gjennomført av det føderale organet Statistics Canada (2019).

sikkerhet. Til støtte for en hypotese om en slik sammenheng er det likevel pekt på at aksept for kommersielle utvalg i bybildet åpner for andre former for promotering av cannabis overfor unge og en ny rolle for cannabis i ungdomskulturen, enn i en tilstand hvor stoffet bare er avkriminalisert.

En studie fra 2010 sammenlignet data om cannabisbruk blant unge samlet inn gjennom skoleundersøkelser i USA, Canada og Nederland i 2005–2006. På dette tidspunktet hadde Nederland en mer liberal cannabispolitikk enn de to andre landene. Det kunne ikke påvises forskjeller i bruken av cannabis mellom landene, annet enn at jenter i Nederland i mindre grad oppga å ha brukt cannabis.²⁹⁰

I mars 2017 fantes det 567 coffee shops i Nederland.²⁹¹ Tidligere estimerer av omsetningen har konkludert med en samlet omsetning på mellom € 875 millioner og € 1,25 milliarder, med om lag € 515 150 i gjennomsnittlig omsetning for coffee shops i Amsterdam.²⁹²

Et iboende paradoks i toleransepolitikken er at leverandørleddet bakenfor coffee shops, som under denne ordningen får del i betydelige verdier, nødvendigvis er kriminelle aktører som omsetter cannabis ulovlig. På denne bakgrunn er det fremsatt lovforslag om å åpne for eksperimentering med regulering av et begrenset antall virksomheter som leverandører. Lovforslaget ble vedtatt i underhuset i januar 2019,²⁹³ og vil på et senere tidspunkt bli behandlet i overhuset.

Prevalensen av bruk i siste år blant unge voksne (15–34 år) var på 15,7 prosent, som er i det øvre sjiktet av landene omfattet av EMCDDA.²⁹⁴ En større andel av Nederlands unge oppgir å ha brukt MDMA og amfetamin i løpet av det siste året enn i noe annet europeisk land, og landet ligger i øvre sjikt når det gjelder bruk av kokain.²⁹⁵ På den annen side er antallet høyrisikobrukere av opioider i det nedre sjiktet i Europa, med 1,3 per 1 000 innbyggere.²⁹⁶

6.3.4.3 USA

Tilvirkning, import, innehav, bruk og omsetning av narkotiske stoffer er straffbart i medhold av føderal lovgivning.²⁹⁷ Siden 1970-tallet har imid-

lertid en rekke delstater endret lokal lovgivning i retning av mildere straffansvar og innføring av sivilrettslige sanksjoner for innehav av mindre mengder cannabis.²⁹⁸ En rekke delstater har i løpet av de senere år legalisert kommersiell omsetning av cannabis. De første delstatene som vedtok legalisering av begrensede mengder cannabis til rekreasjonell bruk, var Washington²⁹⁹ og Colorado,³⁰⁰ begge i 2012. Ifølge en oversikt utarbeidet i desember 2018 var cannabis til rekreasjonell bruk legalisert i ti delstater i USA samt District of Columbia.³⁰¹ Lovendringene i retning av legalisering av cannabis på delstatsnivå i USA har vært gjenstand for betydelig offentlig interesse og debatt, også i Norge.

Siden avkriminalisering på delstatsnivå tok til på 1970-tallet, har det vært forsket på tilskittede og utilsiktede konsekvenser av regelendringene, herunder hvorvidt de har ført til færre cannabisrelaterte pågripelser, og hvorvidt det har påvirket bruk av cannabis, særlig i yngre deler av befolkningen. En studie på tvers av delstater fra 2003 viste en negativ sammenheng mellom straffenivå for bruk av cannabis og andelen unge som oppgir å ha brukt cannabis i løpet av de siste 30 dagene, noe som gir en viss støtte til hypotesen om at reduksjon eller avskaffelse av straff kan lede til økt bruk.³⁰² En studie av konsekvenser av avkriminalisering i California viste at skoleungdom på 12. klasseser i delstaten oppfattet cannabis som mindre farlig, og at risikoen for bruk av cannabis økte, etter avkriminalisering.³⁰³ Studien undersøkte data fra 2007–2013, og avkriminalisering i delstaten fant sted i 2012. Selv om forfatterne ikke hevder å påvise en årsakssammenheng mellom avkriminalisering og endringen i oppfatninger og bruk, gir resultatene en viss støtte til hypotesen om at avkriminalisering av cannabis ga en signaleffekt som innebærer at ungdom oppfatter stoffet som mindre farlig. Forfatterne peker imidlertid også på at forutgående reklamekampanjer for medisinske cannabisprodukter i California, og ungdommers økte tilgang til media, kan ha hatt betydning for konse-

²⁹⁰ Simons-Morton mfl. (2010) s. 64–69.

²⁹¹ EMCDDA (2018f).

²⁹² van Ooyen-Houben (2017) s. 658–659.

²⁹³ Lovvedtak 34 997, tilgjengelig i engelsk oversettelse fra Nederlands regjering se Government of the Netherlands (udatert). Se også omtale i INCB (2018a) s. 98–99.

²⁹⁴ EMCDDA (2018f).

²⁹⁵ EMCDDA (2018f) s. 21–22.

²⁹⁶ EMCDDA (2018f) s. 22.

²⁹⁷ Controlled Substances Act 1970, part D.

²⁹⁸ Grucza mfl. (2018) s. 68.

²⁹⁹ The Washington State Legislature (2012).

³⁰⁰ Colorado Legislative Council (2012).

³⁰¹ Alaska, California, Colorado, District of Columbia, Maine, Massachusetts, Michigan, Nevada, Oregon, Vermont, Washington, se National Conference of State Legislatures (2019).

³⁰² Pacula, Chriqui og King (2003).

³⁰³ Miech mfl. (2015).

kvensene av avkriminaliseringen i delstaten i denne perioden.³⁰⁴

En studie fra 2018, der data fra fem delstater som avkriminaliserte cannabis i 2008–2014, ble sammenlignet med en gruppe på 27 delstater som ikke har avkriminalisert cannabis, fant ikke økning i bruk av cannabis som kunne tilskrives avkriminaliseringen.³⁰⁵ I den amerikanske debatten om cannabispolitikk er avkriminalisering av mindre mengder til egen bruk blitt trukket frem av enkelte fagmiljøer som en mellomposisjon som reduserer de økonomiske og menneskelige kostnadene knyttet til bruk av straff, og samtidig unngår risikoen for økning i bruk av cannabis blant ungdom som knyttes til legalisering.³⁰⁶

Endringene i lovgivningen på delstatsnivå i retning av legalisering har de senere år skjedd i et slikt omfang og tempo at det på dette tidspunktet fremstår krevende å trekke klare konklusjoner om eventuelle konsekvenser på kortere eller lengre sikt. Mange av lovendringene er blitt foreslått gjennom borgerinitiativer og vedtatt gjennom direkte folkeavstemninger. Et interessant aspekt i denne sammenhengen er hvordan myndighetene i slike tilfeller har innrettet seg for å overvåke mulige konsekvenser av endringene. Colorado gir et eksempel på en transparent og systematisk prosess i så måte:

I etterkant av folkeavstemningen om legalisering i Colorado i 2012 ble det vedtatt av delstatens folkevalgte at myndighetene skulle samle statistikk om nærmere angitte parametere som ble sett i sammenheng med legaliseringen av cannabis, blant annet³⁰⁷

- kontakt mellom befolkningen og politi foranlediget av cannabis,
- informasjon fra skolene, herunder antallet utvisninger og politisaker knyttet til bruk og salg av ulike kategorier av narkotika,
- cannabisrelaterte pågripelser,
- betydningen av cannabis for organisert kriminalitet,
- trafikkuhell, herunder dødsfall og alvorlige personskader, knyttet til cannabispåvirkning
- tilgang til cannabis for personer under 21 år,

- kontakt med medisinske nødhjelpstjenester og giftinformasjon knyttet til cannabis,
- lekkasje av cannabis fra Colorado til andre delstater, og
- barn som er negativt påvirket av narkotika, særlig cannabis

Delstatsmyndighetene i Colorado fikk deretter gjennomført analyser av hvilke data som eksisterte fra før, og hva som måtte skaffes til veie for å oppfylle disse kravene på en god måte.³⁰⁸ I oktober 2018 ble det publisert en omfattende sammenstilling av data om disse parameterne.³⁰⁹ Et uttalt formål med 2018-rapporten var å etablere *utgangsverdier* for vurderinger av legaliseringspolitikkenes konsekvenser i samfunnet – ettersom historisk statistikk for en del av parameterne manglet eller av ulike grunner ikke var direkte sammenlignbar med ny statistikk – som et beslutningsgrunnlag for prioriteringer og eventuelle justeringer i ruspolitikken.³¹⁰

I mange delstater har det vært gjennomført programmer i justissektoren som tar sikte på hjelp og rehabilitering fremfor straffeforfølgning av personer som har problemer med rusmidler. Et kjent eksempel på et slikt program er Law Enforcement Assisted Diversion (LEAD), som ble opprettet i 2011. Formålet med programmet er å flytte oppfølgingen av personer mistenkt for mindre alvorlige narkotika- eller prostitusjonslovbrudd fra straffeapparatet til en sosial lavterskel-tjeneste og forhindre tilbakefall til ny kriminalitet. Programmet innebærer at politiet overfører personer som kvalifiserer til programmet, direkte til en sosialtjeneste uten at det innledes straffeforfølgning.³¹¹ Mange andre tiltak er innført som alternative reaksjoner i tilknytning til en konkret straffesak. Et kjent eksempel på et program innenfor straffesaksapparatet er Hawaii's Opportunity Probation with Enforcement (HOPE). Kjernen i programmet er oppfølging og kontroll, herunder tilfeldig og relativt hyppig rustesting, av personer som er løslatt på prøve eller ilagt prøvetid for en betinget straffereaksjon. Formålet er å skape en høy oppdagelsesrisiko for nye lovbrudd samt ilegge raske og forholdsmessige reaksjoner i tilfelle nye overtredelser.³¹²

³⁰⁴ Miech mfl. (2015) s. 343. Det er blant annet pekt på at inntil 40 prosent av annonseomsetningen for uavhengige aviser kunne tilskrives cannabisreklamekampanjer, og at reklame for medisinsk cannabis ble kringkastet i radio og TV.

³⁰⁵ Grucza mfl. (2018).

³⁰⁶ Grucza mfl. (2018) s. 67 og 74, med videre henvisninger.

³⁰⁷ Se fullstendig liste i Colorado Sentate Bill 13-283 (2013).

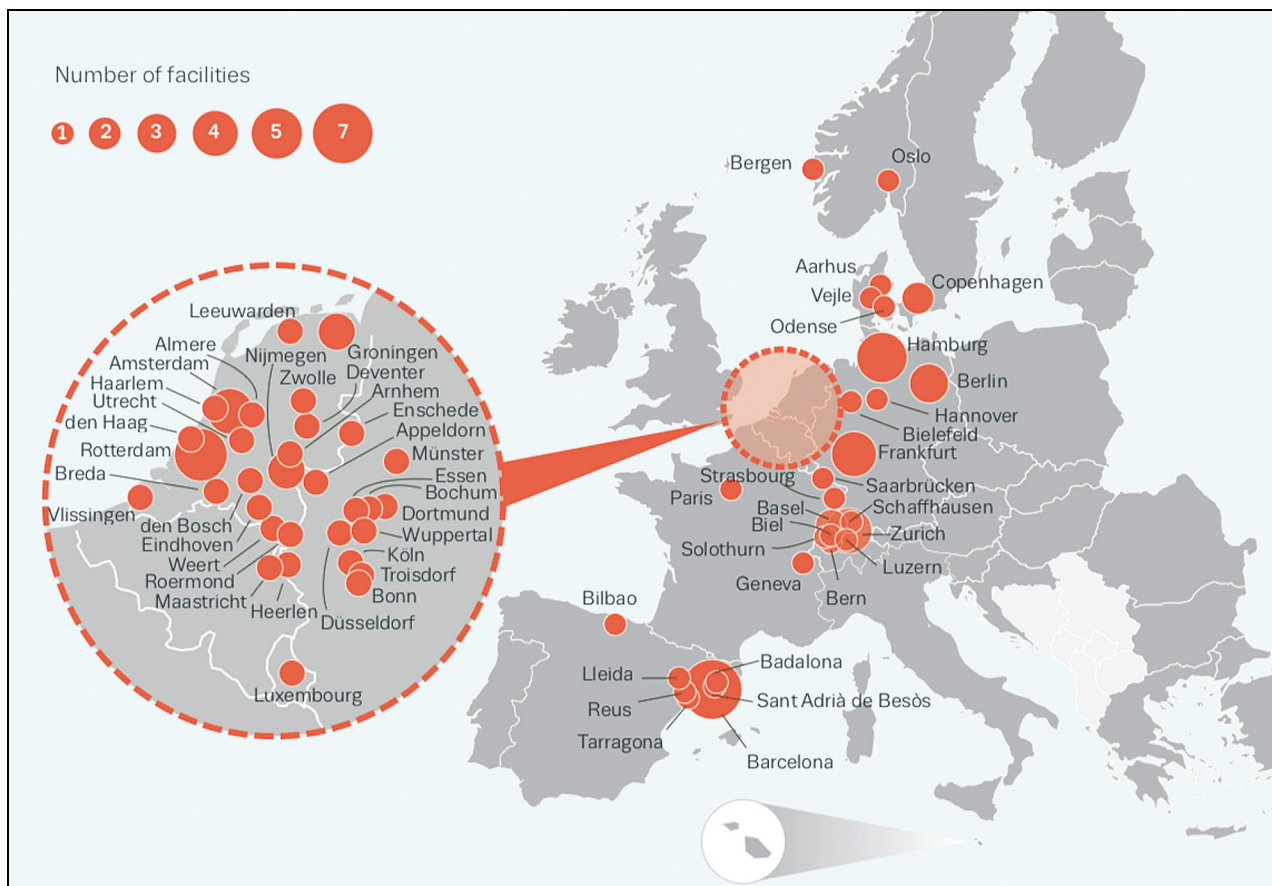
³⁰⁸ Colorado Office of the Governor (2014).

³⁰⁹ Colorado Department of Public Safety (2018).

³¹⁰ Colorado Department of Public Safety (2018) s. 1.

³¹¹ Se Collins, Lonczak og Clifasefi (2017).

³¹² Se for eksempel Bartels (2019) s. 26.



Figur 6.18 Plassering og antall brukerrrom i Europa

Kilde: EMCDDA

6.3.4.4 Andre land som har tatt skritt med sikte på legalisering

Luxembourgs regjering har erklært at de innen 2021 vil gjennomføre en reform der cannabis legaliseres til ikke-medisinsk bruk.³¹³ Luxembourg vil i så fall bli den første staten i Europa som gjennomfører en *de jure* legalisering av cannabis til ikke-medisinsk bruk. Ifølge en uttalelse fra landets helseminister vil legaliseringen bare gjelde for landets egne innbyggere, og det vil ikke være tillatt å bruke cannabis på offentlig sted.³¹⁴

New Zealand har besluttet å gjennomføre en bindende folkeavstemning i 2020 om legalisering av cannabis. Regjeringen har kunngjort at aldersgrensen for lovlig befatning etter forslaget vil være 20 år. I henhold til dette forslaget vil det innføres en begrenset adgang til dyrking i private hjem, og regulering av kommersielle leverandører.³¹⁵ Etter gjeldende rett er bruk og innehav av narkotika

straffbart med fengsel i inntil 6 måneder, bøter eller begge deler,³¹⁶ men en særskilt lovbestemmelse fastslår at bruk og besittelse av narkotika ikke skal straffeforfølges med mindre allmenne hensyn tilsier det, og at det i den forbindelse i den enkelte sak blant annet skal vurderes om en helserettet tilnærming vil være mer fordelaktig.³¹⁷

6.3.5 Straffrihet i forbindelse med brukerrrom for narkotika

I en rekke større byer er det etablert ordninger hvor brukere kan innta medbrakt narkotika med rent utstyr i hygieniske omgivelser, under oppsyn av kvalifisert personale. Et overordnet formål med slike ordninger er å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk blant utsatte personer med alvorlige ruslidelser.

Enkelte uformelle eksperimenter med brukerrrom er kjent fra 1970-tallet,³¹⁸ og fra 1980-tallet er

³¹³ Deutch (2019).

³¹⁴ Van Dyck (2019).

³¹⁵ The New Zealand Government (2019).

³¹⁶ Misuse of Drugs Act 1975 No 116, section 7.

³¹⁷ Misuse of Drugs Amendment Bill (nr. 119-1), section 7 amended.

det blitt etablert offisielle brukerrum i en rekke europeiske storbyer.³¹⁹ Brukerrom finnes også i Australia og Canada.³²⁰ Brukerrommene eies og driftes av det offentlige eller av ideelle organisasjoner.

Ifølge en oversikt publisert av EMCDDA i 2018 finnes det totalt 78 offisielle brukerrum i Europa, inkludert et rom i Oslo og et i Bergen.

Det ligger i sakens natur at det kreves en form for toleranse fra det offentlige for besittelse og bruk av narkotika – enten *de jure* eller *de facto* gjennom for eksempel lokale overenskomster mellom tjenesten og rettshåndhevende myndigheter – for at brukerrum skal kunne nå sine målgrupper og fungere etter hensikten. Dette gjelder som et minimum for brukerens egen befatning med dosen som skal inntas, og de handlingene ansatte ved brukerrommene foretar for å tilrettelegge for inntak av en brukerdose på en måte som kan redusere skaderisikoen ved inntaket.

Omfanget av straffriheten kan være mer eller mindre presist avgrenset med tanke på *hvem* den gjelder for, hvilken *type og mengde rusmiddel* og *den geografiske rekkevidden*. For eksempel har man i København, som nevnt ovenfor, valg å gjøre hele bydelen der byens brukerrum er plassert, til en frisone, basert på en skriftlig overenskomst. Tidvis vil de nærmere vilkårene for straffrihet hvile på et pragmatisk og noe mer uformelt grunnlag – i Paris er for eksempel hovedreglene forankret i nasjonal lovgivning, men enkelte av vilkårene for straffrihet i området omkring brukerrømmet er basert på en muntlig avtale mellom brukerrømmet og det lokale politiet.³²¹ I Nederland finnes det ikke noe skriftlig rettslig rammeverk som unntar brukerrommene eller deres brukere fra straffansvar.³²²

Ifølge en kunnskapsgjennomgang publisert av EMCDDA evner brukerrum i stor grad å nå og opprettholde kontakt med svært marginaliserte målgrupper. Kontakten har ført til umiddelbare forbedringer i hygiene og medført mindre risikofylt inntak av rusmidler samt andre helsefordeler og forbedringer med hensyn til offentlig ro og orden. Evalueringer av lokalsamfunnet omkring brukerrommene viser samlet sett en positiv virkning av brukerrum, blant annet i form av en reduksjon i injeksjoner og sprøytespisser på offentlig sted. En studie av brukerrømmet i Sydney fant ikke bevis

for at det forårsaket noen økning eller reduksjon av antallet tyverier og ran i området. Det har av enkelte som har vært skeptiske eller kritiske til brukerrum, blitt hevdet at muligheten til å injisere narkotika på en tryggere måte fører til økt bruk eller mer hyppig bruk, men det er ikke funnet belegg for denne påstanden.³²³

6.4 Sammenligninger og oppsummering av erfaringer i andre land

6.4.1 Oversikt

Gjennomgangen viser en nokså stor variasjon i de undersøkte landene. Variasjonen gjør seg gjeldende langs flere dimensjoner. *For det første* fremgår det at enkelte land har gjennomført nokså betydelige reformer innenfor eksisterende lovgivning, uten å endre ved et rettslig utgangspunkt om at bruk av narkotika fremdeles er straffbart. Det mest iøynefallende tilfellet er Nederland, hvor gjeldende lovtekst fremdeles oppstiller et straffansvar for kjøp og bruk av cannabis, samtidig som myndighetene tolererer at rusmiddelet omsettes kommersielt.

For det andre trekkes det i mange land et skille mellom ulike typer narkotika. Rusmiddelet cannabis står i en særstilling blant de undersøkte landene – mange av eksemplene på avkriminalisering gjennom lovgivning, toleransepolitikk eller rettsavgjørelser gjaldt spesifikt for dette rusmiddelet. Der det gis straffrihet i forbindelse med besøk i brukerrum, anses dette derimot mest aktuelt for de mer farlige rusmidlene.

For det tredje skiller enkelte land mellom brukere med og uten rusproblemer. Reglene om straffrihet i forbindelse med brukerrum vil gjelde personer med alvorlige rusproblemer. Frisonen i København gjelder ikke for personer som ikke er i målgruppen for brukerrum. I Danmark og i Portugal vil det i henhold til landenes lovgivning ha betydning for det offentliges reaksjon på bruken om personen har en rusmiddelavhengighet. En forskjell er imidlertid at vurderingen i Danmark gjøres av politiet på stedet, mens den i Portugal gjøres av nemndene. Som beskrevet ovenfor om erfaringene fra Danmark, synes det å ha vært utfordrende å gjennomføre et slikt skille når det gjelder avgjørelsen om hvorvidt det skal gis en advarsel i stedet for en bot for forholdet. Derimot har anvendelsen av et slikt skille tilsynelatende ikke bydd på problemer når det gjelder vurderin-

³¹⁸ Se for eksempel Laenen mfl. (2018) s. 77.

³¹⁹ Se EMCDDA (2018c).

³²⁰ International Network of Drug Consumption Rooms (2015).

³²¹ Laenen mfl. (2018) s. 72.

³²² Laenen mfl. (2018) s. 77.

³²³ EMCDDA (2018c).

Tabell 6.4

	Straffrihet avhengig av type illegalt rusmiddel?	Straffrihet avhengig av at personen har en rusrelatert lidelse eller lignende?
Australia	Ja	Nei
Belgia	Ja	Nei
Danmark	Nei	Ja. Ordningen med frisoner i København og regelen om advarsel i stedet for bot er begrenset til personer med rusavhengighet og en vanskelig sosioøkonomisk situasjon.
Georgia	Ja	Nei
Italia	Nei	Nei
Nederland	Ja	Nei
Portugal	Nei	Nei
Spania	Nei	Nei
Sveits	Ja	Nei
Tsjekkia	Nei	Nei
Tyskland	Nei	Nei
Østerrike	Nei. Men forenklet vurdering første gang hvis cannabis eller sopp.	Nei
Straffrihet ifm. brukerrom i Europa	Ja. Tilbudet retter seg som regel mot brukere av harde stoffer.	Ja. Tilbudet retter seg som regel mot personer med et etablert rusproblem.

gen av om en person har slike rusproblemer at vedkommende er i målgruppen for frisonen i København.

I tillegg gjør en rekke andre ulikheter seg gjeldende, blant annet hvilke responser, om noen, som kommer til anvendelse der egen bruk (eller tilhørende befatning med narkotika til egen bruk) ikke lenger straffefølgjes, eventuelle aldersgrenser og svært ulike maksimalgrenser for mengder av rusmidler som kan innehas straffritt. Gjennomgangen viser også eksempler på at land har vedtatt unntak fra avkriminalisering, ved at ulike omstendigheter knyttet til det enkelte lovbruddet kan medføre at adferden likevel straffefølgjes, av hensyn til andre verneverdige interesser, for eksempel mindreårige.

Med variasjon for alle disse parameterne kan et forsøk på å gjøre gjennomgangen mer oversiktlig gjennom å visualisere de undersøkte landene langs én dimensjon, fra det mest liberale til det mest repressive, lede til misforståelser. Et eksempel på at en endimensjonal analyse basert på for eksempel formelt straffansvar ikke gir et dekkende bilde av

samfunnets reaksjoner på besittelse av narkotika til egen bruk, kan gis ved å sammenligne Portugal og Østerrike. Mens Portugal har avkriminalisert erverv og innehav til egen bruk og pålegger oppmøte i nemnder som kan vedta administrative sanksjoner eller ulike former for helserettede oppfølgingstiltak, har Østerrike formelt beholdt et straffebud. Østerrikes lovbestemte ordning med oppfølging av overtredelser utelukkende gjennom helsevesenet, uten hjemler for overtredelsesgebyrer eller lignende i den forbindelse, kan imidlertid gi mindre inngripende resultater for den enkelte, og maksimalbegrensningene for hvilke mengder av rusmidlene som kan anses å være til eget forbruk, er høyere i Østerrike enn i Portugal (for eksempel tre ganger høyere for heroin). Østerrikes ordning med helserettet oppfølging uten igangsettelse av straffesak omfatter dessuten uttrykkelig innehav av rusmidler også utover det personen skal bruke selv, dersom det er ment å deles med en annen uten vinning for den saken gjelder.

En måte å skape oversikt over ulikheter mellom de undersøkte statene på er å sammenstille i

hvilken grad type rusmiddel og kategorisering av brukeren (fra rekreasjonsbruker til bruker med alvorlige rusmiddelproblemer) har betydning for om befatning med narkotika *de jure* eller *de facto* unntas fra straffansvar, se tabell 6.4. Tabellen må leses med forbehold om at det er gjort forenklinger for oversiktens skyld, slik at enkelte nyanser går tapt.

Portugal, Italia, Spania, Tsjekkia, Tyskland og Østerrike praktiserer ulike former for straffrihet som omfatter mindre farlige og mer farlige typer rusmidler, og som omfatter alle kategorier av brukere. Belgia, Nederland, Sveits, Georgia og enkelte områder i Australia praktiserer ulike former for straffrihet for cannabis som omfatter alle kategorier av brukere. I forbindelse med brukerom, og i Danmark, praktiseres derimot i varierende grad ulike former for straffrihet som kun gjelder personer med alvorlige rusmiddelproblemer.

Med tanke på virkninger i befolkningen må det kunne antas at endringer som gjelder de mindre farlige rusmidlene, har betydning for straffansvaret til et høyere *antall innbyggere*, idet cannabis er det av de illegale rusmidlene som en størst andel av befolkningen oppgir å ha prøvd. Endringer som gjelder kun personer med problematisk bruk eller rusmiddelavhengighet, vil ha betydning for straffansvaret til en mindre andel av befolkningen, men dette er en gruppe som i de fleste land står for en vesentlig del av det samlede *antallet narkotikalovbrudd* og en vesentlig del av *totalkonsumet* av narkotika.

Mengdebegrensninger for straffrihet spriker i meget stor grad, både når det gjelder tallstørrelser og målemetode (herunder om grensen gjelder brutto mengde av et bestemt produkt eller kun mengden av det psykoaktive virkestoffet). I enkelte land foreligger ikke utvetydige grenser, mens det i andre land finnes meget detaljerte tabeller for ulike stoffer, som også varierer mellom ulike geografiske områder i landet eller med unntak for bestemte type steder. Rettsvirkningene som knyttes til mengdebegrensningene, varierer også. Av denne grunn vil det føre for langt, og trolig være lite fruktbart, å gjøre en komparativ sammenstilling av mengdebegrensninger i inneværende kapittel.

6.4.2 Empiriske undersøkelser av effekter av avkriminalisering på bruk av narkotika i befolkningen

I internasjonal forskning på effekter av endringer i narkotikalovgivning fremstår spørsmålet om

virkinger på bruk i befolkningen som et sentralt tema.³²⁴ Utvalget har fått presentert forskningsfunn og har også selv undersøkt kilder til empirisk kunnskap om virkninger av avkriminalisering på bruk av narkotika i befolkningen.³²⁵

I en gjennomgang av forskning på konsekvensene av avkriminalisering av narkotika er det i boken *Drug Policy and the Public Good* pekt på flere begrensninger i eksisterende forskning:³²⁶

- Det kan være enklere å studere rettstilstanden slik den kommer til uttrykk i lovtekster enn faktisk praksis, men det kan være betydelige forskjeller mellom lovens ordlyd og praksis. Selv om en lovendring, for eksempel avskaffelsen av et straffebud, kan tidfestes nøyaktig, kan det være vanskeligere å tidfeste når håndhevingen av dette straffebudet opphørte. I praksis kan landets rettshåndhevende myndigheter ha innført en *de facto* avkriminalisering før dette er blitt vedtatt *de jure* gjennom en lovendring.
- Konsekvensene av endringer i håndhevingen kan først komme fullt til syne etter mange år.
- Straffebud som har til hensikt å ramme bruk av narkotika, rammer ofte direkte kun innehav av narkotika. Det samlede antallet saker kan også inneholde saker der personen ikke selv bruker narkotika. Det er en fare for at eventuelle skiller i nasjonal rett mellom innehav til egen bruk og oppbevaring med sikte på videre salg går tapt i internasjonale studier.
- Et overveiende flertall av studiene undersøker kun lovendringer i én retning, nemlig reduksjon eller avskaffelse av straff, og de fleste studiene gjelder kun ett rusmiddel, nemlig cannabis.

Ved siden av begrensningene som er nevnt ovenfor, kan det også pekes på at grunnlaget for undersøkelserne ofte er spørreundersøkelser, hvor respondentene selv gir opplysningene om sin bruk av narkotika. Det vil kunne være ukjente forskjeller i graden av ærlighet mellom ulike grupper av respondenter. Personer kan vegre seg for å innrømme straffbare handlinger, selv i anonyme undersøkelser, og eksisterende underrapportering av egen erfaring med bruk av narkotika kan

³²⁴ Se for eksempel Bretteville-Jensen (2019b) s. 220.

³²⁵ Blant annet gjennom foredrag holdt av Ole Røgeberg, Anne Line Bretteville-Jensen, Caitlin Hughes, Alex Stevens og Brendan Hughes. Av nylige vitenskapelige bidrag til kunnskap om eventuelle effekter av endringer i lovgivning vises det til Stevens (2019); Kotlaja og Carson (2019); Grucza mfl. (2018), Miech mfl. (2015).

³²⁶ Babor mfl. (2018) s. 192.

på denne måten reduseres som følge av en avkriminalisering.³²⁷

Til tross for disse begrensningene, foreligger det funn i empirisk forskning som etter utvalgets syn er egnet til å belyse spørsmålet om virkninger av lovgivningen.

En mulig kilde til kunnskap er den forskningen som foreligger om utviklingen i land som har gjennomført lov- eller praksisendringer som reduserer eller fjerner bruken av strafferettslige virkemidler overfor brukere av narkotika. En rekke slike studier av enkeltland er omtalt i tilknytning til landene som beskrives ovenfor i dette kapitlet. Slike studier fra enkeltland kan være av interesse, men det er samtidig en risiko for at det er andre forhold i landet, ved siden av endringen i lovgivning eller praksis, som har betydning for resultatene. For eksempel har det i USA vært en sterk bevegelse i retning av legalisering av cannabis, og det ble gjennomført mye omtalte reformer for medisinsk bruk av cannabis, som gjør at virkningene av en avkriminalisering kan bli annerledes i en amerikansk delstat enn i andre land. I Tsjekia er prevalensen av cannabis svært høy, noe som kan forårsake at effektene av en endring i cannabispolitikken der vil kunne være annerledes enn i andre land.

Det er derfor av betydning å undersøke internasjonale studier som sammenligner data på tvers av land, med sikte på å undersøke mulige effekter av avkriminalisering *som sådan*. Disse studiene er interessante i den forstand at de kan få frem hvilken virkning av lovgivningen som kan observeres, kontrollert for slike faktorer som innebærer ulike nasjonale kontekster for lovgivningen og forhold på individnivå.

I en nylig publisert tverrfaglig gjennomgang av forskning på effekten av liberalisering av cannabislovgivning på bruk blant personer under 25 år, ble det konkludert med at avkriminalisering av cannabis eller legalisering av cannabis til medisinsk bruk ikke forårsaker økt bruk:

«Our systematic review and meta-analysis of 41 research articles published across disciplines (epidemiology, economics and social policy) and using a variety of datasets and statistical methods shows that cannabis decriminalisation or legalisation of use for medical purposes do not result in higher levels of use among youths. Legalisation of use for recreational pur-

poses appears to possibly result in a small increase.»³²⁸

Funnene i to studier fra Australia og USA som viste uheldige effekter på bruk i befolkningen, som er omtalt ovenfor,³²⁹ betegnes som tilsynelatende «outliers».³³⁰ Dette innebærer i seg selv ingen kritikk av de to studiene som sådan, det betyr bare at forfatterne av denne gjennomgangen anser de to studiene som avvik fra funn i de øvrige gjennomgåtte studiene.

Tre forskere ved EMCDDA har undersøkt hvorvidt det kan påvises en sammenheng mellom på den ene siden skjerpning eller på den annen side lemping (det vil si nedkriminalisering eller avkriminalisering) av straffansvaret for cannabis og prevalensen av cannabisbruk i løpet av de siste 12 månedene blant personer mellom 15 og 34 år. Dette er gjort ved å undersøke prevalensen i årene før og etter lovendringen. Resultatene er visualisert i figur 6.19, hvor stiplede linjer viser prevalensen i land som skjerpet straffansvaret, og heltrukne linjer viser land som lempet på det. Hypotesen om straffens preventive virkning skulle tilsi at de heltrukne linjene steg ved året for lovendringen, og at de stiplede linjene falt. Som det fremgår av figuren, tegner det seg ikke noe slikt mønster. Analysen, som riktig nok har et enkelt forskningsdesign, viser ingen klar sammenheng mellom lovendringen og prevalensen av cannabisbruk i denne delen av befolkningen.³³¹

I en artikkel publisert i 2013 presenteres en analyse av bruk av narkotika blant unge i alderen 15–24 år i 15 EU-medlemsland.³³² Artikkelen undersøker sammenhengen mellom bruk i løpet av den siste måneden og faktorer på individnivå (blant annet kjønn, utdanningsnivå og hvorvidt personen bor i distriktet, i en småby eller en storby) og egenskaper på nasjonalt nivå (blant annet hvorvidt bruk av et illegalt rusmiddel til eget forbruk var straffbart, brutto nasjonalprodukt og antallet pasienter i substitusjonsbehandling per 100 000 innbyggere). Studien fant en negativ effekt av avkriminalisering på bruk av rusmidler, det vil si at sannsynligheten for at respondenter oppga å ha brukt narkotika den siste måneden, var lavere i stater der besit-

³²⁸ Melchior mfl. (2019).

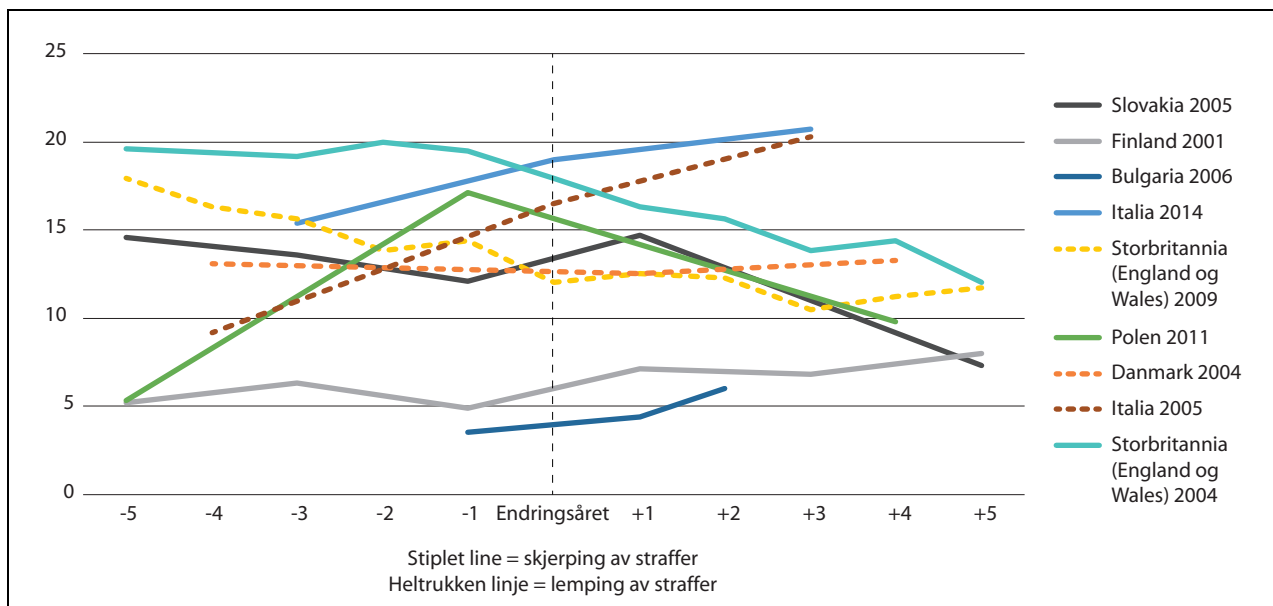
³²⁹ Williams og Bretteville-Jensen (2014) og Miech mfl. (2015).

³³⁰ Melchior mfl. (2019) s.4.

³³¹ Se også omtale av en lignende tidligere undersøkelse i EMCDDA (2017b) s. 22–23, og Bretteville-Jensen (2019b) s. 222–223.

³³² Vuolo (2013).

³²⁷ Denne mulige feilkilden er omtalt i for eksempel Miech mfl. (2015), s. 343.



Figur 6.19 Cannabisbruk før og etter lovendringer i utvalgte land, bruk i løpet av de siste 12 månedene blant personer mellom 15 og 34 år (prosent)

Kilde: Reprodusert fra Hughes, Matias og Griffiths (2018).

telse til eget forbruk *ikke* var straffbart. Det skal bemerkes at studien kun synes å ha undersøkt virkninger av *de jure* avkriminalisering, altså av lovendringer og ikke praksisendringer.³³³

I en artikkel publisert i 2018 presenteres en analyse av sammenhengen mellom cannabisbruk i løpet av de siste fire ukene hos 12–15-åring og cannabispolitikk i 27 land. Landenes politikk er fordelt på fire kategorier, avhengig av hvilken rettslig status cannabis har i de ulike landenes rettssystemer. Kontrollert for blant annet landenes brutto nasjonalprodukt og hvor utbredt cannabisbruk var i landet i hele befolkningen, fant forfatterne ingen sammenheng mellom cannabispolitikk og bruk hos 12–15-åring i de siste fire ukene.³³⁴ Studien tyder på at andre faktorer enn eksistensen av en straffetrussel var bestemmende for om personer i disse aldersgruppene nylig hadde brukt cannabis.

En artikkel fra 2015 som baserte seg på data fra en internasjonal skoleundersøkelse i 38 land, gjennomført i 2001/2002, 2005/2006 og 2009/2010, fant en positiv sammenheng mellom liberalisering av cannabispolitikk og sannsynligheten for bruk av cannabis blant ungdom.³³⁵ Dette gjaldt

for bruk noen gang i livet, siste års bruk og jevnlig bruk. I en artikkel publisert tidligere i år ble det imidlertid hevdet at 2015-studien hadde mangler som hadde virket inn på resultatet. I en ny analyse av datamaterialet, der det også ble tatt med tall for Sverige for 2005/2006 og 2010/2010 (som manglet i 2015-artikkelen) og tall for respondenter som ikke hadde svart på antall søsken (som dermed hadde blitt regnet som ufullstendige svar og blitt holdt utenfor analysen) og justert for kjønns-sammensetning, ble det ikke påvist noen statistisk signifikant effekt av liberalisering på bruken i befolkningen.³³⁶

På grunnlag av foreliggende forskning, uttales blant annet det følgende i boken *Drug Policy and the Public Good* i 2018:

«[T]here is now a considerable literature that examines many types of changes in user sanctions in many different countries, and the overall finding is that short-term effects on use are quite modest, if they can be detected at all.»³³⁷

«Perhaps the best summary at present would be to conclude that reducing user sanctions can affect consumption, but it need not and, at least if applied across populations gen-

³³³ Se tabell 3 i artikkelen, hvor det fremgår av Nederland ikke er registrert som et land som har avkriminalisert. Se omtale av Nederland, hvor det etter lovens ordlyd er straffbart å ha befatning med narkotika, men hvor det tolereres omsetning av cannabis til egen bruk, i punkt 6.3.3.2 ovenfor.

³³⁴ Kotlaja og Carson (2019).

³³⁵ Shi, Lenzi og An (2015).

³³⁶ Stevens (2019).

³³⁷ Babor mfl. (2018) s. 192.

erally, does not seem to produce very large effects on consumption.»³³⁸

Dette er forenelig med en oppsummering av kunnskap utarbeidet eller innhentet av FN-organer de siste ti årene, publisert av FN i mars 2019, hvor det er lagt til grunn at narkotikapolitikk basert på straffegging ikke fremstår egnet til å bekjempe illegal bruk av narkotika.³³⁹

I en nylig norsk publikasjon om cannabis, påpekes det at den foreliggende forskningslitteraturen er mangelfull, idet det er «mange spørsmål vi gjerne skulle hatt sikre og detaljerte svar på.»³⁴⁰ Det trekkes imidlertid forsøksvis noen konklusjoner, blant annet den følgende om virkningene av avkriminalisering:

«En *legalisering* av cannabis vil mest sannsynlig gi økt forbruk gjennom reduserte priser og økt tilgjengelighet [...] Om, og eventuelt hvor mye, cannabisbruken vil øke ved en *avkriminalisering* er vanskeligere å forutse og vil avhenge av hvilke reaksjoner som erstatter forbudet. Hvor problematisk en økning i forbruket vil være vil avhenge av hvem og hvordan cannabis brukes. Stor økning blant unge og marginaliserte grupper vil gi større negative konsekvenser enn hvis det er voksne, vel fungerende, sporadiske brukere med god fysisk og psykisk helse som bruker mer enn før. Dersom produksjon og salg forblir forbudt, vil man uansett forvente mindre effekter på forbruket enn ved en full legalisering.»³⁴¹

I lys av disse empiriske funnene er det grunn til å stille spørsmål ved noen forutsetninger som har ligget til grunn for antagelser om at straffetrusselelen har stor betydning for innbyggernes narkotikabruk. Den foreliggende empirien svekker det som har vært en rådende hypotese om at det å fjerne straffansvar for brukere av narkotika nødvendigvis fører til en økning av bruken i befolkningen.

6.4.3 Hvorvidt erfaringer fra andre land kan anses å ha overføringsverdi til Norge

Som påpekt tidligere i dette kapitlet og i punkt 12.3, er det svært mange forhold som kan tenkes å påvirke rusmiddelbruk i befolkningen, og endringer i lovgivningen inngår bare som én av mange faktorer. Som omtalt ovenfor, viser forskning på virkninger av avkriminalisering i andre land at det samlet sett er vanskelig å påvise noen effekt overhodet på narkotikabruken i befolkningen. Dette tilsier at nettopp andre faktorer enn lovgivning og lovendringer som sådan har stor betydning for rusmiddelbruken i befolkningen.

Det vil alltid kunne stilles spørsmål ved om erfaringer fra andre land, og funn i internasjonal forskning på tvers av land, er overførbare til norske forhold. Utgangspunktet bør være at funn fra studier som har sammenlignet mange forskjellige land, kan antas å være overførbare også til Norge, med mindre det kan påpekes relevante forskjeller mellom Norge og de undersøkte landene som gir grunn til å tro at forholdene stiller seg annerledes her til lands.

På den ene side er bruken av narkotika i Norge ikke utpreget høy sammenlignet med mange andre europeiske land. Det kan tenkes at det derfor er et større potensial for rekruttering av nye brukere i Norge enn i enkelte andre land, der bruken av narkotika historisk har vært mer utbredt før en avkriminalisering fant sted.³⁴²

På den annen side er det en relativt høy levestandard i Norge og et høyt utdanningsnivå blant unge voksne.³⁴³ Dette kan tilsi at det er bedre forutsetninger for å fange opp personer som står i fare for å utvikle et rusmiddelproblem, enn i land der levestandarden er lavere, og offentlige utdanningssystemer og velferdstjenester har mer begrensede midler enn det som er tilfelle i Norge.

Flere land som har avkriminalisert handlinger forbundet med bruk av narkotika, for eksempel Portugal, Spania og Italia, har en geografisk plassering som innebærer at narkotika passerer gjennom landet på vei fra produksjonsland og inn i Europa. Norge befinner seg ikke på samme måte langs en transportrute for slike stoffer. Norge har dessuten et straffenivå for *omsetning* av narkotika som er meget høyt sammenlignet med mange andre land i Europa.

En uttømmende drøftelse av mulig relevante likheter og ulikheter, og nærmere vektning av

³³⁸ Babor mfl. (2018) s. 206.

³³⁹ Se rapport publisert på nett: UN (2019) s. 5: «Punitive drug policies continue to be used in some communities, despite being ineffective in reducing drug trafficking or in addressing non-medical drug use and supply.»

³⁴⁰ Bretteville-Jensen (2019b) s. 230.

³⁴¹ Bretteville-Jensen (2019b) s. 230–231, kilder utelatt.

³⁴² Bretteville-Jensen (2019b) s. 230.

³⁴³ Se for eksempel Steffensen (2016).

hvorvidt det er grunn til å tro at slike forhold gjør at Norge vil skille seg fra hvert enkelt annet land som er undersøkt i den forskningen som er beskrevet ovenfor, vil føre for langt i dette kapitlet.

Tilsiktede og mulige utilsiktede virkninger av avkriminalisering i Norge er drøftet nærmere i utredningens kapittel 12.

Del III
Rettslige rammer og virkemidler
i narkotikapolitikken

Kapittel 7

Folkerettslige forpliktelser og internasjonale anbefalinger i narkotikapolitikken

7.1 Innledning

I henhold til mandatet skal utvalgets rapport inneholde en vurdering av forholdet mellom endringene utvalget foreslår, og «Norges folkerettslige forpliktelser, blant annet FNs narkotikakonvensjoner og menneskerettighetene». I dette kapitlet drøftes forholdet mellom Norges folkerettslige forpliktelser og en mulig forflytning av ansvaret for samfunnets reaksjon mot narkotikabruk og tilhørende befatning med narkotika til egen bruk fra justissektoren til helsetjenesten.

I punkt 7.2 gis en kortfattet oversikt over utviklingstrekk i internasjonal narkotikapolitikk, herunder den rettslige reguleringen og anbefalinger om narkotikapolitikk i FN-systemet, fra annen halvdel av 1900-tallet og til i dag.

En sentral kilde til folkerettslige forpliktelser av betydning for norsk narkotikapolitikk er FNs tre konvensjoner om narkotikakontroll. Norges handlingsrom for rusreform innenfor disse konvensjonene drøftes i punkt 7.3. To sentrale spørsmål som behandles i den forbindelse, er i hvilken grad konvensjonene tillater at statspartene avkriminaliserer bruk av narkotika, samt befatning med mindre mengder til egen bruk, og hvorvidt det i så fall må innføres administrative sanksjoner i stedet for straffleggingen.

En rekke menneskerettskonvensjoner gjelder ikke bare som folkerettslig bindende tekster, men også som lovgivning etter norsk intern rett, jf. menneskerettsloven § 2. Det er likevel naturlig å behandle dem i det inneværende kapitlet, se punkt 7.4, ettersom det er ønskelig å gi en samlet fremstilling av folkerettslige forpliktelser. Folkerettslige forpliktelser mellom stater må ses i lys av hverandre, herunder må narkotikakonvensjonene leses i lys av menneskerettskonvensjonene. Den eneste av menneskerettskonvensjonene som omtaler narkotika uttrykkelig, er barnekonvensjonen, jf. dens artikkel 33. Andre menneskerettslige forpliktelser som behandles i

dette kapitlet, er retten til den høyest oppnåelige helsestandard og retten til privatliv og familieliv.

I punkt 7.5 gis en kortfattet oversikt over øvrige internasjonale anbefalinger om narkotikapolitikk, herunder spørsmålet om strafflegging, forebygging, behandling, rehabilitering og skadereduksjon. I henhold til utvalgets mandat skal utvalgets foreslåtte modell «være i tråd med internasjonale anbefalinger om rehabilitering og reintegrering bl.a. fra FN og EMCDDA». Det presenteres også anbefalinger fra enkelte uavhengige ekspertgrupper og ikke-statlige internasjonale organisasjoner. For sammenhengens skyld presiseres det at internasjonale anbefalinger om håndteringen av innbyggernes bruk av narkotika også kommer til uttrykk i uttalelser fra internasjonale organisasjoner som er beskrevet flere steder i kapitlet, herunder i punkt 7.2 og i tolkingen av konvensjoner som gjøres i punkt 7.3 og 7.4.

7.2 Oversikt: Dreiningen fra krigsretorikk til en helseorientert narkotikapolitikk

7.2.1 FNs narkotikakonvensjoner som et fundament for internasjonalt samarbeid i annen halvdel av 1900-tallet

Internasjonalt narkotikapolitisk samarbeid ble i annen halvdel av 1900-tallet hovedsakelig tuftet på kontroll gjennom FNs tre internasjonale narkotikakonvensjoner, som er beskrevet nærmere i punkt 7.3 (se også kapittel 3). Konvensjonene har etablert et samlet reguleringsregime for stoffer som heretter for enkelthets skyld omtales samlet som «narkotika». Konvensjonene innebærer forpliktelser til å kriminalisere ulike former for ulovlig befatning med narkotika. Samtidig berører narkotikapolitikk en rekke interesser som er vernet av andre konvensjoner, ikke minst internasjonale menneskerettskonvensjoner, som de senere

tiårene er blitt viet stadig større oppmerksomhet innen det internasjonale narkotikapolitiske samarbeidet. Dette gjelder blant annet statenes forpliktelser knyttet til enhvers rett til den høyest oppnåelige helsestandard.

Det internasjonale samarbeidet var lenge preget av en nullvisjon og oppfatningen om at det var mulig å oppnå en verden helt fri for ulovlig narkotika. Virkemidlene som ble ansett relevante for å oppnå en slik nullvisjon, har langt på vei vært av repressiv karakter. Dette kom til uttrykk gjennom krigsretorikk, som klart ble formulert da den amerikanske presidenten Richard Nixon erklærte krig mot narkotikaondet i 1971.¹ Selv om det narkotikapolitiske arbeidet også har omfattet elementer av forebygging av bruk og rekruttering av nye brukere, samt rehabilitering av allerede etablerte brukere, har målet vært å utrydde narkotika og narkotikabruk. Et strengt forbud mot enhver befatning med narkotika, også enkeltpersoners befatning med narkotika til egen bruk, har vært ansett som et viktig element i dette arbeidet. FNs generalforsamling avholdt i 1998 en spesialsesjon om narkotika (UNGASS) under slagordet «A drug-free world – We can do it!».² Slagordet uttrykker en streng kontrollpolitikk og en nullvisjon for bruk av narkotika.

7.2.2 Skadereduksjon som en utfordring for kontrollregimet

Som beskrevet i kapittel 3 og 6 har det funnet sted en gradvis endring i mange lands tilnærminger til innbyggernes bruk og besittelse av narkotika til egen bruk. Bruk av strafferettslige virkemidler har blitt revurdert, og skadereduksjonsperspektivet har fått en mer fremtredende plass i håndteringen av hivproblematikken blant injiserende brukere og utfordringer knyttet til åpne russcener i Europa. Dette innebærer i noen tilfeller innføring av praksiser som er beslektet med praksiser som fantes forut for den strenge kontrollperioden i annen halvdel av 1900-tallet.³

Konvensjonene ble utfordret gjennom smitteverntiltak som utdeling av brukerutstyr for injise-

ring. I Norge kom dette til uttrykk blant annet gjennom den såkalte sprøytebussen (egentlig AIDS-Informasjonsbussen) i Oslo i 1988.⁴ Senere kom også opprettelsen av ordninger der brukere straffritt kunne bruke narkotika under oppsyn av kvalifisert helse- og sosialfaglig personell, såkalte sprøyterom eller brukerrom i Norge.⁵

Slike tilbud ble tidligere ansett å være i strid med FNs narkotikakonvensjon av INCB.⁶ INCB har imidlertid de siste årene gitt uttrykk for at slike rom er forenelig med konvensjonene, gjennom en påminnelse til de statene som har etablert slike tilbud, om at særskilte vilkår må være oppfylt for at sprøyterom ikke skal være i strid med konvensjonene.⁷

Det er naturlig å se Portugals rusreform i forlengelsen av utviklingen av skadereduksjonstiltak. Reformen avkriminaliserte bruk av narkotika, samt erverv og innehav av narkotika til egen bruk, og innførte i stedet et system med helserettede reaksjoner på innbyggernes narkotikabruk (se kapittel 6). Avkriminaliseringen og innføringen av helserettede reaksjoner inngikk som ett av flere virkemidler for å redusere de negative konsekvensene av narkotika. INCBs umiddelbare reaksjon på reformprosessen i Portugal var at landet brøt sine forpliktelser etter narkotikakonvensjonene.⁸ Siden har INCB endret sin posisjon og

¹ Se omtale av denne politikken i for eksempel Babor mfl. (2018) s. 234–235. Også i Norge har krigsmetaforen blitt brukt i politisk retorikk om narkotikaproblemet, for eksempel under behandlingen av tilleggsbevilgninger til økt innsats mot narkotikaproblemer i 1981, hvor saksordføreren uttalte: «Vi må erklære holdningskrig mot dem som forsøker å få til en sosial akseptering av hasj og marihuana.» Se Stortingstidende (1981–82), s. 742, høyre spalte.

² Slagordet ble lansert av lederen for det daværende FN-programmet for narkotikakontroll (UNDCP). Se Transnational Institute (2005).

³ Et eksempel er heroinassistert behandling i Storbritannia. Et program for heroinassistert behandling ble opprettet i 2019 i Middlesbrough i Storbritannia. Britiske leger kunne fra 1920-tallet til begynnelsen av 1960-tallet forskrive heroin til avhengige pasienter basert på en faglig vurdering. Se British Medical Association (2013) s. 89–90.

⁴ Se omtale av tiltaket i Skretting, Ervik og Øie (1994).

⁵ Se lov 2. juni 2004 nr. 64 om ordningen med brukerrorom for inntak av narkotika og forskrift 17. desember 2004 nr. 1661 om ordning med brukerrom for inntak av narkotika.

⁶ International Narcotics Control Board (INCB) ble etablert i 1968 med hjemmel i 1961-konvensjonen. Det har 13 medlemmer, valgt av ECOSOC etter tilrådinger dels fra WHO (3 medlemmer) og dels fra medlemsstatene (10 medlemmer). Medlemmene skal være uavhengige av sine nasjonale regjeringer og velges i kraft av sin personlige fagkompetanse. Rådet overvåker statenes oppfølging og implementering av konvensjonene og rapporterer til ECOSOC gjennom CND. Sekretariatet er lagt til Wien som en del av UNODC.

⁷ INCB (2018b) s. 65, pkt. 502.

⁸ INCB (1999) s. 56, pkt. 449:

«In April 1999, a draft law was approved in Portugal stipulating that drug users will face fines rather than jail sentences. Under the new law, the abuse and possession of drugs for personal use will no longer be criminal offences but only administrative offences. As the Board has stated repeatedly, this is not in line with the international drug control treaties, which require that drug use be limited to medical and scientific purposes and that States parties make drug possession a criminal offence.»

anser i dag Portugal-modellen å være i henhold til narkotikakonvensjonene, se punkt 7.3.2 nedenfor.

7.2.3 Folkehelse og menneskerettighetsperspektiver – fra straff til helse

I takt med utviklingen av skadereduksjonstenkingen har også folkehelseperspektivet fått gjennomslagskraft. De negative helsemessige konsekvensene av en narkotikapolitikk bygget på forbud, kontroll og straffefølgning, og som kriminaliserer en gruppe mennesker, har i større grad fått plass som tema på den internasjonale arenaen. Dette kommer til uttrykk for eksempel i en erkjennelse av utilsiktede konsekvenser av det internasjonale samarbeidet om narkotikakontroll i en rapport publisert av FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC)⁹ i 2009. UNODC pekte blant annet på negative virkninger for personer som bruker narkotika:¹⁰

«The fifth unintended consequence is the way the authorities perceive and deal with the users of illicit drugs. A system appears to have been created in which those who fall into the web of addiction find themselves excluded and marginalized from the social mainstream, tainted with a moral stigma, and often unable to find treatment even when motivated to seek it.

These unintended consequences constitute some of the international community's most challenging problems. In order to address them, the multilateral system needs to be reinvigorated and, in a sense, modernized.»

I det samme dokumentet fremhevet UNODC behovet for å endre ved det som har vært et sterkt fokus på retts håndhevelse, på bekostning av folkehelseperspektivet.¹¹

⁹ United Nations Office on Drugs and Crime, eller FNs kontor for narkotika og kriminalitet, bistår medlemslandenes arbeid for å bekjempe ulovlige narkotiske stoffer og kriminalitet. Dette omfatter blant annet utvikling av kunnskapsressurser for forebygging av narkotikabruk og bekjempelse av ulovlig tilvirkning og omsetning av narkotika. Kontoret får retningslinjer for sitt arbeid gjennom resolusjoner vedtatt av FNs narkotikakommisjon (CND) og FNs kriminalitetskommisjon (CCPCJ).

¹⁰ UNODC (2009).

¹¹ UNODC (2009) s. 94: «While the need for a balanced approach was recognised at least as far back as the International Conference on Drug Abuse and Illicit Trafficking (June 1987), the emphasis on law enforcement to the detriment of public health [sic] remains an issue to be addressed.»

En studie av offentlige uttalelser fra høytstående FN-tjenestepersoner i forbindelse med FNs generalforsamlings spesialsesjon om narkotika i 2016 (UNGASS 2016) peker på en dreining av oppmerksomhet bort fra strafflegging og til de muligheter som ligger i konvensjonene for å bruke behandling som alternativ til strafflegging.¹² I et åpent brev til FNs generalsekretær uttalte følgende instanser i FN-systemet at kriminalisering av narkotikabruk og besittelse til egen bruk har en rekke negative konsekvenser for helse, sikkerhet og menneskerettigheter for berørte enkeltmennesker og samfunn.¹³

- FNs arbeidsgruppe mot vilkårlig fengsling
- FNs spesialrapportør for utenomrettslige og vilkårlige henrettelser
- FNs spesialrapportør for tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff
- FNs spesialrapportør for retten til helse
- FNs barnerettighetskomité

I en felles uttalelse fra tolv enheter i FN-systemet om bekjempelse av diskriminering i helse-tjenestene tas det til orde for endring og avskaffing av straffelovgivning som har negative konsekvenser for tilgangen til helsetjenester. Ifølge avsenderne omfatter dette blant annet lovgivning som kriminaliserer bruk av narkotika eller innhav av narkotika til egen bruk.¹⁴

Internasjonale organisasjoners ruspolitikk, og endringer i disse holdningene og anbefalingene over tid, må ses i sammenheng med endringer i medlemsstatenes nasjonale narkotikapolitikk samt ny vitenskapelig kunnskap om rusmidlene og brukerne av rusmidler.

USA har spilt en lederrolle siden de tidligste mellomstatlige tiltakene knyttet til samarbeid om bekjempelse av opiumshandelen på begynnelsen av 1900-tallet, og det er naturlig å se utformingen og vedtagelsen av FNs narkotikakonvensjoner på 1960–1980-tallet delvis i sammenheng med interne politiske forhold i USA.¹⁵ I takt med legaliseringen av cannabis til medisinsk og deretter rekreasjonell bruk i mange av USAs delstater i nyere tid (se omtale i utredningens kapittel 6) er det blitt påpekt at landet nå inntar en mindre hard linje enn tidligere i internasjonale samarbeidsfora knyttet til dette spørsmålet. Enkelte land i Asia og Midtøsten fremstår i dag som de klareste tilhen-

¹² Mostyn og Gibbon (2018).

¹³ UN Working Group on Arbitrary Detention (2016).

¹⁴ UNAIDS mfl. (2017) s. 3.

¹⁵ Slik også Babor mfl. (2018) s. 234.

gerne av en kontrollpolitikk basert på en strengere fortolkning av narkotikakonvensjonene.¹⁶

Ved siden av statenes stemmer i internasjonale organisasjoner har ikke-statlige organisasjoner, herunder brukerorganisasjoner, politiforbund og ulike fagmiljøer, vært betydningsfulle pådrivere for å reformere retorikk og innhold i ruspolitikken. Frem mot UNGASS om narkotika i New York i 2016 mobiliserte sivilsamfunnet, spesielt brukerorganisasjoner, overfor sine respektive lands delegasjoner med tanke på å fremme helse- og menneskerettighetssituasjonen for brukere av narkotika og å rette søkelyset mot konsekvensene av stigma som påføres brukerne gjennom kriminaliseringsregimene.

Helseminister Bent Høie uttalte da han åpnet Rusreformkonferansen 21. august 2018,¹⁷ at hans egen holdningsendring i ruspolitikken kom i forbindelse med at flere brukerorganisasjoner i rusfeltet¹⁸ gikk sammen om et opprop i forbindelse med forberedelsene til UNGASS 2016. Oppropet ble støttet av en rekke privatpersoner, politikere, akademikere og kulturarbeidere fra inn- og utland. Oppropets anbefalinger for Norges bidrag til UNGASS lød:¹⁹

1. Menneskerettigheter må ligge til grunn for all internasjonal ruspolitikk.
2. Norge må kreve at land i Asia og Midtøsten umiddelbart slutter med dødsstraff for og internering av brukere og selgere av illegale rusmidler.
3. Bruk og besittelse av rusmidler til eget bruk må avkriminaliseres helt, uten at straff erstattes med nye og inngripende sanksjoner.
4. Norge må være åpne om at de aller fleste som bruker illegale rusmidler, ikke har rusproblemer. I et demokrati har disse rett til å slippe straff og forfølgelse.
5. Skadereduserende tiltak med lav terskel, bedre boliger, styrket ettervern og andre hjelpetiltak for dem som får problemer med rusmidler, må gjøres bredt tilgjengelige og være reelt frivillige.
6. Norge bør gå inn for på en fornuftig måte å regulere det som i dag er illegale rusmidler, innenfor loven, i stedet for et generelt forbud som virker mot sin hensikt, med katastrofale følger både hjemme og i utlandet.

I Norges innlegg til CND i forkant av UNGASS 2016 ble det tatt til orde for at helseperspektivet og menneskerettigheter i større grad måtte anerkjennes som grunnleggende i narkotikapolitikken:

«We recognize with satisfaction that a perspective grounded in health and public health is far more often included and paid attention to now than before. The same is true of a human rights-based approach. While not satisfactory on all levels, we see the acceptance for and the inclusion of civil society is improving.

All these developments show us moving in a direction we appreciate. However, we still have a long way to go in reaching a sufficient balancing of health and control. We need a broader recognition that the perspective of public health and human rights is actually essential to limiting the problematic use of and demand for drugs. In that way we will also strengthen the efforts of the criminal justice sector in limiting the illegal trade in narcotic drugs – while approaching the issue in a more humane way. Those hit hardest by the problems created by the trade of narcotic drugs may benefit from that.»²⁰

Talen vekket oppmerksomhet internasjonalt. Ifølge Ann Fordham, leder av den ikke-statlige organisasjonen International Drug Policy Consortium (IDPC), plasserte innlegget Norge i en «ledende rolle i det internasjonale samfunnet, sammen med Portugal, Sveits, EU og en håndfull andre land, som nå promoterer en helsepolitisk tilnærming til stoffbruk og brukere».²¹

Sammen med Verdens helseorganisasjon (WHO) utarbeidet UNODC i 2018 en publikasjon som inneholder en rekke begrunnelser for hvorfor behandling er å foretrekke fremfor domfellelse og straff for personer med ruslidelser («Rationale for treatment as an alternative to conviction or punishment»)²² Publikasjonen tar ikke sikte på å fremme avkriminalisering, men blant annet på å streke opp det mulighetsrommet statene har på dette området innenfor rammene av narkotikakonvensjonene.

I november 2018 vedtok koordineringsorganet for toppledere i FN-systemet (United Nations System Chief Executives Board for Coordination), som ledes av FNs generalsekretær, en fellesposisjon for narkotikapolitikk i FN-systemet. Felles-

¹⁶ Ibid., s. 235–236.

¹⁷ I regi av organisasjonen Foreningen Tryggere Ruspolitikk.

¹⁸ Foreningen for human narkotikapolitikk, Normal Norge, proLar, LAR-nett, EmmaSofia og Marborg.

¹⁹ Knutsen mfl. (2016).

²⁰ Innlegg under CNDs 59. sesjon, 15. mars 2016.

²¹ Renland (2017).

²² UNODC og WHO (2018a).

posisjonen omfatter blant annet de følgende tre punktene.²³

«We, therefore, commit to stepping up our joint efforts and supporting each other:

- To promote alternatives to conviction and punishment in appropriate cases, including the decriminalization of drug possession for personal use, and to promote the principle of proportionality [...];
- To call for changes in laws, policies and practices that threaten the health and human rights of people;
- To promote measures aimed at reducing stigma and eliminating discrimination and achieving universal coverage of evidence-based prevention, treatment and rehabilitation»

Det bør for ordens skyld bemerkes at FNs generalsekretær ved vedtagelsen påpekte at posisjonsdokumentet ikke i seg selv er ment som en anbefaling som sådan til statene om deres nasjonale narkotikapolitikk, men som en intern rettesnor for FNs arbeid.²⁴ Det ble vedtatt å opprette en arbeidsgruppe for å utarbeide operasjonaliserbare handlingspunkter basert på fellesposisjonen og samle kunnskap som kan bidra til at medlemsstater kan treffe informerte og evidensbaserte valg i narkotikapolitikken.²⁵

Fellesposisjonen i FN-systemet gjenspeiler det som nå fremstår som hovedstrømningen i det internasjonale narkotikapolitiske samarbeidet de senere årene, og særlig etter UNGASS 2016. FNs narkotikakonvensjoner har ligget til grunn uendret gjennom tiår hvor staters og internasjonale organisasjoners tilnærming til narkotikapolitikk har gjennomgått betydelige endringer. Dette har ledet til diskusjon i academia om en påtagelig spenning mellom konvensjonenes ordlyd og statsparters praksis, blant annet knyttet til regulering av personlig bruk av narkotika, skadereduksjon, menneskerettighetsspørsmål og legalisering av produksjon og omsetning av cannabis.²⁶

7.3 FNs narkotikakonvensjoner av 1961, 1971 og 1988

7.3.1 Oversikt og utgangspunkter for tolkingen

Siden vedtagelsen av den internasjonale opiumskonvensjonen av 1912 har det eksistert et multilateralt rettslig forpliktende samarbeid for å motarbeide illegal omsetning av narkotiske stoffer.²⁷

De sentrale konvensjonene som særskilt regulerer det internasjonale samarbeidet om narkotika (i det øvrige omtalt samlet som *narkotikakonvensjonene*), er i dag:

- Single Convention on Narcotic Drugs, 1961 (1961-konvensjonen, også kalt Den alminnelige narkotikakonvensjon på norsk). Endret ved protokoll i 1972.
- Convention on Psychotropic Substances, 1971 (1971-konvensjonen).
- Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988 (1988-konvensjonen).

Norge er part til de tre konvensjonene samt endringsprotokollen av 1972 til 1961-konvensjonen. De to første konvensjonene hadde til formål å etablere et samlet internasjonalt kontrollregime for narkotiske og psykotrope stoffer. Gjennom vedtagelsen av 1988-konvensjonen ble kontrollregimet utvidet til også å gjelde stoffer som kan anses som forstadier²⁸ til de stoffene som allerede var omfattet av de to tidligere konvensjonene. I det følgende skilles det ikke mellom narkotika og de andre betegnelse som benyttes i konvensjonene, og «narkotika» brukes for enkelhets skyld som en samlebetegnelse på samme måte som det engelske uttrykket «drugs» som benyttes i internasjonal sammenheng. 1988-konvensjonen tilførte dessuten sterkere bestemmelser om bekjempelse av «trafficking» og hvitvasking samt bestemmelser som styrker internasjonalt rettslig samarbeid i straffesaker om narkotikalovbrudd. Bestemmelsene i den enkelte konvensjon som gjelder forbud mot narkotika, må ses i sammenheng, ettersom de nyere konvensjonene til dels bygger på og utfyller de eldre. Samarbeidet er i dag forankret i UNODC i samarbeid med WHO.

²³ CEB (2019) punkt III og vedlegg I.

²⁴ CEB (2019).

²⁵ CEB (2019) punkt 21.

²⁶ Se blant annet Boister (2016) og Hall (2017). Hall var medlem av INCB fra 2012 til 2014.

²⁷ Grunnlaget for opiumskonvensjonen av 1912 ble lagt på det som regnes som den første internasjonale konferansen om narkotikaproblemet, i Shanghai i 1909 (Shanghai Opium Commission). Se omtale i Boister (2001) s. 27. Se også UNODC (2009) s. 33 flg.

²⁸ Engelsk: «precursors, chemicals and solvents».

I henhold til folkerettslig sedvanerett står traktaters ordlyd sentralt ved utlegningen av det rettslige meningsinnholdet.²⁹ Ordlyden skal tolkes i god tro, i overensstemmelse med en normal språklig forståelse av uttrykkene i den konteksten uttrykkene er anvendt, sett i lys av traktatens kontekst, innhold og formål.³⁰ Det anses å være et overordnet formål med narkotikakonvensjonene å fremme helse og velferd.³¹

Etterfølgende omstendigheter, herunder avtaler inngått mellom konvensjonspartene, samt hvordan partene har praktisert konvensjonen, vil være relevante ved vurderingen av hvordan ordlyden skal forstås.³² Det samme gjelder andre folkerettslige regler som kommer til anvendelse på forholdet mellom konvensjonspartene.

Forarbeider til en konvensjon, eller rapporter fra konferansen der konvensjonen ble fremforhandlet, tillegges normalt ikke selvstendig vekt ved fortolkninger av traktater. Slike dokumenter kan likevel unntaksvis ha betydning som supplerende momenter ved tolkingen, idet de belyser bakgrunnen og konteksten for ordlyden i bestemmelsene.³³

Ved fastleggingen av Norges folkerettslige forpliktelser etter en konvensjon vil det være naturlig å se hen til relevante uttalelser fra eventuelle konvensjonsorganer.³⁴ Hvor stor vekt

konvensjonsorganenes uttalelser skal tillegges, vil blant annet kunne avhenge av hvor klart uttalelsene kan anses å gi uttrykk for overvåkningsorganets forståelse av partenes forpliktelser etter konvensjonen.

International Narcotics Control Board (INCB) er et konvensjonsorgan under de tre narkotikakonvensjonene med ansvar for å overvåke etterlevelsen av statenes konvensjonsforpliktelser.³⁵ Konvensjonsorganet skal i henhold til 1961-konvensjonen artikkel 15 nr. 1, 1971-konvensjonen artikkel 18 nr. 1 og 1988-konvensjonen artikkel 23 nr. 1 avgi en årlig rapport der det redegjør for blant annet informasjon innhentet fra statsparter, samt observasjoner og anbefalinger til statspartene. Dersom INCB mener at en statspart misligholder sine forpliktelser, kan organet be om informasjon fra staten, be om konsultasjoner om emnet, publisere rapporter og på nærmere angitte betingelser formelt gjøre de øvrige statspartene oppmerksomme på at en statspart misligholder sine konvensjonsforpliktelser.³⁶ Det kan få folkerettslige og politiske konsekvenser dersom andre statsparter anser at en av partene har brutt sine forpliktelser etter konvensjonen. I forarbeidene til lovgivningen om brukerrum i Norge er det lagt til grunn at det i utgangspunktet er grunn til å legge vekt på uttalelsene til INCB, men det er samtidig bemerket at INCB er et rådgivende kontrollorgan uten myndighet til å treffe rettslig bindende avgjørelser. Videre uttales det:³⁷

«Uttalelsene fra INCB om tolkingen av konvensjonene kan derfor ikke anses som avgjørende i seg selv. Det må også ses hen til om INCBs tolkning er uttrykk for en festnet oppfatning som har fått bred aksept.»

For hver av de tre narkotikakonvensjonene foreligger det kommentarutgaver, utarbeidet i regi av FNs generalsekretær.³⁸ Kommentارutgavene beskriver blant annet hendelsesforløpet under forhandlingsmøtene og kan på denne måten kaste lys over hvilken forståelse statspartene la til grunn under forhandlingene.

²⁹ Dette kommer til uttrykk i Wien-konvensjonen om traktatretten av 1969 artikkel 31 og 32. Norge er ikke part til Wien-konvensjonen, men sentrale regler om traktattolking i konvensjonens artikler 31–33 anses i hovedsak å gi uttrykk for folkerettslig sedvanerett. Se blant annet Den internasjonale domstol, *Case Concerning the Arbitral Award of 31 July 1989 (Guinea-Bissau mot Senegal)*, dom avsagt 12. november 1991, avsnitt 48.

³⁰ Se Wien-konvensjonen, artikkel 31 nr. 1 og 2.

³¹ Se første avsnitt i fortalen i henholdsvis 1961- og 1971-konvensjonen («[c]oncerned with the health and welfare of mankind») og 1988-konvensjonen («[d]eeply concerned by the magnitude of and rising trend in the illicit production of, demand for and traffic in narcotic drugs and psychotropic substances, which pose a serious threat to the health and welfare of human beings [...]»). Et tilsvarende syn er lagt til grunn i INCB (2015) s. 1: «The ultimate goal of the three international drug control conventions is to protect public and individual health and welfare.» Se også FNs generalforsamlings resolusjon A/RES/69/201 (12. februar 2015), hvor fortalens syvende avsnitt bemerker at narkotikakonvensjonene «are concerned with the health and welfare of humankind». Se også fortolkning av konvensjonenes overordnede formål i Lines (2014) s. 164–169.

³² Se Wien-konvensjonen artikkel 31 nr. 3.

³³ Se Wien-konvensjonen artikkel 31 nr. 4 og artikkel 32.

³⁴ Se Høyesteretts uttalelser om betydningen av konvensjonsorganers uttalelser i for eksempel Rt. 2009 s. 1261 avsnitt 40–44, som Høyesterett i plenum sluttet seg til i Rt. 2012 s. 1985 (*Lengeværende barn I*) avsnitt 136. Se også Høyesteretts uttalelser og rettskildebruk i Rt. 2015 s. 93 (*Maria-saken*) avsnitt 57 og 64.

³⁵ Se beskrivelse av konvensjonsorganet i Boister (2001) s. 482–484.

³⁶ Se hovedsakelig 1961-konvensjonen artikkel 14, 1971-konvensjonen artikkel 19 og 1988-konvensjonen artikkel 22.

³⁷ Ot.prp. nr. 56 (2003–2004), gjengitt i Ot.prp. nr. 59 (2008–2009), kapittel 5.2. I sistnevnte proposisjon, på s. 23–24, uttalte departementet at INCBs vurderinger av og uttalelser om brukerrum var «for unyansert», og at «INCB i sin konklusjon for ensidig vektlegger kontrollaspektet og i for liten grad nødvendigheten av å ivareta denne gruppen mennesker».

³⁸ UN (1973); UN (1976a); UN (1976b); UN (1988).

7.3.2 Krever narkotikakonvensjonene at ulovlig bruk av narkotika, eller erverv eller besittelse av narkotika til egen bruk, skal være straffbart?

Det følger av ordlyden i konvensjonene at statene skal gjennomføre nødvendige lovgivningsmessige og administrative tiltak for å begrense tilvirkning, innførsel/utførsel, distribusjon, handel, bruk og besittelse av narkotika til medisinske og vitenskapelige formål. Dette kommer til uttrykk i 1961-konvensjonen artikkel 4 bokstav c og 1971-konvensjonen artikkel 5 og 7. Konvensjonene av 1961 og 1971 inneholder bestemmelser som krever forbud mot blant annet erverv og besittelse av narkotika, men åpner eksplisitt for andre tiltak enn reaksjoner av straffende art dersom lovbrøteren selv ulovlig bruker narkotika.³⁹ Bestemmelsene anses imidlertid å rette seg mot slikt erverv og besittelse som skjer i forbindelse med tilvirkning og omsetning av narkotika.⁴⁰

Den sentrale bestemmelsen for spørsmålet om hvorvidt statene er forpliktet til å strafflegge erverv og besittelse av mindre mengder narkotika til egen bruk (ikke knyttet til produksjon og omsetning av narkotika), er 1988-konvensjonen artikkel 3 nr. 2:

«Article 3 – Offences and sanctions
[...]

2. Subject to its constitutional principles and the basic concepts of its legal system, each Party shall adopt such measures as may be necessary to establish as a criminal offence under its domestic law, when committed intentionally, the possession, purchase or cultivation of narcotic drugs or psychotropic substances for personal consumption contrary to the provisions of the 1961 Convention, the 1961 Convention as amended or the 1971 Convention.»

Ordlyden i bestemmelsen tilsier at innehav, erverv og tilvirkning av narkotika til egen bruk, i strid med 1961-konvensjonens eller 1971-konvensjonens bestemmelser, i utgangspunktet skal være straffbare handlinger etter statspartenes nasjonale lovgivning. Det skal for ordens skyld påpekes at selve den ulovlige *bruken* av narkotika ikke er nevnt i bestemmelsen. Henvisningen til de tidligere konvensjonene og til *konstitusjonelle*

³⁹ 1961-konvensjonen artikkel 36 nr. 1 og 38 nr. 1. 1971-konvensjonen artikkel 22 nr. 1 og 20 nr. 1.

⁴⁰ Se blant annet Boister (2001) s. 123–124.

*prinsipper og rettsgrunnsetninger*⁴¹ i hver enkelt statsparts rettssystem innebærer at ordlyden i artikkel 3 nr. 2 ikke gir uttrykk for en entydig klar folkerettslig forpliktelse til å strafflegge handlinger som omfattes av ordlyden.⁴² Ordlyden innebærer en mer forbeholden regel enn den samme bestemmelsens nr. 1 bokstav a og b om strafflegging av handlinger knyttet til produksjon og omsetning av narkotika (trafficking). Når artikkel 3 nr. 1 og 2 leses i sammenheng, er det derfor naturlig å forstå bestemmelsene slik at statspartene har større fleksibilitet med hensyn til lovgivning om handlinger knyttet til enkeltpersoners *egen bruk* av narkotika enn det som gjelder lovgivningen om personer eller virksomheter som *produserer eller omsetter* narkotika.⁴³

Konvensjonen gir ikke nærmere veiledning for forståelsen av uttrykkene «konstitusjonelle prinsipper» og «rettsgrunnsetninger», og rekkevidden av denne fleksibiliteten i artikkel 3 nr. 2 lar seg derfor ikke avgrense presist på grunnlag av ordlyden alene. Et mulig tolkningsalternativ er at statene er forpliktet til å strafflegge med mindre det er konstatert at slik strafflegging ville være uforenelig med landets skrevne og uskrevne konstitusjonelle normer, med andre ord at nasjonale myndigheter ikke lovlig kan vedta slik lovgivning. Et annet tolkningsalternativ vil være at statene, som selv autoritativt avgjør hva som er de grunnleggende prinsippene og grunnsetningene i sine interne rettsordener, kan unnlate å belegge handlingene med straff dersom dette anses å komme i et motsetningsforhold til slike prinsipper og grunnsetninger. Ordlyden gjør det mest nærliggende å legge sistnevnte tolkningsalternativ til grunn, ettersom det vises til prinsipper og rettsgrunnsetninger, fremfor rettslige *skranker*, slik det gjøres i bestemmelsens nr. 1, som omhandler

⁴¹ Konvensjonen foreligger i offisielle språkversjoner på arabisk, kinesisk, engelsk, fransk, russisk og spansk. Unntak i artikkel 3 nr. 2 lyder slik i den franske versjonen: «Sous réserve de ses principes constitutionnels et des concepts fondamentaux de son système juridique, chaque Partie [...]».

⁴² Slik også Barrett (2018) s. 19:

«States need not criminalise such behaviour if to do so would be contrary to constitutional principles or the basic concepts of their legal system. It is therefore not an international obligation to do so, even if there was a clear push towards such measures.»

Se også Hughes, Matias og Griffiths (2018) på s. 2155:

«Article 3(2) of the 1988 United Nations Convention on Illicit Traffic requests (although does not oblige) states to criminalize possession of drugs for personal use.»

Se også Boister (2001) s. 128:

«[...] it is not easy to discern what conduct is rendered unlawful by article 3(2).»

⁴³ Slik også Krajewski (1999) s. 334–335.

de mer alvorlige lovbruddene. Uavhengig av hvilket av disse tolkningsalternativene som legges til grunn, er det på det rene at ordlyden gir forhold i statspartenes interne rettsorden bestemmende betydning for omfanget av konvensjonsforpliktelsen.

Så langt forpliktelsen etter artikkel 3 nr. 2 rekker, må den ses i lys av samme artikkels nr. 4 bokstav d, som åpner for at statene kan anvende tiltak rettet mot behandling, undervisning, ettervern, rehabilitering og sosial reintegrering som alternativer til domfellelse eller straff:

«The Parties may provide, either as an alternative to conviction or punishment, or in addition to conviction or punishment of an offence established in accordance with paragraph 2 of this article, measures for the treatment, education, aftercare, rehabilitation or social reintegration of the offender.»

Det er lagt til grunn i juridisk litteratur at denne bestemmelsens opplisting av mulige alternative tiltak (behandling, utdanning, ettervern, rehabilitering og sosial reintegrering) ikke skal forstås uttømmende.⁴⁴

I norske offentlige utredninger og rapporter har det vært lagt til grunn forskjellige fortolkninger av 1988-konvensjonen artikkel 3 nr. 2. Straffelovkommissjonen la i 2002 til grunn at statspartene «står fritt med hensyn til å kriminalisere bruk og besittelse – derunder også kjøp eller annen ervervs måte – av narkotika til eget bruk».⁴⁵ En arbeidsgruppe nedsatt av Justis- og politidepartementet i 2010 for å utrede alternative reaksjoner for mindre alvorlige narkotikalovbrudd la derimot til grunn at «statene har en plikt til å strafflegge forsettlig anskaffelse, besittelse, kjøp og salg av narkotiske stoffer til personlig bruk».⁴⁶ I Stoltenberg-regjeringens stortingsmelding om en helhetlig ruspolitikk legges det til grunn at statspartene til 1988-konvensjonen i kraft av konvensjonens artikkel 3 er «forpliktet til å sette straff for forsettlig anskaffelse, besittelse, kjøp og salg av narkotiske stoffer til personlig bruk, når stoffet stammer fra ulovlig handel».⁴⁷

Spørsmålet om hvorvidt 1988-konvensjonen artikkel 3 nr. 2 innebærer en forpliktelse til å

vedta nasjonal lovgivning som strafflegger erverv og innehav som knytter seg til egen bruk av narkotika, har vært omdiskutert blant statspartene, og det foreligger ikke en omforent fortolkning eller praktisering av bestemmelsen.⁴⁸ Noen stater har lagt til grunn at de står fritt til å unnlate å strafflegge etter de eldre konvensjonene som bestemmelsen viser til, mens andre har hevdet at konvensjonene forutsetter strafflegging av slike handlinger. Det er uttalt i kommentarene til 1988-konvensjonen at formuleringen i artikkel 3 nr. 2 var et resultat av kompromisser mellom stater som ønsket å regulere befatning med narkotika knyttet til personlig bruk i konvensjonen, og stater som ikke delte dette synet.⁴⁹ Mens mange statsparter strafflegger erverv og innehav til egen bruk, er det også statsparter som ikke har slik lovgivning, se kapittel 6.⁵⁰ Enkelte statsparter har gått lenger og tolerert eller regulert salg av cannabis som rusmiddel (ikke utelukkende til medisinsk bruk).

Konvensjonsorganet INCB har i ulike sammenhenger uttalt seg om avkriminalisering av erverv og innehav av narkotika til egen bruk, og organets posisjon har endret seg over tid. Som beskrevet i kapittel 6 medførte en lovendring i Portugal vedtatt i år 2000 at bruk av narkotika, samt erverv og innehav av narkotika til egen bruk, ikke lenger er straffbart. Slike handlinger er fremdeles ulovlige og kan møtes med sivilrettslige reaksjoner på nærmere angitte vilkår. INCBs umiddelbare reaksjon på lovforslaget var at dette stred mot Portugals forpliktelser etter 1988-konvensjonen artikkel 3 nr. 2. Etter et besøk i Portugal i 2004 uttalte INCB i sin årsrapport at det er forenelig med narkotikakonvensjonene å unnta saker om mindre mengder narkotika fra straffeforfølgning.⁵¹ Det ble blant annet pekt på at bruk, erverv og besittelse fremdeles regnes som lovbrudd etter portugisisk rett.⁵² INCBs posisjon har imidlertid ikke vært helt entydig i disse årene: I sin årsrapport for 2009 uttrykte organet bekymring for det de beskrev

⁴⁸ EMCDDA (udatert a):

«The Conventions oblige each country to treat unauthorised supply as a criminal offence. The same is required for possession of drugs for personal use, but subject to a country's 'constitutional principles and the basic concepts of its legal system'. This clause has not been uniformly interpreted by European countries, and this is reflected in different legal approaches in this area.»

⁴⁹ Se kommentar nr. 3.85–3.96.

⁵⁰ Se også Boister (2001) som skrev at det er en trend i retning av begrenset legalisering eller avkriminalisering av besittelse av narkotika til egen bruk, på s. 129. Se også Boister (2016).

⁴⁴ Boister (2001) s. 177–178.

⁴⁵ NOU 2002: 4 *Ny straffelov*, s. 330 annen spalte.

⁴⁶ Justis- og politidepartementet (2011) s. 89.

⁴⁷ Meld. St. 30 (2011–2012) *Se meg! – Alkohol – narkotika – doping*, kapittel 4.2.1, boks 4.3.

som en økende bevegelse mot avkriminalisering av besittelse av cannabis til egen bruk i Latin-Amerika.⁵³ INCB har senere uttalt seg mer uforbeholdent til støtte for reformen i Portugal. I årsrapporten for 2012 uttalte organet at Portugal, som er part til de tre narkotikakonvensjonene, «is fully committed to the objectives of those treaties».⁵⁴ I 2015 uttalte presidenten for INCB at Portugal-modellen er en «model of best practices», og at «[t]he whole procedure including the decision of the CDT can be considered as a complex alternative measure of education, treatment, aftercare, rehabilitation and social reintegration that is in full compliance with the three Drug Control Conventions».⁵⁵

Det er naturlig å forstå uttalelsen slik at overføringen av reaksjoner mot bruk av narkotika fra justissektoren til et forvaltningsorgan i helsesektoren ble ansett som en «alternative measure» i henhold til 1988-konvensjonen artikkel 3 nr. 4 bokstav d, som er omtalt ovenfor.

I INCBs årsrapport for 2015, påpekte dessuten INCB at statspartene har et visst handlingsrom når det gjelder *sanksjonering* av besittelse til eget forbruk:

«The deterrent effect of criminalizing drug possession depends on the specific circumstances of countries. The conventions oblige States to ensure that possession of drugs – even in small quantities – shall be a punishable

⁵¹ Se INCB (2004) s.80, pkt. 538:

«While the practice of exempting small quantities of drugs from criminal prosecution is consistent with the international drug control treaties, the Board emphasizes that the objective of the treaties is to prevent drug abuse and to limit the use of controlled substances to medical and scientific purposes. The Board calls on the Government of Portugal to examine ways in which the commissions for the dissuasion of drug abuse can contribute towards preventing drug abuse.»

⁵² Loc. cit.: «The Board examined the legal framework that has been applicable to drug-related offences involving small quantities of drugs since July 2001 and noted that the acquisition, possession and abuse of drugs had remained prohibited.» Se Portugals lov 30/2000 artikkel 2 nr. 1, som uttrykkelig beskriver erverv, besittelse og bruk som «an administrative offence».

⁵³ Se INCBs (2009) s. 75, pkt. 453:

«The Board is concerned that the movement, if not resolutely countered by the respective Governments, will undermine national and international efforts to combat the abuse of and illicit trafficking in narcotic drugs. In any case, the movement poses a threat to the coherence and effectiveness of the international drug control system and sends the wrong message to the general public.»

⁵⁴ Se INCB (2012) s. 16, pkt. 113.

⁵⁵ Tale holdt av daværende INCB-president Werner Sipp under et CND-møte i 2015, se Sipp (2015).

offence. The 1988 Convention allows a certain flexibility regarding sanctions for possession for personal consumption, making that obligation subject to the constitutional principles and the basic concepts of the legal system of States. As the Board has stated on numerous occasions, the international drug control conventions do not require the incarceration of drug users. Rather, they oblige States parties to criminalize supply-related behaviour while encouraging them to consider prevention, treatment and rehabilitation as alternatives to punishment.»⁵⁶

I den samme årsrapporten påpekte konvensjonsorganet at det overordnede formålet med narkotikakonvensjonene er å ivareta helse og velferd, jf. første avsnitt i fortalen til 1961-konvensjonen.⁵⁷ Det kan være nærliggende å se denne utviklingen i INCBs posisjon i sammenheng med den dreiningen som har skjedd mot en mer helseorientert tilnærming i det internasjonale narkotikapolitiske samarbeidet i omtrent det samme tidsrommet, se punkt 7.2 ovenfor.

INCBs uttalelser i årene etter reformen i Portugal fra år 2001 indikerer at det har skjedd en utvikling i retning av større vektlegging av konvensjonenes formål om å fremme helse og velferd og en mindre vektlegging av ordlyden i 1988-konvensjonen artikkel 3 nr. 2 om bruk av straff overfor personer som har befattning med en mindre mengde narkotika til egen bruk.

Sett i lys av den mottakelsen som reformen i Portugal har fått, fremstår det unaturlig å legge til grunn en streng fortolkning av ordlyden i denne bestemmelsen i konvensjonen. I en analyse publisert av EU-organet EMCDDA i 2005 er det lagt til grunn at konvensjonene lar det være opp til statene om handlinger knyttet til bruk av narkotika skal være straffbart eller møtes med andre reaksjoner.⁵⁸ En slik forståelse understøttes av uttalelser fra instanser i FN-systemet, som de senere årene har anbefalt at statene avkriminaliserer, eller utreder å avkriminalisere, innehav av

⁵⁶ INCB (2015) s. 5–6 pkt. 35.

⁵⁷ Første avsnitt i fortalen til 1961-konvensjonen lyder: «Concerned with the health and welfare of mankind». Se INCB (2015) s. 1: «The ultimate goal of the three international drug control conventions is to protect public and individual health and welfare.»

⁵⁸ EMCDDA (2005b) s. 7–8:

«The following general conclusion that may be drawn from the above, suggests that countries are legitimate to both criminalise drug use offences or choose other kinds of sanctions of non-criminal nature, as best measures to tackle the illicit use of drugs and its related problems.»

narkotika til egen bruk. Se uttalelser knyttet til retten til helse i punkt 7.2.3 og 7.4.2. Disse anbefalingene forutsetter, i likhet med INCBs uttalelser om Portugal-modellen, en forståelse av narkotika-konvensjonene som tillater statene å avkriminalisere innehav av narkotika til egen bruk.

I lys av det ovenstående er det forsvarlig å legge til grunn at det er forenelig med Norges forpliktelser etter narkotikakonvensjonene å avkriminalisere erverv og innehav av mindre mengder narkotika til egen bruk, såfremt slik befatning med narkotika forblir ulovlig og kan møtes med andre tiltak som er egnet til å oppnå konvensjonenes formål.⁵⁹ Særlig vekt legges i den forbindelse på de uttalelser konvensjonsorganet INCB har avgitt om reformen i Portugal, og variasjonen i statspartenes praksis på dette punktet.⁶⁰

7.3.3 Krever narkotikakonvensjonene at det skal kunne ilegges siviltrettslige sanksjoner overfor personer som erverver eller innehar narkotika til egen bruk?

Under forutsetning av at 1988-konvensjonen artikkel 2 nr. 2 ikke krever *strafflegging* av erverv og besittelse av narkotika til egen bruk, oppstår spørsmålet om hvorvidt Norge er folkerettslig forpliktet til å ilegge *administrative sanksjoner* for slike lovovertridelser ved en eventuell avkriminalisering.

Som beskrevet i punkt 7.3.2 har konvensjonsorganet INCB uttalt at det er i samsvar med narkotikakonvensjonene å avkriminalisere erverv og innehav, slik det er gjort i Portugal. Det er imidlertid påpekt i den forbindelse at slike handlinger fortsatt er ulovlige, og at overtridelser er «punishable». På den annen side er det, som vist ovenfor, blitt fremhevet av INCB at 1988-konvensjonen gir statene fleksibilitet med hensyn til håndteringen av saker om mindre mengder narkotika knyttet til egen bruk. Konvensjonen artikkel 3 nr. 2 og nr. 4 bokstav d tillater dessuten at statspartene i stedet anvender tiltak med sikte på behandling, undervisning, ettervern, rehabilitering og sosial reintegrering. Spørsmålet om

hvorvidt konvensjonene i tilfelle avkriminalisering krever at det innføres administrative sanksjoner, er imidlertid lite omtalt.

Hvorvidt 1988-konvensjonen artikkel 3 nr. 2 krever at erverv og innehav til egen bruk skal kunne sanksjoneres, eventuelt med en mulighet for alternative tiltak etter nr. 4 bokstav d, beror på hva som anses å utgjøre konstitusjonelle prinsipper og rettsgrunnsetninger i Norge, jf. unntaket i bestemmelsens nr. 2. Som beskrevet ovenfor er i punkt 7.3.2 det ikke enkelt å gi en presis avgrensning av dette. Hva som kan anses som en statsparts egne konstitusjonelle prinsipper og rettsgrunnsetninger, synes i stor grad å være opp til statsparten selv å definere, forutsatt at dette skjer i god tro. Ordlyden tilsier imidlertid ikke at det gjelder et krav om at de konstitusjonelle prinsippene og rettsgrunnsetningene skal være fastsatt uttrykkelig i statspartens konstitusjon. Se til sammenligning artikkel 3 nr. 10, som viser til konstitusjonelle *skranker*, som dermed – etter en rimelig forståelse av ordlyden – innebærer en høyere terskel for unntak fra bestemmelsen.⁶¹

I en norsk kontekst er det grunn til å tro at Grunnlovens bestemmelser om individets rettigheter omfattes av uttrykket *konstitusjonelle prinsipper*. Dette omfatter blant annet retten til respekt for privatliv og familieliv, jf. Grunnloven § 102, og barns rett til helse jf. § 104 tredje ledd. Disse rettighetene er omtalt nedenfor i inneværende kapittel.

Foruten de menneskerettigheter som er gitt grunnlovs rang gjennom egne grunnlovsbestemmelser, følger det av Grunnloven § 92 at statens myndigheter skal respektere og sikre menneskerettighetene slik de er nedfelt i Grunnloven og i for Norge bindende traktater om menneskerettigheter. I Holship-dommen, som ble avsagt av Høyesterett i plenum i 2015, er det lagt til grunn at § 92 er et «pålegg til domstolene og andre myndigheter om å håndheve menneskerettighetene på det nivå de er gjennomført i norsk rett».⁶² Denne konstitusjonelle plikten til å respektere og sikre menneskerettighetene tilsier at bestemmelser i menneskerettighetskonvensjoner som Norge er bundet av, vil kunne omfattes av *konstitusjonelle prinsipper* og *rettsgrunnsetninger* i vår interne rett, også rettighetsbestemmelser som ikke på selvstendig grunnlag er gitt grunnlovs trinnhøyde. Menneskerettighetskonvensjonene som er inkorporert gjennom menneskerettighetsloven av 1999, med forrang foran annen lovgiv-

⁵⁹ Slik også Barrett (2018) s. 19 og Hughes, Matias og Griffiths (2018) s. 2155.

⁶⁰ Se utredningens kapittel 6 og UNODC (2009) s. 4:

«Countries vary considerably however in how they punish drug use and possession of drugs for personal use. In some countries personal, non-medical use of narcotic drugs and psychotropic substances is punished by imprisonment. In others, personal use is not a criminal offence or does not receive criminal justice sanctions.»

⁶¹ Engelsk: «constitutional limitations».

⁶² HR-2016-2554-P, avsnitt 70.

ning, kan sies å ha en «semi-konstitusjonell karakter», i «en trinnhøyde mellom lov og Grunnlov».⁶³

Myndighetenes plikt etter Grunnloven § 92 til å respektere og sikre menneskerettighetene omfatter blant annet retten for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk, jf. konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12, som er omtalt i punkt 7.4.2. Dette tilsier at Norges eventuelle forpliktelse til å anvende sanksjoner overfor innehav eller erverv av en mindre mengde narkotika til egen bruk, må ses i lys av hvorledes dette vil innvirke på innbyggernes rett til den høyest oppnåelige helsestandard. En vektlegging av retten til helse, som innføringen av Grunnloven § 92 omfatter, harmonerer for øvrig godt med narkotikakonvensjonenes overordnede mål om å ivareta helse og velferd, og en økt oppmerksomhet i det internasjonale samfunnet om utilsiktede konsekvenser av kontrollpolitikken, se særlig punkt 7.2.3 og 7.4.⁶⁴

Dette tilsier at norske myndigheter ikke er forpliktet etter 1988-konvensjonen artikkel 3 nr. 2 til å ta i bruk sanksjoner på en måte som står i et motsetningsforhold til myndighetens plikt til å respektere, beskytte og oppfylle retten til respekt for privatliv, eller innbyggernes rett til den høyest oppnåelige helsestandard.

Ordlyden i 1988-konvensjonen artikkel 3 nr. 2 er ikke direkte til hinder for å tillegge grunnleggende prinsipper i norsk rett som ikke er nedtegnet i Grunnloven, betydning i den grad de kan anses som anerkjente *prinsipper* av tilstrekkelig høy rang eller *rettsgrunnsetninger*. Dette kan for eksempel omfatte *skadefølgeprinsippet*, som er lagt til grunn som et utgangspunkt og et grunnvilkår for strafflegging og innebærer krav om forholdsmessighet (se kapittel 12.2).⁶⁵ Det kan også omfatte prinsippet om at helsehjelp skal være samtykkebasert, som ble *kodifisert* i pasientrettighetsloven i 1999 og videreført i pasient- og brukerrettighetsloven fra 2011.⁶⁶ Slike prinsipper i vår interne rett kan altså legitimere unntak fra konvensjonsbestemmelsen.

Det fremstår på grunnlag av det ovenstående mulig å gjennomføre en reform som ikke gjør bruk av sanksjoner, og som samtidig oppfyller

⁶³ Smith (1999) s. 272.

⁶⁴ Se første avsnitt i fortalen til 1961-konvensjonen, og INCBs årsrapport for 2015, kapittel 1, som fremhever dette som konvensjonenes overordnede formål.

⁶⁵ Skadefølgeprinsippet er lagt til grunn i forarbeidene til straffeloven av 2005, jf. Ot.prp. nr. 90 (2003–2004), kapittel 7.5.1.

⁶⁶ Se Halvorsen (2016).

konvensjonene i god tro, i kraft av unntaket i 1988-konvensjonens artikkel 3 nr. 2 som gjelder for *konstitusjonelle prinsipper og rettsgrunnsetninger*. Som det fremgår av drøftelsen ovenfor, er imidlertid grensedragningen for dette unntaket beheftet med noe usikkerhet.

For det tilfelle at det ikke anses tilstrekkelig sikkert at unntaket i artikkel 3 nr. 2 beskrevet ovenfor kommer til anvendelse, kan det vedtas en hjemmel for administrative sanksjoner, på nærmere angitte vilkår. Det kan ikke gis et klart svar på hvor vidtrekkende og inngripende en eventuell sanksjonshjemmel må være. Artikkel 3 nr. 4 bokstav d som er beskrevet ovenfor, innebærer at statspartene uansett står fritt til å tilby en rekke tiltak av ikke-straffende art overfor personer som bryter forbudet mot narkotika og selv bruker narkotika. Formålet med 1988-konvensjonen, som artikkel 3 nr. 2 må tolkes i lys av, tilsier at reaksjonene som anvendes, skal være egnet til å bidra til å motvirke den samlede etterspørselen og profitten i det illegale narkotikamarkedet, jf. fortalens syvende avsnitt:

«Desiring to eliminate the root causes of the problem of abuse of narcotic drugs and psychotropic substances, including the illicit demand for such drugs and substances and the enormous profits derived from illicit traffic.»

Dette målet må ses i sammenheng med retten til den høyest oppnåelige helse for innbyggerne og narkotikakonvensjonenes overordnede formål om å fremme helse og velferd.⁶⁷ Behovet for en slik avveining kommer til uttrykk i konvensjonsorganet INCBs årsrapport fra 2015.⁶⁸

«There are a number of unintended consequences that can flow from a variety of factors, including the unbalanced implementation of national and international drug control measures.

[...]

The challenge that States parties face is to implement their treaty obligations in a balanced way that minimizes the negative impact of drug abuse and measures to control drug trafficking, and to educate and treat victims of such trafficking.»

Eventuelle sanksjoner må dessuten innrettes på en måte som er egnet til å oppnå forebygging, tid-

⁶⁷ Se utlegningen av formålet ovenfor, i punkt 7.3.1.

⁶⁸ INCB (2015) s. 6.

lig intervensjon, behandling, opplæring, ettervern, rehabilitering og sosial reintegrering, jf. 1961-konvensjonen artikkel 38.

Nøyaktig hvor det rette balansepunktet for sanksjonering ligger, beror på en utpreget politisk vurdering, og utfallet av avveiningen vil neppe være lik for alle statsparter. Vurderingen vil også kunne være ulik i forskjellige nasjonale kontekster. Det fremstår klart at statspartene har et betydelig handlingsrom.

I Portugal-modellen, som er beskrevet av INCBs president som «best practice» i henhold til narkotikakonvensjonene, kan personer som har overtrådt det sivilrettslige forbudet mot bruk av narkotika, eller erverv eller besittelse av narkotika til egen bruk, pålegges en oppmøteplikt for en nemnd.⁶⁹ Det er på det rene at sanksjonering av brukere av narkotika ikke anses som hovedformålet med ordningen.⁷⁰ Det følger direkte av lovgivningen i Portugal at det ved første gangs overtredelse ikke skal ilegges en sanksjon, og sanksjoner i form av overtredelsesgebyr er utelukket for personer med rusavhengighet.⁷¹ Et mulig utfall av nemndens saksbehandling er at personen får en advarsel om konsekvenser av personens adferd og en oppfordring til å avstå fra narkotikabruk, men mer inngripende virkemidler kan også benyttes.⁷² I punkt 6.2.6.6 beskrives statistikk om utfallet av nemndenes saksbehandling. Som det fremgår der, ender et stort flertall av sakene med utfall som ikke kan beskrives som en sanksjon. Primærreaksjonen på narkotikabruk i Portugal-modellen, slik den praktiseres, er samtalen som personen pålegges å møte til.

Beskrivelsen av Portugal-modellen som en løsning helt i samsvar med konvensjonene må forstås slik at INCB anser at landet har truffet en balanse for sanksjonering som etter INCBs syn er optimal, og at den ikke nødvendigvis representerer et *minimumsnivå* for hvilken grad av sanksjonering som kreves etter narkotikakonvensjonene. Hvor minimumsnivået ligger, kan ikke fastslås med sikkerhet. Det kan meget vel være at det kan gjennomføres en variant av Portugal-modellen som utelater overtredelsesgebyrer, uten at ordningen kommer i strid med Norges forpliktelser etter narkotikakonvensjonene. Dette forutsetter trolig at ordningen

innrettes på en måte som fremmer helse og velferd, og at det i god tro gjennomføres tiltak som er egnet til å begrense etterspørsel i det illegale narkotikamarkedet. Hvilke tiltak som fremstår egnet til å fremme slike formål, er et empirisk og faglig spørsmål. Internasjonale anbefalinger om forebygging av narkotikabruk utgitt i fellesskap av UNODC og WHO fremstår som en av flere relevante kilder for kunnskap om slike tiltak.⁷³

Innlemmelse av en mulighet for å ilegge overtredelsesgebyr på nærmere vilkår ville gi en høy grad av sikkerhet for at en rusreform som omfatter avkriminalisering av brukerne, ikke kommer i strid med Norges forpliktelser etter 1988-konvensjonen. Derimot kan innføringen av slike straffelignende administrative gebyrer etter omstendighetene komme til å stå i et motsetningsforhold til innbyggernes rett til privatliv mv. og retten til helse. Som det fremgår av det ovenstående kan det ikke oppstilles noen klar konklusjon om at 1988-konvensjonen artikkel 3 nr. 2 krever at statsparter som avkriminaliserer innbyggernes erverv og innehav av mindre mengder narkotika til egen bruk, og erstatter dette med et sivilrettslig forbud, skal innføre *overtredelsesgebyrer* for å håndheve forbudet.

7.3.4 Krever narkotikakonvensjonene at myndighetene skal beslaglegge brukerdoser i brukerens besittelse?

Et særskilt spørsmål som kan ha interesse for en reform fra straff til helse, er om det er forenelig med narkotikakonvensjonene å vedta en bestemmelse som tillater å unnlate beslaglegging av en mindre mengde av et rusmiddel dersom beslag fremstår lite formålstjenlig med tanke på persons helsetilstand eller andre allmenne hensyn. Slike hensyn kan for eksempel gjøre seg gjeldende i tilfeller der en sterkt avhengig person, som ikke ønsker rusbehandling, finansierer sin rusmiddelbruk gjennom vinningskriminalitet eller salg av seksuelle tjenester. Det kan etter omstendighetene fremstå sannsynlig at personen i et slikt tilfelle snarlig vil foreta nye slike handlinger for å skaffe en ny brukerdose av rusmiddelet for å unngå abstinensstilstand. På den annen side bør staten sørge for å begrense utbredelsen av narkotika.

Etter 1961-konvensjonen artikkel 37 skal det i henhold til statenes nasjonale lovgivning være anledning til å beslaglegge («seize») og konfiskere («confiscate») narkotika, stoffer og utstyr

⁶⁹ Portugals lov nr. 30/2000, artikkel 5.

⁷⁰ Sipp (2015) s. 4: «The imposition of penal sanctions continues to be possible but is not the primary objective pursued by this framework which favours the treatment and rehabilitation of drug users.»

⁷¹ Portugals lov nr. 30/2000, artikkel 11 og 15 nr. 2.

⁷² Portugals lov nr. 30/2000, artikkel 18.

⁷³ UNODC og WHO (2018b).

som er benyttet eller tenkt benyttet til lovbrudd som nevnt i konvensjonens artikkel 36. Artikkel 36 nr. 1 bokstav a nevner ulovlig innehav («possession») av narkotika. Det er noe uklart hvorvidt «possession» i denne sammenhengen omfatter innehav av narkotika ment for personlig bruk, eller om det kun omfatter innehav av narkotika som knytter seg til tilbudssiden av narkotikamarkedet. Det går frem av kommentaren til 1961-konvensjonen at det var delte meninger om dette spørsmålet under forhandlingene,⁷⁴ og det anerkjennes at «[p]enalization of the possession of drugs for personal consumption amounts in fact also to a penalization of personal consumption».⁷⁵

Uttalelsene i kommentaren er naturlig å forstå slik at det er en reell valgfrihet i tolkingen av «possession», blant annet gir forfatterne av kommentarene enkelte anbefalinger til de statspartene som forstår artikkel 36 slik at det ikke kreves bruk av straff for innehav til egen bruk.⁷⁶ Det kan på grunnlag av dette være forsvarlig å tolke artikkel 37, jf. artikkel 36 nr. 1 bokstav a, slik at den ikke krever at statenes lovgivning skal gi hjemmel til å beslaglegge narkotika ment for egen bruk. Etter 1961-konvensjonen artikkel 4 bokstav c er statspartene likevel forpliktet til å ta skritt for å begrense bruk og innehav av narkotika til medisinske og vitenskapelige formål. Ved tolkingen av uttrykket «possession» i denne sammenhengen skal det, ifølge til kommentarene til konvensjonen, legges til grunn at dette omfatter innehav både til egen bruk og til videreformidling.⁷⁷ I henhold til samme konvensjons artikkel 33 skal statene ikke tillate innehav av narkotika med mindre det foreligger et særskilt rettslig grunnlag for innehavet: «The Parties shall not permit the possession of drugs except under legal authority.» Det vil

⁷⁴ UN (1973) side 112.

⁷⁵ UN (1973) side 113.

⁷⁶ UN (1973), side 113, kommentar nr. 21:

«If Governments choose not to punish possession for personal consumption or to impose only minor penalties on it, their legislation could very usefully provide for a legal presumption that any quantity exceeding a specified small amount is intended for distribution. It could also be stipulated that this presumption becomes irrebuttable if the amount the possession of the offender is in excess of certain limits.»

⁷⁷ UN (1973) side 112–113, særlig avsnitt nr. 24, med videre henvisninger.

kunne være vanskelig å komme til en klar konklusjon om at norsk lovgivning gir tilstrekkelig grunnlag for en effektiv etterlevelse av denne forpliktelsen, lest i sammenheng med artikkel 4 bokstav c, dersom det ikke foreligger en hjemmel for å konfiskere narkotika også i tilfeller hvor rusmiddelet utelukkende er tiltenkt innehaverens egen bruk.⁷⁸

Slik konvensjonen er praktisert, kreves det imidlertid ikke at statene skal reagere på ethvert tilfelle av ulovlig innehav av narkotika til egen bruk.

Som beskrevet i kapittel 7, underkapittel om brukerrrom, er det etablert ordninger i enkelte land, herunder Norge, der personer straffritt kan besitte små mengder narkotika i forbindelse med brukerrrom. Norske myndigheter har lagt til grunn at dette ikke er i strid med narkotikakonvensjonene, og i 2018 ga INCB uttrykk for at brukerrrom kan være forenelig med konvensjonene på nærmere angitte vilkår.⁷⁹ Dette illustrerer at det er blitt ansett forenelig med konvensjonene formelt å tolerere at en avgrenset gruppe personer med alvorlige rusproblemer på nærmere angitte vilkår innehar en liten mengde narkotika, når dette skjer som ledd i tiltak for å redusere skadevirkningene av bruk av narkotika, og på en måte som ikke gir uttrykk for noen godkjenning av omsetning og bruk av rusmiddelet.

Ved siden av slike formelle grunnlag for toleranse må det legges til grunn at det i praksis i dag unnlates å reagere i et uvisst antall tilfeller der personer med kjent rusmiddelproblematikk antas å inneha narkotika. Det er i samsvar med dette lagt til grunn i forarbeidene til straffeloven av 2005 at det i liten grad er hensiktsmessig å straffeforfølge «langvarige, tunge misbrukere», og departementet viste til at politiet i praksis er «tilbakeholdende med å pågripe og straffeforfølge denne gruppen av narkotikamisbrukere».⁸⁰ Narkotikakonvensjonene anses ikke å være til hinder for et slikt håndhevelsesskjønn.

⁷⁸ UN (1973) side 113 (avsnitt nr. 24) og s. 402–403 (avsnitt nr. 1–3).

⁷⁹ Se redegjørelse om forholdet til FNs narkotikakonvensjoner i forarbeidene til endringer i den daværende sprøyteromsloven i Prop. 13 L (2018–2019), kapittel 2.10, som gjen- gir og bygger på vurderinger i Ot.prp. nr. 56 (2003–2004) og Ot.prp. nr. 59 (2008–2009). Se også INCB (2018b).

⁸⁰ Ot.prp. nr. 22 (2008–2009) *Om lov om endringer i straffeloven 20. mai 2005 nr. 28.*

7.4 Internasjonale menneskerettigheter

7.4.1 Barns rett til å beskyttes mot ulovlig bruk av narkotika

Barnekonvensjonen fra 1989 er den eneste av de internasjonale menneskerettighetskonvensjonene som eksplisitt omtaler narkotika, jf. 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.»⁸¹

Bestemmelsens ordlyd er i samsvar med en utbredt enighet i norsk narkotikapolitikk om at det er nødvendig å forebygge bruk av narkotika blant barn og å hindre at barn involveres i produksjon og omsetning av narkotika.

Bestemmelsene i barnekonvensjonen gjelder som norsk lov og går ved motstrid foran bestemmelser i annen norsk lovgivning, jf. menneskerettsloven §§ 2 og 3.

Det er stilt spørsmål ved om konvensjonsbestemmelsen helt eller delvis er *til hinder for* at statspartene avkriminaliserer bruk og besittelse av narkotika, eller om bestemmelsen i alle fall tilsier at statspartene *bør* opprettholde kriminalisering. Spørsmålet er om bestemmelsen må forstås slik at den oppstiller et krav om at statspartene *strafflegger* befatning med illegale rusmidler til egen bruk,⁸² eller om andre tiltak, for eksempel sivilrettslige reaksjoner og beslaglegning av narkotika, kan være tilstrekkelig til å oppfylle forpliktelsen.

Ved tolkingen av innholdet i barnekonvensjonen artikkel 33 er det naturlig å legge vekt på veiledning i uttalelser fra konvensjonsorganet, FNs barnekomité. Barnekomiteen har ikke avgitt noen særskilt generell kommentar om tolkingen av artikkel 33, men har berørt artikkelen i andre uttalelser.

I generell kommentar nr. 15 (2013) om barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard, jf. barnekonvensjonens artikkel 24, understreket komiteen viktigheten av en rettig-

hetsbasert tilnærming til rusmiddelbruk og anbefalte at passende skadereduksjonsstrategier bør innføres for å minimere negative helsevirkninger. Komiteen understreket de negative konsekvensene av strafflegging.⁸³

I generell kommentar nr. 20 (2016) om gjennomføringen av barns rettigheter i ungdomstiden pekte barnekomiteen på at statspartene har en forpliktelse til å beskytte ungdom mot ulovlig bruk av narkotiske og psykotropiske stoffer. I den forbindelse uttalte komiteen at statene bør sikre ungdommers rett til helse knyttet til bruk av slike stoffer, samt tobakk, alkohol og løsemidler, og gjennomføre forebygging, skadereduksjon og behandling uten diskriminering og med adekvate budsjettmidler. Alternativer til straffende eller repressiv rusmiddelpolitikk ble ønsket velkommen, og ungdommer burde etter komiteens syn motta presis og objektiv informasjon basert på vitenskapelig evidens med et mål om å forebygge og minimere skadene av rusmiddelbruk.⁸⁴ I generell kommentar nr. 21 (2017) om barn i gatesituasjoner behandles artikkel 33 i samme avsnitt som artikkel 24 om retten til helse, uten at komiteen foretar noe klart skille mellom innholdet i de to bestemmelsene. Det er nærliggende å se forbindelsen mellom disse bestemmelsene i lys av den økte oppmerksomheten om helseperspektivet i det internasjonale narkotikapolitiske samarbeidet, som er beskrevet i punkt 7.2.3 ovenfor.

Ved barnekomiteens behandling av en rapport fra Armenia i 2004 ga komiteen uttrykk for bekymring for at barn som bruker narkotika, ble ansett som kriminelle og ikke som barn med behov for omsorg og beskyttelse. Komiteen oppfordret til å sikre at barn som bruker narkotika, ikke kriminaliseres.⁸⁵ Ved behandlingen av en rapport fra Ukraina i 2011 anbefalte komiteen å forsterke skadereduksjonstiltak rettet mot ungdom. Komiteen anbefalte i den samme uttalelsen at statsparten skulle sikre at landets straffelovgiv-

⁸³ CRC (2013). Se også HRC (2016), avsnitt 15:

«States policies towards adolescents are too often characterized by targeted or punitive interventions aimed at addressing problems such as juvenile delinquency and violence, as well as perceived challenges, including substance use and sexual activity. [...] Stigmatizing, demonizing and discriminating against adolescents by, for example, criminalizing or pathologizing their behaviours and diversities, negatively affects their socially perceived roles, self-esteem, well-being and sense of empowerment. These approaches fail adolescents, their holistic development and their right to health.»

⁸⁴ CRC (2016) avsnitt 64.

⁸⁵ CRC (2004) avsnitt 62–63.

⁸¹ Hentet fra den norske oversettelsen av barnekonvensjonen, inntatt som vedlegg 8 til menneskerettsloven.

⁸² Se Dahlgren (2018) og Dahlgren og Stere (2012).

ning ikke hindrer tilgang til slike tjenester, herunder gjennom å endre straffelovgivning som kriminaliserte barns innehav av narkotika til egen bruk.⁸⁶

Uttalelsene er ikke forenelige med en forståelse av barnekonvensjonen som innebærer at statene er forpliktet til å strafflegge befatning med narkotika til egen bruk. Derimot har komiteen, som det fremgår av det ovenstående, vektlagt forebyggende tiltak og skadereduksjon og anbefalt avkriminalisering av barns innehav av narkotika til egen bruk for å unngå at straffelovgivningen er til hinder for skadereduserende tiltak. FNs høykommissær for menneskerettigheter har, under henvisning til Barnekonvensjonen, anbefalt stater å slutte å straffefølge barn for narkotikalovbrudd.⁸⁷ Som omtalt ovenfor, i punkt 7.2.3, var barnekomiteen en av avsenderne av et åpent brev til FNs generalsekretær i 2016 som påpekte en rekke negative konsekvenser av strafflegging av personer som bruker narkotika og innehar narkotika til egen bruk.

I lys av dette synes artikkel 33 å forstås slik at statene skal iverksette alle egnede tiltak for å forebygge og minimere skadene av illegal rusmiddelbruk for barn. Verken ordlyden eller konvensjonsorganets uttalelser gir belegg for å forstå bestemmelsen slik at statene er forpliktet til å anvende *strafferettslige* virkemidler mot *brukere* av narkotika i alminnelighet for å oppfylle forpliktelsen etter bestemmelsen. Derimot kan flere av barnekomiteens uttalelser som er gjengitt ovenfor, forstås slik at strafferettslige virkemidler overfor personer som bruker narkotika, har blitt ansett å innebære en rekke negative konsekvenser, blant annet at det kan hindre tilgangen til relevante hjelpetjenester.

Utvalget er ikke kjent med at barnekomiteen har uttalt seg om spørsmålet om administrative sanksjoner og hjemmel for beslag av narkotika. I hvilken grad slike virkemidler er egnede for å oppnå forpliktelsen etter barnekonvensjonen artikkel 33, synes å måtte vurderes konkret, basert på beste tilgjengelige kunnskap om forventede virkninger av slike virkemidler.

Det kan ikke gis et generelt svar på om artikkel 33 krever at det ved en eventuell avkriminalisering samtidig må innføres *administrative sanksjoner* mot narkotikabruk. Det avgjørende i den forbindelse synes å være om den aktuelle sanksjonen kan anses som et egnet virkemiddel for å oppfylle forpliktelsen etter artikkel 33, herunder

at den beskytter barn og ikke kommer i veien for helserettede tiltak.

7.4.2 Retten til den høyest oppnåelige helsestandard

Enhver har rett til «den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk», jf. Den internasjonale konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12.⁸⁸ Barn har en Grunnlovsfestet rett til helse, jf. § 104 tredje ledd. Retten til helse fremgår også av barnekonvensjonen artikkel 24 og konvensjonen om avskaffelse av alle former for diskriminering mot kvinner artikkel 12. Bestemmelsene i disse konvensjonene gjelder som norsk lov og går ved motstrid foran bestemmelser i annen norsk lovgivning, jf. menneskerettsloven § 2 og § 3. Enhver har dessuten rett til vern av helse etter Den europeiske sosialpakt artikkel 11 og rett til sosial og medisinsk hjelp etter sosialpaktens artikkel 13.

Rettinghetenes innhold er ikke presist angitt i disse dokumentenes ordlyd og må utledes av praksis.⁸⁹ En sentral kilde for veiledning ved tolkningen er FNs komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheters (ØSK-komiteen) generelle kommentarer og uttalelser ved behandlingen av rapporter fra enkeltland om gjennomføringen av konvensjonen.

ØSK-komiteen har fastslått at retten til helse har fire elementer:⁹⁰

- tilbud av blant annet helsetjenester og goder i tilstrekkelig utstrekning
- tilgjengelighet for alle, uten forskjellsbehandling
- respekt for medisinsk etikk og tilpasning til kultur, bakgrunn, kjønn og livssyklus
- god kvalitet, basert på vitenskapelige og medisinske krav

ØSK artikkel 12 pålegger statene tre typer forpliktelser.⁹¹ For det første skal statene *respekttere* retten, det vil si avstå fra å gripe negativt inn i individers helsesituasjon. Dersom staten formelt eller uformelt begrenser tilgang til goder og tjenester i helsevesenet til bestemte grupper, og det er sannsynlig at dette fører til skade, unødvendig morbiditet (sykdom) eller unngåelige

⁸⁶ CRC (2011) avsnitt 61.

⁸⁷ UNHCHR (2015)

⁸⁸ Norsk oversettelse av konvensjonen publisert som vedlegg 4 til menneskerettsloven.

⁸⁹ Se Eide (2006).

⁹⁰ Se CESCR (2000) avsnitt 12. De fire elementene kalles gjerne «AAAQ-kravene», etter de engelske stikkordene *availability, accessibility, acceptability* og *quality*.

⁹¹ Se Eide (2006) og CESCR (2000) avsnitt 33.

dødsfall, utgjør dette et brudd på statens forpliktelse til å *respektere* innbyggernes rett til helse etter ØSK artikkel 12.⁹² Retten til helse innebærer også retten til selvbestemmelse over egen helse og kropp, herunder retten til å kunne velge ikke å ta imot medisinsk behandling.⁹³ For det andre skal statene *beskytte* retten, det vil si hindre andre i å påvirke innbyggernes helse negativt. Mangelfulle tiltak for å motvirke tilvirkning, omsetning og konsum av tobakk, narkotika og andre skadelige stoffer kan utgjøre et brudd på statens forpliktelse til å *beskytte* innbyggernes rett til helse etter ØSK artikkel 12.⁹⁴ For det tredje skal statene *oppfylle* retten, det vil si treffe nødvendige tiltak for å realisere den. Mangelfull overvåkning av helsetilstanden i befolkningen og mangelfull helseplanlegging som fører til at enkeltpersoner eller grupper, særlig marginaliserte eller sårbare grupper, ikke får nytte godt av helsevesenet, kan utgjøre brudd på statens forpliktelse til å *oppfylle* innbyggernes rett til helse etter ØSK artikkel 12.⁹⁵

ØSK artikkel 12 nr. 2 forplikter statene til å treffe nærmere angitte tiltak som del av statenes arbeid for å fremme innbyggernes helse. I henhold til bestemmelsens bokstav b skal statene treffe tiltak som er nødvendige for å «[f]orbedre alle sider ved hygienen i miljø og industri». ØSK-komiteen har tolket bestemmelsen til å omfatte tiltak for å «discourage the abuse of alcohol, and the use of tobacco, drugs and other harmful substances».⁹⁶

I henhold til ØSK artikkel 12 nr. 2 bokstav d skal tiltakene statene iverksetter for å realisere retten til helse, omfatte tiltak som er nødvendige for å «[s]kape vilkår som trygger alle legebehandling og pleie under sykdom».

Hvordan en stats narkotikapolitikk bør innrettes for å fremme retten til den høyest oppnåelige helsestandard, avhenger av hva som etter beste tilgjengelige kunnskap anses å være de faktiske virkningene av politikken. Flere instanser i FN-systemet har gitt uttrykk for at kriminalisering av innehav av narkotika til egen bruk er til hinder for oppfyllelse av retten til helse. WHO har anbefalt å avkriminalisere bruk av narkotika, da dette vil være en «critical enabler» for å forbedre situasjonen for hivsmittede.⁹⁷ FNs spesialrapportør for

retten til helse har anbefalt stater å avkriminalisere eller nedkriminalisere bruk og innehav av narkotika.⁹⁸ FNs høykommissær for menneskerettigheter har anbefalt stater å vurdere nedkriminalisering eller avkriminalisering av bruk og innehav av narkotika, ettersom strafflegging på flere vis er til hinder for å fremme retten til helse.⁹⁹ Atter flere enheter i FN-systemet har uttalt at kriminalisering av bruk av narkotika og innehav til egen bruk utgjør et hinder for å yte god helsehjelp til utsatte grupper, se omtale i punkt 7.2.3 ovenfor. Se i denne forbindelse også uttalelser med samme meningsinnhold fra FNs høykommissær for menneskerettigheter og FNs barnekomité gjengitt i punkt 7.4.1 ovenfor.

Disse internasjonale anbefalingene tilsier at å endre innretningen av nasjonal narkotikapolitikk fra straff til helse, gjennom en avkriminalisering av bruk og innehav og innføring av helserettede tiltak som reaksjon på narkotikabruk vil bidra til at Norge bedre respekterer og oppfyller innbyggernes rett til helse.

I utvalgets mandat er det lagt til grunn at strafflegging av bruk og innehav av narkotika til egen bruk «kan ha stått i veien for å møte den enkelte bruker med hensiktsmessige og tilpassede tilbud og oppfølging». I den grad strafflegging står i veien for å møte innbyggerne med hensiktsmessig og tilpasset helsehjelp, står straffleggingen i et motsetningsforhold til disse innbyggernes rett til den høyest oppnåelige helsestandard. Antagelsen i mandatet er drøftet i punkt 12.3.2.2, hvor det vises til en studie fra Sverige og en internasjonal sammenlignende studie som gir en slik antagelse et visst empirisk belegg. Hvorvidt det samme gjelder straffelignende administrative sanksjoner, for eksempel overtredelsesgebyr, vil avhenge av hvordan slike sanksjoner innrettes, og hvordan innbyggerne responderer på dem. Dersom slike sanksjoner svekker relasjonen mellom enkeltpersoner og tjenesteapparatet, slik at de reduserer marginaliserte og utsatte personers reelle muligheter til å nyte godt av helsevesenet, vil dette stå i et motsetningsforhold med retten til helse.

⁹² Se CESCR avsnitt 34 og 50.

⁹³ CESCR (2000) avsnitt 8.

⁹⁴ Se CESCR avsnitt 35 og 51.

⁹⁵ Se CESCR avsnitt 36, 37 og 52.

⁹⁶ CESCR (2000) avsnitt 15.

⁹⁷ WHO (2014) s. 86–88, hvor avkriminalisering er omtalt som en av flere «critical enablers» for å beskytte personer som er smittet, eller i faresonen for å bli smittet, med hiv.

⁹⁸ Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (2010) kapittel III og VII.

⁹⁹ UNHCHR (2015) kapittel II og VII.

7.4.3 Retten til respekt for privatliv og familieliv, hjem og korrespondanse

Etter Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK) artikkel 8 har enhver «rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse».¹⁰⁰ EMK gjelder som norsk lov, jf. menneskerettighetsloven § 2, og denne rettigheten ble ved grunnlovsendringene i 2014 inkorporert på konstitusjonelt nivå i Grunnloven § 102.

I flere land, herunder Mexico, Sør-Afrika og Tyskland,¹⁰¹ er straffeforfølgning av voksne personer for besittelse av cannabis til egen bruk blitt konstatert å være uforenelig med konstitusjonelle bestemmelser om retten til respekt for privatliv eller beslektede bestemmelser om individets rett til autonomi som det er naturlig å se i sammenheng med retten til privatliv etter EMK artikkel 8 og retten til fri utvikling av personlighet etter FNs verdenserklæring om menneskerettigheter artikkel 22. I Georgia ble lovgivning som hjemlet *sivilrettslige* sanksjoner av et forbud mot cannabis, kjent forfatningsstridig og ugyldig i 2018, fordi det innebar et uforholdsmessig inngrep i innbyggernes autonomi, se omtale i kapittel 6.

Inngrep i utøvelsen av retten til privatliv mv. kan bare skje «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», jf. artikkel 8 nr. 2.

For å være forenelig med EMK artikkel 8 må inngrep i retten til respekt for privatliv mv. fremme et legitimt formål og være nødvendig i et demokratisk samfunn.

Tiltak for å forebygge og begrense skader som følge av bruk av narkotika må anses å ha til hensikt å fremme et *legitimt formål*. Slike tiltak springer ut av politiske mål om blant annet å forebygge uorden, beskytte helse og beskytte andres rettig-

¹⁰⁰ Norsk oversettelse inntatt som vedlegg 2 til menneskerettighetsloven.

¹⁰¹ Mexico: Se avgjørelse avsagt av Mexicos høyesterett 31. oktober 2018, sak nr. 547/2018 og 548/2018, omtalt på engelsk i Peter Orsi, «Mexico court sets precedent on legal, recreational pot use», *Associated Press*, 1. november 2018.

Sør-Afrika: Se avgjørelse avsagt av Sør-Afrikas høyesterett 18. september 2018, sak nr. CCT 108/17.

Tyskland: Se omtalen i kapittel 6 av avgjørelse avsagt i 1994 av Tysklands føderale forfatningsdomstol.

heter, formål som er uttrykkelig nevnt i artikkel 8 nr. 2.

Ved vurderingen av om et inngrep i innbyggernes rettigheter etter artikkel 8 kan anses *nødvendig i et demokratisk samfunn*, tilkjennes statspartene i henhold til rettspraksis fra Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) en viss skjønnsmargin («margin of appreciation»). Der som saken gjelder et politikkområde som av domstolen er blitt ansett som sensitivt for statspartene – herunder kontroversielle etiske eller moralske samfunnsspørsmål –, og det ikke kan finnes en konsensus mellom statenes nasjonale lovgivning, tilkjennes en noe videre skjønnsmargin.¹⁰² Det samme gjelder i tilfeller der statene må avveie konkurrerende private og offentlige interesser eller konvensjonsrettigheter.¹⁰³ Det er på det rene at lovgivning i europeiske land varierer betydelig når det gjelder mulige rettslige konsekvenser av narkotikabruk og hvilke tvangsmidler som kan benyttes for å avdekke slik bruk (se kapittel 6 og 8), og det må legges til grunn at statene har en vid skjønnsmargin ved vurderingen av om inngrep i retten til privatliv og familieliv i denne forbindelse er forenelig med EMK artikkel 8.

Kravet om nødvendighet innebærer like fullt at det må påvises at inngrepet svarer til et presserende samfunnsmessig behov («pressing social need»). Det må også vises at inngrepet er forholdsmessig holdt opp mot formålet med inngrepet, tatt i betraktning relevante interesser som må avveies ved vurderingen.¹⁰⁴ Det påhviler i første rekke statspartene å foreta disse vurderingene, men EMD kan overprøve om argumentene som hevdes å begrunne inngrepet, er relevante og forholdsmessige og om rettighetene i tilstrekkelig grad ble respektert i beslutningsprosessen som ledet frem mot vedtagelsen av inngrepet.¹⁰⁵

¹⁰² Se for eksempel *X, Y og Z mot UK* (Application no. 21830/93), dom avsagt 22. april 1997, avsnitt 44:

«[...] Since the issues in the case, therefore, touch on areas where there is little common ground amongst the member States of the Council of Europe and, generally speaking, the law appears to be in a transitional stage, the respondent State must be afforded a wide margin of appreciation [...].»

Se også *Fretté mot Frankrike* (Application no. 36515/97), dom avsagt 26. februar 2002, avsnitt 41.

¹⁰³ *Ibid.*

¹⁰⁴ *Paradiso og Campanelli mot Italia* (Application no. 25358/12), dom avsagt i storkammer 24. januar 2017, avsnitt 181.

¹⁰⁵ Se for eksempel *Paradiso og Campanelli mot Italia* og *A.-M.V. mot Finland* (53251/13), dom avsagt 23. mars 2017, avsnitt 81–84.

Det følger av dette at det til grunn for et forslag om tiltak som griper inn i retten til privatliv og familieliv, må foretas en begrunnet vurdering av om tiltaket er forholdsmessig.

Norge er blitt innklaget for EMD for påstått brudd på EMK artikkel 8 gjennom beslag av førerkort på grunn av bruk av cannabis, jf. vegtrafikkloven § 34 femte ledd. Saken er ennå ikke behandlet av domstolen.¹⁰⁶

7.5 Internasjonale anbefalinger

7.5.1 Anbefalinger knyttet til den overordnede innretningen av narkotikapolitikken – målsettinger og bruk av strafferettslige virkemidler

7.5.1.1 UNODC

I 2010 publiserte UNODC et arbeidsdokument der det argumenteres for at en dreining fra en sanksjonsorientert til en helseorientert narkotikapolitikk, er i tråd med narkotikakonvensjonene.¹⁰⁷ Det ble påpekt at det foreligger stadig mer bevis for at en helseorientert tilnærming er mest effektiv med tanke på å redusere ulovlig narkotikabruk og de sosiale skadene av slik bruk.¹⁰⁸ I dette dokumentet omtales også en helseorientert tilnærming til brukere av narkotika som ikke har et avhengighetsproblem. Dette omfatter opplæring, pålitelig informasjon og (kortvarige) intervensjoner i form av motivasjonssamtaler («brief motivational and behavioural counselling») som tar sikte på å integrere personen med rusproblem i samfunnet og forebygge sosial ekskludering.¹⁰⁹

7.5.1.2 Verdens helseorganisasjon (WHO)

I takt med en dreining mot mer vektlegging av helseperspektivet har WHO inntatt en mer aktiv rolle i diskusjoner om det internasjonale narkotikasamarbeidet. WHO anbefalte avkriminalisering i sine retningslinjer for hivforebygging, behandling og oppfølging overfor særlig utsatte grupper («key populations») fra 2014,¹¹⁰ som også omfatter perso-

ner som bruker narkotika. Retningslinjen anbefaler nasjonene å utvikle politikk og lovverk som avkriminaliserer injisering og annen bruk av narkotika, blant annet for å forebygge innsettelse i fengsel. Videre anbefales land som i dag ikke tillater utlevering av brukerutstyr, sprøyter med videre, og som ikke tillater bruk av substitusjonslegemidler i behandling av opioidavhengige, å avkriminalisere og legalisere slike programmer. WHO anbefaler også at landene skal forby tvungen behandling for personer som brukere rusmidler.

UNAIDS har anbefalt avkriminalisering av narkotikabruk, samt erverv, besittelse og dyrking av narkotika til egen bruk, som en måte å beskytte menneskerettighetene til personer som bruker narkotika på.¹¹¹

7.5.1.3 Andre FN-organer

En rekke uttalelser fra enheter i FN-systemet er beskrevet i punkt 7.2.3 og 7.4 ovenfor. Til det som er omtalt der, kan det følgende tilføyes: FNs utviklingsprogram (UNDP) uttalte i 2015 at lovgivning som kriminaliserer bruk av narkotika og innehav av små mengder til egen bruk, er blant faktorene som bidrar til å hindre brukeres tilgang til grunnleggende tjenester, slik som bolig, utdanning, helsetjenester, sysselsetting, sosialtjenester og behandling.¹¹²

Den internasjonale arbeidsorganisasjonen (ILO) har utarbeidet anbefalinger om håndtering av alkohol- og narkotikarelaterte problemer på arbeidsplassen.¹¹³ Organisasjonen anbefaler at rusproblematikk håndteres som et helseproblem og håndteres som ethvert annet helseproblem på arbeidsplassen, uten diskriminering.¹¹⁴ Arbeidsgivere bør respektere rusmiddelovngivningen og samarbeide med rettshåndhevende myndigheter der det foreligger skjellig grunn til mistanke om lovbrudd, men bør ikke anses å ha noen plikt til å ta skritt på vegne av rettshåndhevende myndigheter for å håndheve straffebud mot narkotika.¹¹⁵

7.5.1.4 EU

EU har vedtatt en narkotikastrategi for 2013–2020 som bygger på de internasjonale narkotikakonvensjonene og den universelle menneskerettig-

¹⁰⁶ *S.R. mot Norge* (Application no. 43927/17). Saken ble kommunisert den 19. mars 2019. Dom og kjennelse om førerkortbeslaget saken gjelder, ble avsagt av Hålogaland lagmannsrett 15. september 2016 og er publisert i Lovdata som LH-2016-70592.

¹⁰⁷ UNODC (2010); Se blant annet s. iii (forord av skrevet av lederen for UNODC) og 2.

¹⁰⁸ UNODC (2010) s. 2.

¹⁰⁹ UNODC (2010) s. 1.

¹¹⁰ WHO (2014).

¹¹¹ UNAIDS (2019) s. 7.

¹¹² UNDP (2015) se blant annet s. 13.

¹¹³ ILO (1996). Se også sammendrag utarbeidet av EMCDDA i deres «Best Practice»-portal.

¹¹⁴ ILO (1996) s. VIII første strekpunkt og avsnitt 2.1.4.

¹¹⁵ ILO (1996) avsnitt 2.2.

hetserklæringen,¹¹⁶ som kan anses som et uttrykk for organisasjonens overordnede veivalg i narkotikapolitikken og har dannet grunnlaget for handlingsplaner for periodene 2013–2016 og 2017–2020.

Strategien skiller mellom på den ene side reduksjon av ulovlig *etterspørsel*, som vektlegger blant annet tidlig intervensjon, forebygging, skadereduksjon og rehabilitering,¹¹⁷ og på den annen side reduksjon av ulovlig *tilbud*, som vektlegger kriminalitetsbekjempelse.¹¹⁸ Strategien fremhever også blant annet betydningen av tre gjennomgående temaer: (1) koordinering, (2) internasjonalt samarbeid og (3) forskning, monitorering og evaluering.

EU-organet EMCDDA ble opprettet i 1993. Det sammenfatter tilgjengelig kunnskap med sikte på å bidra til en evidensbasert utforming av ruspolitikk på nasjonalt nivå. Norge er tilknyttet EMCDDA i kraft av en samarbeidsavtale som trådte i kraft i 2001.¹¹⁹ I møte med utvalget opplyste representanter for EMCDDA at de ikke har ønsket å anbefale en bestemt posisjon i den narkotikapolitiske debatten om legalisering og avkriminalisering, som oppfattes som et kontroversielt spørsmål blant medlemsstatene. Organets rolle anses å være å levere empirisk faktakunnskap om tilstanden i medlemslandene og et evidensbasert beslutningsgrunnlag for narkotikapolitiske spørsmål.

EMCDDAs nettbaserte «Best Practice»-ressurs om forebygging, behandling og skadereduksjon beskriver relevante tiltak for å begrense negative konsekvenser av narkotikabruk i ulike kontekster, med videre henvisninger til det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget for anbefalingene.¹²⁰ Strafferettslige reaksjoner på bruk av narkotika som sådan er ikke omtalt i denne ressursen. EMCDDA har uttalt at det ikke er mulig å observere noen klar sammenheng mellom endringer i straffansvaret for brukere av cannabis og prevalensen av cannabisbruk i befolkningen mellom 15 og 34 år.¹²¹

¹¹⁶ Rådet for den Europeiske Union (2012).

¹¹⁷ Rådet for den Europeiske Union (2012) avsnitt 17–19.

¹¹⁸ Rådet for den Europeiske Union (2012) avsnitt 20–22.

¹¹⁹ Agreement between the European Community and the Kingdom of Norway on the participation of Norway in the work of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, s. 24.

¹²⁰ Se EMCDDA (udatert c).

¹²¹ EMCDDA (2011b) s. 47. Se også en oppdatert tilsvarende analyse publisert av eksperter som arbeider ved EMCDDA, i Hughes, Matias og Griffiths (2018) s. 2155–2157.

7.5.1.5 *The Lancet Commission on Drug Policy and Health*

I forkant av UNGASS 2016 satte Johns Hopkins University og det vitenskapelige medisinske tidsskriftet *The Lancet* sammen en kommisjon bestående av eksperter innen helseforskning. Formålet var å bidra med et beslutningsgrunnlag basert på vitenskapelig kunnskap om narkotikapolitikk og folkehelse.¹²²

Kommisjonens rapport¹²³ konkluderer med at kriminalisering av brukere av narkotika har skadevirkninger som langt overskrider mulige positive effekter av en slik politikk. Det påpekes også at det finnes alternative måter å reagere overfor narkotikabruk på som gir mindre skadevirkninger. Rapporten munner ut i anbefalinger til statene om grep i narkotikapolitikken for å fremme FN-charteret, målene for bærekraftig utvikling og menneskerettighetene. Blant disse anbefalingene er at statene bør avkriminalisere bruk, innehav og småsalg. Kommisjonen viser til erfaringer fra blant annet Portugal og Tsjekkia.¹²⁴ Kommisjonen anbefaler også blant annet at skadereduksjonsprinsipper legges til grunn som en søyle i innretningen av en folkehelseilnærming til ruspolitikken.¹²⁵

7.5.1.6 *Global Commission on Drug Policy*

Global Commission on Drug Policy (GCDP) er en ikke-statlig organisasjon (etablert i 2011), som blant annet består av nåværende og tidligere verdensledere og representanter med erfaring fra internasjonale organisasjoner. GCDP utga i 2011 rapporten *War on drugs* (stilisert *War on drugs* på rapportens forside),¹²⁶ der de konstaterte at krigen mot narkotika har vært feilslått, og at skadene som påføres enkeltindivider og samfunn som følge av denne krigen, er langt større enn skadevirkningen av narkotikabruk i seg selv.¹²⁷

Rapporten inneholder elleve anbefalinger på ulike områder knyttet til konkrete handlinger, på nasjonalt og globalt nivå, blant annet at kriminalisering erstattes med helsehjelp og behandlingstilbud, og at det (av det internasjonale sam-

¹²² Se omtale av kommisjonen i Johns Hopkins University (udatert nett). Se også *The Lancet* (2016).

¹²³ Csete mfl. (2016).

¹²⁴ Csete mfl. (2016) s. 1468.

¹²⁵ Csete mfl. (2016).

¹²⁶ Global Commission on Drug Policy (2011).

¹²⁷ Global Commission on Drug Policy (2016).

funnet) oppfordres til forsøk med legal og regulert omsetning av nå illegale rusmidler (for eksempel cannabis). Stoltenbergutvalgets *Rapport om narkotika* (2010) har mange sammenfallende synspunkter og anbefalinger, og utvalgets leder, Thorvald Stoltenberg, var også medlem av GCDP.

GCDP har utgitt flere rapporter med annen relatert tematikk, og i 2014 lanserte gruppen fem «stier» til «narkotikapolitikk som virker».¹²⁸ Avkriminalisering av narkotika til personlig bruk beskrives som en del av en slik politikk. I 2016 utga GCDP en ny rapport¹²⁹ som bygde på de foregående, men hvor avkriminalisering som sådan var hovedtema. I rapporten trekkes flere elementer inn som begrunnelse for hvorfor en avkriminalisering (og legalisering) etter organisasjonens syn vil være det mest hensiktsmessige grunnlaget for en effektiv ruspolitikk og for så vidt juridisk (menneskerettighetsbasert) og moralsk sett en nødvendig utvikling. GCDP problematiserer videre straffebudene knyttet til bruk og innehav av narkotika til egen bruk opp mot at (befolkningens) respekt for loven undergraves. GCDP opprettholder i denne rapporten også sitt tidligere standpunkt om at en tvungen inngang til behandling, for eksempel gjennom såkalte «drug courts», ikke er et akseptabelt alternativ til avkriminalisering:

«The Commission reiterates its position in previous reports that drug courts are a conceptually flawed and insufficient approach. Drug treatment should be a matter for health professionals working in the health sector and should never involve the criminal justice system. Coercing people into treatment through the threat of a criminal sanction is wholly unethical and counterproductive.»¹³⁰

Når det gjelder sivilrettslige reaksjoner eller sanksjoner overfor personer som bruker eller besitter narkotika til erstatning for strafferettslige reaksjoner, fremholder GCDP at dette egentlig bare bidrar til å opprettholde forestillingen om bruk av narkotika som en umoralsk eller «sosialt uakseptabelt» handling som fremdeles må straffes. Kommisjonens anbefaling er derfor å fjerne enhver straffende reaksjon overfor personer som bruker narkotika:

«A number of countries have decriminalized drug possession and/or use. However, almost all rely on penalizing the user with civil sanctions. Thus, drug use is still unnecessarily deemed to be a socially unacceptable act that needs to be punished. The Commission advocates for a model of decriminalization that involves no punishment of people who use drugs. This must be the policy that countries strive to implement when reforming their drug laws, in recognition of their human rights obligations, and the need to uphold the principles of human dignity and the rule of law.»¹³¹

7.5.1.7 Drug Policy Futures

Det internasjonale ikke-statlige samarbeidet Drug Policy Futures,¹³² som blant annet de norske organisasjonene Actis og FORUT er tilknyttet, har tatt til orde for det som omtales som en tredje vei mellom ytterpunktene i internasjonal narkotikapolitikk, det vil si mellom angivelig krigføring mot narkotika og legalisering.¹³³ Drug Policy Futures har, på samme måte som UNODC, påpekt at konvensjonene ikke pålegger nasjonene å straffe bruk av narkotika (med fengselsstraff). Drug Policy Futures har formulert 13 anbefalinger om hva statene bør prioritere ved utformingen av narkotikapolitikk.¹³⁴

1. Reduce drug use prevalence
2. Invest in prevention
3. Mobilize communities
4. Prioritize early intervention and assistance to vulnerable groups
5. Prioritize screening and brief interventions
6. Offer treatment, rehabilitation, and harm-reduction alternatives
7. Foster reintegration of people who use drugs
8. Support self-help groups for drug users and people in recovery
9. Social programs = Effective drug policy programs
10. Support alternative development
11. Develop and implement alternatives to incarceration
12. Implement the principle of proportionality in sanctions
13. Focus on the special needs of women.»

¹²⁸ Global Commission on Drug Policy (2014).

¹²⁹ Global Commission on Drug Policy (2016).

¹³⁰ Global Commission on Drug Policy (2016) s. 20.

¹³¹ Global Commission on Drug Policy (2016) s. 17.

¹³² Drug Policy Futures (2019).

¹³³ Se Drug Policy Futures (2019b) s. 41.

¹³⁴ Se Drug Policy Futures (2019a) s. 46 flg.

7.5.1.8 *International Drug Policy Consortium*

Det internasjonale ikke-statlige samarbeidet International Drug Policy Consortium (IDPC), som blant annet de norske organisasjonene Foreningen for human narkotikapolitikk og Foreningen Tryggere Ruspolitikk er tilknyttet, har lagt vekt på nødvendigheten av å ta de utilsiktede negative konsekvensene av narkotikakontrollregimet på alvor. IDPC har lagt vekt på at narkotikapolitikken må innrettes på en måte som er egnet til å styrke bredere mål knyttet til helse, menneskerettigheter, utvikling, fred og sikkerhet, i tråd med FNs bærekraftsmål. Kriminalisering av personer som bruker narkotika, medfører at risikoer som denne gruppen er utsatt for, blir forsterket, og at kriminaliseringen skaper politiske og praktiske barrierer for å sørge for tilgjengelighet til helsetjenester, skadereduksjon og behandling for rusavhengighet. På dette grunnlaget har IDPC på vegne av sine medlemsorganisasjoner tatt til orde for at FN, og særlig UNODC og WHO, må innta en lederrolle for å fremme skadereduksjon og avkriminalisering av narkotikabruk samt besittelse av narkotika til egen bruk.¹³⁵

Den internasjonale ikke-statlige organisasjonen Human Rights Watch, som er medlem av IDPC, har uttalt at strafferettslige virkemidler i narkotikapolitikken har undergravd retten til helse og retten til privatliv, og har oppfordret statene til å avkriminalisere bruk og besittelse av narkotika.¹³⁶

7.5.2 Oppsummering av internasjonale anbefalinger og prinsipper for narkotikapolitikken

7.5.2.1 *Helseperspektivet*

Folkehelseperspektivet skal ligge til grunn for utviklingen av ruspolitikken. Det innebærer både å forebygge og redusere bruken i hele og i grupper av befolkningen og å redusere skadevirkningen av bruken gjennom lavterskeltjenester, adekvate behandlingstilbud til brukere av narko-

¹³⁵ International Drug Policy Consortium (2019a) s. 3.

¹³⁶ Human Rights Watch (udatert):

«[A]s Human Rights Watch has repeatedly documented, this approach to drug policy has had devastating human rights consequences: undermining the rights to health and privacy; serving as an excuse for grossly disproportionate punishment, torture, and extrajudicial killings; and fueling the operations of organized criminal groups that commit abuses, corrupt authorities, and undermine the rule of law.

Human Rights Watch calls on governments to decriminalize all personal use and possession of drugs.»

tika, rusbehandling og behandling for blodbårne sykdommer og virusinfeksjoner.

7.5.2.2 *Menneskerettighetsperspektivet*

Menneskerettighetsperspektivet står også sentralt i de fleste anbefalinger. Et hovedsiktemål er å forhindre brudd på menneskerettigheter som følger av kontrollpolitikken, som vilkårlig fengsling og uproporsjonale straffer for narkotikakriminalitet, herunder bruk og besittelse, og manglende tilgang til helsetjenester.

7.5.2.3 *Sammensatte utfordringer og sammensatte løsninger*

På bakgrunn av feltets kompleksitet anbefales en bred innsats knyttet til rusmiddelproblematikk. Dette innebærer involvering og koordinering av helse- og sosialsektoren samt alle andre deler av velferdssektoren, justissektoren og sivilsamfunnet.

7.5.2.4 *Avkriminalisering*

Det har de senere årene blitt økt oppmerksomhet i blant annet FN-systemet og sivilsamfunnet om de negative virkningene av strafflegging av bruk av narkotika og besittelse til egen bruk. Avkriminalisering av brukerne inngår ifølge svært mange internasjonale organisasjoner som del av en helhetlig og balansert narkotikapolitikk og beskrives som en nødvendig forutsetning for blant annet å redusere stigma og fremme helseperspektivet i narkotikapolitikken.

7.5.3 Anbefalinger om forebygging, behandling, rehabilitering og skadereduksjon

7.5.3.1 *UNODC og WHOs internasjonale standarder for forebygging*

I 2013 utarbeidet UNODC og WHO i samarbeid internasjonale standarder for forebygging av bruk av narkotika, som ble oppdatert i 2018.¹³⁷ Publikasjonen spenner fra forebyggende innsatser rettet mot gravide kvinner til forebyggende innsatser i skole, arbeidsliv, uteliv med videre.

Organisasjonene understreker at forebygging er en hovedbestanddel i en helseorientert tilnær-

¹³⁷ Fra 2018 foreligger en oppdatert annenutgave, som en «pre-editing and pre-publication version». Dokumentet skal oversettes til alle FNs offisielle språk. Se UNODC og WHO (2018b). Publikasjonen er utviklet med støtte fra norske myndigheter, se s. iii.

ming til ikke-medisinsk bruk av narkotika.¹³⁸ Publikasjonen peker på begrensninger i tilgjengelig forskningsdata, men fremhever forebyggende tiltak som understøttes av forskningsmessig belegg.¹³⁹

Det understrekes at forebygging ikke kan utvikles og gjennomføres isolert fra samfunnet for øvrig. Tiltakene må utvikles i en helhetlig helseorientert og balansert tilnærming, som omfatter (1) rettshåndhevelse og tiltak rettet mot å redusere tilbudet i det ulovlige markedet, (2) behandling av ruslidelser og (3) skadereduksjons tiltak.¹⁴⁰ Et hovedgrep i publikasjonen er å skille mellom fire ulike livsfaser i beskrivelsen av forebyggende tiltak: *spedbarn og små barn, barn, tidlig ungdom og ungdoms- og voksenlivet*.

I publikasjonens del III er det beskrevet hva som karakteriserer et effektivt forebyggings-system på nasjonalt nivå:

«An effective national drug prevention system delivers an integrated range of interventions and policies based on scientific evidence, in multiple settings, targeting relevant ages and levels of risk. This should come as no surprise given the complex interplay of factors that make children, youth and adults alike, vulnerable to substance use and other risky behaviours.»¹⁴¹

Et slikt integrert forebyggings-system med tilstrekkelig bredde må bygge på¹⁴²

- en støttende politikk og juridisk rammeverk
- vitenskapelig evidens og forskning
- koordinering av en rekke involverte sektorer og forvaltningsnivåer (helse- og sosialsektoren, skole, politi og påtalemyndighet, sivilsamfunnet med videre)
- opplæring, både av dem som skal fatte beslutninger, og av dem som skal utføre oppgavene
- en forpliktelse til å sørge for tilstrekkelige ressurser og vedlikehold av systemet over tid

Basert på en gjennomgang av 48 litteraturundersøkelser uttales det at korte intervensjoner¹⁴³ og motiverende intervju (IM) kan redusere rusmiddelbruk betraktelig.¹⁴⁴ Dette tiltaket er beskrevet

i publikasjonens del om forebygging for ungdom og voksne. Publikasjonen gjengir tidligere anbefalinger fra WHO om å tilby korte intervensjoner til personer som bruker cannabis eller stimulerende stoffer når slik bruk avdekkes, utenfor spesialisthelsetjenestene.¹⁴⁵ WHO har tidligere utarbeidet manualer og verktøy for screening og korte intervensjoner, som er omtalt i publikasjonen. Det er uttalt at det bør vurderes henvisning til spesialistbehandling for personer med vedvarende rusproblemer, og der korte intervensjoner ikke har effekt.

7.5.3.2 Anbefalinger om behandling og rehabilitering

UNODC og WHO lanserte et diskusjonsnotat i 2008 om prinsipper for behandling av rusavhengighet.¹⁴⁶ I 2017 har de lansert et utkast til internasjonale standarder for behandling av ruslidelser.¹⁴⁷

Publikasjonen lister opp tre mål for behandling:

1. redusere bruk av rusmidler og trangen til å bruke rusmidler
2. bedre helse- og velferdssituasjonen og sosial fungering for den enkelte
3. forebygge fremtidig skade ved å redusere risiko for komplikasjoner og tilbakefall

I tillegg fremholdes det at behandling av ruslidelser må:

1. være i samsvar med menneskerettighetserklæringen og FN-konvensjonene
2. fremme personlig autonomi
3. fremme individ- og samfunnsikkerhet

Videre settes det opp syv prinsipper for behandling:

1. Behandling må (faktisk) finnes, være tilgjengelig, attraktiv og tilpasset.
2. Det må sikres at etiske standarder implementeres i behandlingstilbudene.
3. Behandling av ruslidelser må fremmes gjennom en effektiv koordinering av tiltak og innsatser i strafferettssystemet og i helse- og velferdstjenestene.
4. Behandlingen må være evidensbasert og tilpasset spesifikke behov hos personer med ruslidelser.

¹³⁸ UNODC og WHO (2018b) s. 3.

¹³⁹ Se s. 4–6 om kunnskapsgrunnlaget og tilnærmingen.

¹⁴⁰ Se s. 4.

¹⁴¹ UNODC og WHO (2018b) s. 50.

¹⁴² Side 50.

¹⁴³ Engelsk: «brief interventions».

¹⁴⁴ Se 34–37.

¹⁴⁵ Engelsk: «non-specialized health care settings». Se s. 36.

¹⁴⁶ UNODC og WHO (2008).

¹⁴⁷ UNODC og WHO (2017).

5. Behandlingen må være tilpasset behovene til ulike grupper i befolkningen.
6. Det må sikres god styring av behandlingstilbud og programmer rettet mot personer med ruslidelser.
7. Innretningen av behandlingen, tjenester og prosedyrer må støtte en integrert tilnærming til behandling, og nødvendige koplinger til andre tjenesteleverandører må kontinuerlig monitoreres og evalueres.

Utvalget viser til selve publikasjonen for en mer detaljert beskrivelse av anbefalt innhold i behandlingstjenester for personer med ruslidelser.

7.5.3.3 Anbefalinger om skadereduksjon

WHO har følgende anbefalinger om skadereduserende tiltak overfor personer som injiserer narkotika, med utgangspunkt i forebygging av hiv-smitte:¹⁴⁸

- «– All people from key populations who inject drugs should have access to sterile injecting equipment through needle and syringe programmes.
- All people from key populations who are dependent on opioids should be offered and have access to opioid substitution therapy.

¹⁴⁸ WHO (2014).

- All people from key populations with harmful alcohol or other substance use should have access to evidence-based interventions, including brief psychosocial interventions involving assessment, specific feedback and advice.
- People likely to witness an opioid overdose should have access to naloxone¹⁴⁹ and be instructed in its use for emergency management of suspected opioid overdose.»

Slik utvalget vurderer det, har disse anbefalingene generell gyldighet med tanke på å forebygge ikke bare hiv-smitte, men også annen blodbåren smitte og for å forebygge og redusere overdosedødsfall og skadelig injeksjonspraksis som sådan.

WHO peker også på at skadereduserende tiltak overfor personer som bruker narkotika, men som ikke injiserer, også er av stor betydning:

«Harm reduction interventions for people who use drugs but who do not inject are also important. They should include evidence-based drug dependence treatment and provision of non-injecting drug use paraphernalia as appropriate to the local context and patterns of drug use.»

¹⁴⁹ Legemiddelet nalokson benyttes som motgift ved behandling av overdose og brukes internasjonalt av ambulansespersonell. I Norge deles nalokson ut i form av nesenspray til brukere av narkotika og andre som er kan være på steder der overdoser skjer, se Helsedirektoratet (2019c).

Kapittel 8

Straffebud mot narkotikalovbrudd

8.1 Innledning

I dette kapitlet beskrives gjeldende strafferettslig regulering av ulovlig befatning med narkotika, med vekt på befatning med narkotika til egen bruk. Fremstillingen av rettstilstanden i Norge (punkt 8.2) er disponert etter straffebudene i legemiddeloven, matloven og straffeloven. Deretter beskrives rettstilstanden i Danmark, Finland og Sverige (punkt 8.3) samt EU-lovgivning om narkotikalovbrudd på strafferettens område (punkt 8.4). I et eget vedlegg til teksten er det inntatt en sammenstilling av de øvre kvantumsangivelsene i retningslinjer for påtalemyndigheten om bruk av forelegg i straffesaker om befatning med narkotika til egen bruk i Norge, Finland, Sverige og Danmark.

8.2 Rettstilstanden i Norge

8.2.1 Legaldefinisjonen av «narkotika»

«Narkotika» er definert i narkotikaforskriften¹ § 3:

«§ 3. Definisjoner

Som narkotika regnes

- a) stoffer, grupper av stoffer, droger, planter og sopper som er oppført i narkotikalisten, jf. § 4
- b) salter, stereoisomere, estere og etere av stoffer og grupper av stoffer oppført på narkotikalisten, forutsatt at stoffene har, eller antas å ha, psykoaktiv effekt
- c) blandinger (flytende, i fast form eller i gassfase) med innhold som nevnt i bokstav a) eller b).

Med psykoaktiv effekt menes effekt på sentralnervesystemet i form av stimulering eller nedstemthet med minst én av følgende virkninger: hallusinasjoner, forstyrrelser i motoriske funk-

sjoner, tenkning, adferd, oppfattelse eller sinnstemning.

Med blandinger menes oppløsninger, fortyninger, ekstrakter, konsentrater, tinkturer og produkter av enhver art, herunder farmasøytiske preparater, samt bearbejdede former av de aktuelle stoffer, droger, planter og sopper, forutsatt at bearbejdelsen ikke fører til en kjemisk endring av stoffene.»

Som det fremgår av bestemmelsens første ledd, er innholdet i den såkalte narkotikalisten, som gjelder som en del av narkotikaforskriften, jf. § 4, avgjørende for definisjonens avgrensning. Narkotikalisten inneholdt per november 2019 til sammen 571 stoffer, droger, planter eller sopper, som dermed omfattes av definisjonen av narkotika. I tillegg angis elleve *grupper* av kjemiske forbindelser som også skal regnes som narkotika. Myndigheten til å fastsette innholdet i narkotikalisten er delegert til Statens legemiddelverk.²

I henhold til narkotikaforskriften § 4 annet ledd første punktum *skal* narkotikalisten inneholde «de stoffer, planter og droger som kommer inn under Den alminnelige narkotikakonvensjon 30. mars 1961 eller Konvensjon om psykotrope stoffer 21. februar 1971». Det vises til nærmere omtale av disse konvensjonene i kapittel 7. I tillegg *kan* stoffer, grupper av stoffer, droger, planter og sopper oppføres «dersom de har, eller antas å ha, lignende effekt som de stoffer, planter og droger som kommer inn under konvensjonene», jf. annet punktum.

Som for enhver annen legaldefinisjon er det legitimt å stille spørsmål ved om den gjeldende definisjonen av «narkotika» er hensiktsmessig utformet. Sett fra en medisinskfaglig synsvinkel omfatter det juridiske narkotikabegrepet substanser med svært ulike farmakologiske egenskaper og er betydelig mer omfattende enn den tradisjo-

¹ Forskrift 14. februar 2013 nr. 199 om narkotika, hjemlet i legemiddeloven § 22.

² Forskrift 5. mars 2013 nr. 1461 om delegering av departementets myndighet til Statens legemiddelverk etter narkotikaforskriften.

nelle forståelsen av narkotika, som begrenser seg til morfinlignende bedøvende midler.³ Det er påpekt at samlebegrepet «narkotika» i mange sammenhenger er upresist, og at en av denne grunn heller bør bruke mer presise betegnelser knyttet til substansene som omtales (opioider, benzodiazepiner og så videre) samt et mer nøytralt og presist samlebegrep som «rusmidler».⁴

Det ligger utenfor utvalgets mandat å ta stilling til om den gjeldende legaldefinisjonen av narkotika, som har direkte betydning for en lang rekke andre bestemmelser enn dagens forbud mot narkotikabruk og befatning med narkotika til egen bruk, bør endres.

8.2.2 Straffansvar for bruk og besittelse etter legemiddeloven

Legemiddeloven § 24 første ledd forbyr «uten lovlig adkomst å være i besittelse av eller å bruke narkotika og å skaffe seg adgang til å få kjøpt slike varer under falske opplysninger, f.eks. om navn, bosted, sykdom eller sykdomstegn».

Med hjemmel i legemiddeloven § 22 annet ledd er det dessuten i narkotikaforskriften § 5 innført et forbud mot «[t]ilvirkning, anskaffelse, omsetning, innførsel, utførsel, oppbevaring, besittelse og bruk av narkotika oppført i narkotikalistens med henvisning til denne bestemmelsen». Denne bestemmelsen har ikke praktisk betydning i straffesaker om befatning med narkotika, ettersom de strengere bestemmelsene i legemiddeloven § 24 og straffeloven § 231 (omtalt nedenfor) kommer til anvendelse.

Overtredelse av legemiddelovens bestemmelser, eller forskrifter, forbud eller påbud som er gitt med hjemmel i loven, straffes med bøter eller fengsel i inntil 3 måneder, eller begge deler, jf. lovens § 31 første ledd. Besittelse og bruk av narkotika, jf. § 24 første ledd, straffes med bøter eller fengsel inntil 6 måneder, eller begge deler, jf. § 31 annet ledd.

Mens det er nokså selvforklarende hva det vil si å bruke narkotika, kan uttrykket *besittelse* volde noe tolkningstvil, først og fremst når det gjelder grensedragningen mot *oppbevaring*, som rammes av straffeloven § 231 (omtalt nedenfor).

Grensedragningen har for det første et intensjonsaspekt: Innehavet regnes som besittelse bare dersom rusmiddelet er *til personens egen bruk*.

Dersom stoffet ikke er til egen bruk, men for eksempel beregnet på videresalg, anses forholdet som oppbevaring.⁵

For det andre har grensedragningen et mengdeaspekt. I Ot.prp. nr. 23 (1983–84) er grensedragningen beskrevet slik:

«Besittelse til forskjell fra oppbevaring, vil først og fremst forekomme i samband med den rene bruk og bør ses i sammenheng med dette. I de tilfelle hvor vedkommende blir tatt med en større mengde narkotika, vil dette i praksis bli sett på som oppbevaring, og dermed rammes det av straffeloven.»⁶

Det er blitt lagt til grunn av riksadvokaten at grensen normalt går ved én til to brukerdoser.⁷ Mengdeaspektet kommer i praksis også til uttrykk i bøtesatser i politidistriktenes påtaledirektiver. For eksempel er det i direktivet for Oslo politidistrikt, som er gjengitt i kapittel 10, angitt en bøtesats for *besittelse* av cannabis som får anvendelse på mengder på inntil 2 gram. Satsene som er angitt for cannabismengder utover dette er derimot beskrevet som bøtesatser for *oppbevaring*.

For det tredje har grensedragningen et tidsaspekt, som er beslektet med mengdeaspektet. Innehav over lengre tid vil kunne regnes som oppbevaring, selv om det er på det rene at narkotikaen er til personens egen bruk. I Ot.prp. nr. 23 (1983–84) er det uttalt at legemiddeloven omfatter «den rent midlertidige besittelse av den type som normalt er forbundet med bruk» (utvalgets utheving).⁸ I Rt. 2005 s. 1319 ble det uttalt at mengden som saken gjaldt (13,14 gram hasj) var «klart meir enn det som kan reknast å vere til eigen bruk på heilt kort sikt» (utvalgets utheving).⁹ Forholdet ble ansett som oppbevaring etter straffeloven § 231 første ledd, og ikke besittelse etter legemiddeloven § 24 første ledd.

Uaktsom overtrødelse av legemiddeloven er straffbart, jf. § 31 første ledd. Erfaringsmessig påtales langt færre uaktsomme overtrødelsler enn forsettligge overtrødelsler. Et nylig eksempel på uaktsomhetsansvar finnes i en avgjørelse fra Eidsivating lagmannsrett fra 2018.¹⁰ Politiet var blitt vars-

³ Westin mfl. (2011) s. 1574–1575.

⁴ Westin mfl. (2011) s. 1574–1575, med videre henvisning til World Health Organization, *Lexicon of alcohol and drug terms*.

⁵ Rt. 2010 s. 449, avsnitt 10. Se også riksadvokatens rundskriv nr. 2/2014, s. 4.

⁶ Ot.prp. nr. 23 (1983–84) s. 14.

⁷ Riksadvokatens rundskriv nr. 1/1998, del IV.

⁸ Ot.prp. nr. 23 (1983–84) s. 28.

⁹ Rt. 2005 s. 1319, avsnitt 14.

¹⁰ Dom avsagt 14. desember 2018 (LE-2018-104344). Skyldspørsmålet om bruk av narkotika var rettskraftig avgjort i tingrettens dom.

let om at en person hadde blitt utsatt for vold av sin samboer og derfor hadde flyktet med bil fra stedet. En blodprøve av kvinnen avdekket at hun hadde alkohol og MDMA (ecstasy) i blodet. På grunn av voldssituasjonen ble hun frikjent for å ha kjørt bil i ruspåvirket tilstand, jf. straffeloven § 17 om nødrett. Hun ble imidlertid idømt en bot på kr 5 000 for overtredelse av legemiddeloven § 31 annet ledd, jf. § 24 første ledd. Selv om hun benektet å ha tatt MDMA, ble det ansett som bevist utover enhver rimelig tvil at hun hadde inntatt stoffet, og at hun «i det minste var uaktsom i så måte».

Forsøk, for eksempel besittelse og bruk av knust kritt eller kalk i den tro at det var kokain, straffes som fullbyrdet overtredelse, jf. § 31 siste ledd. Medvirkning til besittelse eller bruk, for eksempel ved positivt å tilskynde en annen til å prøve narkotika, er straffbart etter straffeloven § 15. Bestemmelsen om strafferettslig medvirkningsansvar må imidlertid tolkes innskrenkende i lys av den alminnelige rettsstridsbegrensingen og blant annet enhvers rett til ytringsfrihet, jf. Grunnloven § 100.¹¹

Straffereaksjonen ved overtredelse av legemiddeloven § 31 annet ledd, jf. § 24 første ledd, er som regel bot¹² eller påtaleunnlattelse på vilkår som er nærmere beskrevet i utredningens kapittel 10 om bruk av strafferettslige reaksjoner.

Den største praktiske betydningen av hevingen av maksimumsstraffen for narkotikalovbrudd etter § 31 annet ledd fra lovens hovedregel om 3 måneders fengselsstraff til 6 måneder må antas å være at lovbruddets øvre strafferamme derved oppfyller vilkårene for en rekke tvangsmidler hjemlet i straffeprosesslovens fjerde del, herunder pågrepelse og varetektsfengsling.¹³ Behovet for å kunne pågripe og varetektsfengsle i mindre alvorlige narkotikasaker har vært omtalt i forbindelse med behandlingen av de alminnelige vilkårene for varetektsfengsling, se blant annet Ot.prp. nr. 53 (1983–84) *Om lov om ikraftsetting og endring av den nye straffeprosesslov m.m.*, s. 21. Tilgjengelige straffeprosessuelle tvangsmidler i narkotikasaker er omtalt i kapittel 9 om straffeprosessuelle tvangsmidler i narkotikasaker.

¹¹ Se Matningsdal (2019) kommentar 3.8 til straffeloven § 15.

¹² Jf. Riksadvokatens rundskriv nr. 2/2014, s. 7.

¹³ Etter straffeprosessloven § 171 kreves det for pågrepelse at den straffbare handlingen kan medføre *høyere straff enn fengsel i 6 måneder*. Dette vilkåret er oppfylt dersom forholdet kan føre til fengsel i *inntil 6 måneder*, dersom det er uttrykkelig fastsatt at det i tillegg til fengselsstraffen kan idømmes en bot, slik tilfellet er etter § 31 annet ledd, se blant annet Høyesteretts kjæremålsutvalgs kjennelse inntatt i Rt. 2006 s. 65.

8.2.3 Straffritak for bruk og besittelse av én brukerdose i brukerrrom

Brukerromsloven¹⁴ § 4 etablerer et begrenset straffritak for bruk og besittelse av narkotika til egen bruk. Bestemmelsen slår også fast at de ansattes rådgivning til personer som skal innta narkotika i brukerrrom, for eksempel om hvor og hvordan en injeksjon bør gjøres, er lovlig:

«§ 4. Bruk av brukerromsordningen

Den som med lovlig adgang til en godkjent brukerromsordning

- a) inntar narkotika i ordningens injiseringsrom eller inhaleringsrom, eller
- b) besitter en brukerdose narkotika til eget bruk i brukerromsordningens lokaler eller tilstøtende behandlingsrom, kan ikke straffes for dette etter legemiddeloven § 31, jf. § 24 første ledd.

Det er tillatt for personalet i brukerromsordningen å gi brukerne individuell og konkret rådgivning i forbindelse med inntak av narkotika i injiseringsrommet og inhaleringsrommet.»

Straffritaket må ses i sammenheng med brukerrommens formål, slik dette kommer til uttrykk i lovens formålsbestemmelse, se § 1 annet ledd:

«Brukerromsordningen skal bidra til økt verdighet for mennesker med langvarig narkotikavhengighet ved å tilby hygieniske rammer for injisering av narkotika og motivere for mer skånsomme inntaksmåter. Videre skal brukerromsordningen bidra til økt helsemessig trygghet, blant annet forebygge infeksjoner og smitte og gi raskere hjelp ved overdoser, gjennom tilstedeværelse og tilsyn av helsepersonell. Formålet er også å bidra til økt mulighet for kontakt og samtaler mellom den enkelte bruker og hjelpeapparatet med sikte på tverrfaglig oppfølging og behandling.»

Dersom ordlyden i brukerromsloven § 4 tas strengt på ordet, kan besittelse *utenfor, men i umiddelbar nærhet av brukerrommets lokaler* ikke anses omfattet av straffriheten. I forbindelse med ikrafttredelsen av sprøyteromsordningen fra 1. februar 2005 ga imidlertid riksadvokaten retningslinjer for påtalemyndighetens arbeid, hvor det blant annet ble påpekt at politiet må respektere intensjonen bak opprettelsen av sprøyterom:

¹⁴ Lov 2. juli 2004 nr. 64 om ordning med brukerrom for inntak av narkotika.

«Selv om oppbevaring av en brukerdose heroin er straffbart umiddelbart utenfor sprøyterommet, ville det være illojalt om politiet rutinemessig tok oppstilling utenfor slike steder for derved å kunne ransake personer på vei inn. På den annen side skal det selvsagt ikke være nok til straffrihet at man hevder å 'være på vei til sprøyterommet'.

Det er etter riksadvokatens skjønn ikke mulig å gi presise generelle, retningslinjer som skal gjelde i alle byer hvor det etableres sprøyterom. Politimesteren må sørge for at operativt personell får de nødvendige direktiver basert på de lokale forhold til enhver tid.»¹⁵

Det er antatt i forarbeidene at en bruker straffritt kan medvirke til en annen brukers injeksjon.¹⁶ Når det gjelder ansattes konkrete rådgivning til brukerne, følger det som nevnt av brukerromsloven § 4 annet ledd at dette ikke bare er straffritt, men tillatt og lovlig. Se også beskrivelse av brukerromsordningen (tidligere kalt sprøyterom) i kapittel 3 og 5.

8.2.4 Straffansvar etter matloven, jf. forskrift om såvarer

Innførsel og omsetning av frø som inneholder narkotiske stoffer, eller som stammer fra plante som inneholder narkotiske stoffer, er straffbart etter matloven § 28, jf. forskrift om såvarer § 39, jf. § 28. *Innehav* av frøene rammes derimot ikke av straffebudet.¹⁷ Strafferammen er bøter eller fengsel i inntil 1 år, eller begge deler. Under særlig skjerpene omsetninger kan fengsel i inntil 2 år anvendes.

Straffebudets praktiske anvendelsesområde i norske domstoler er saker der domfelte har anskaffet cannabisfrø, eventuelt i kombinasjon med straffeloven § 231, som strafflegger tilvirkning og oppbevaring av cannabisplanter, se omtale av denne bestemmelsen nedenfor. For sammenhengens skyld påpekes det at oppføringen av cannabis på narkotikalistene, omtalt i punkt 8.2.1 ovenfor, ikke omfatter frøene, såfremt de

¹⁵ Retningslinje fra Riksadvokaten 22. desember 2004.

¹⁶ Departementets valg om ikke å la dette straffritaket for medvirkning fremgå uttrykkelig av lovteksten har vært gjenstand for kritikk, se Andorsen (2009).

¹⁷ Dom avsagt 20. februar 2013 av Hålogaland lagmannsrett, inntatt i RG 2013 s. 388. Tiltalens gjerningsbeskrivelse var at tiltalte «hadde» tolv cannabisfrø. Lagmannsretten fant det klart at tiltalte ikke på dette grunnlag kunne straffes for *innføring* eller *omsetning* av frøene.

ikke inneholder stoffet tetrahydrocannabinolum (THC).¹⁸

Nylig underrettspraksis er beskrevet i en dom avsagt av Inntrøndelag tingrett fra 2016,¹⁹ som gjaldt innførsel av 34 stk. cannabisfrø via brevpost fra Nederland:

«Det foreligger lite rettspraksis som gjelder innførsel av cannabisfrø. Påtalemyndigheten har vist til en dom fra Øst-Finnmark tingrett – TOSFI-2013-151825 som gjaldt innføring av 74 cannabisfrø, samt besittelse av 2 kapsler inneholdende dopingmidler. Retten kom til at straffen skulle settes til betinget fengsel i 30 dager med en prøvetid på 2 år.

I avgjørelsen er det vist til to upubliserte underrettsavgjørelser. Den første avgjørelsen er en tilståelsesdom fra Oslo tingrett av 18. juni 2013 hvor det ble ilagt 14 dager betinget fengsel for innførsel av 10 cannabisfrø. Den andre avgjørelsen er en tilståelsesdom fra Øst-Finnmark tingrett av 20. februar 2012 hvor det ble ilagt 14 dager betinget fengsel for innførsel av 30 cannabisfrø fra Nederland til Norge.»

8.2.5 Straffansvar etter straffeloven

Straffeloven § 231, som er inntatt i lovens kapittel om vern av folkehelsen og det ytre miljø, forbyr tilvirkning, innførsel, utførsel, erverv, oppbevaring, sending og overdragelse av narkotika.

Straffebudet kommer i praksis til anvendelse både for personer som har befatning med narkotika utelukkende til egen bruk, og personer som det er mer naturlig å betegne som selgere og distributører. I tråd med utvalgets mandat retter fremstillingen i det følgende seg særlig mot de delene av straffebudets gjerningsbeskrivelse som anses mest relevante i tilfeller av befatning med narkotika til egen bruk, nemlig tilvirkning, innførsel, erverv og oppbevaring.

Tilvirkning omfatter, slik det er uttrykt i en kommentarutgave til straffeloven, «enhver fremstilling eller produksjon av narkotika – både ved dyrking og ved kjemisk fremstilling».²⁰ Befatning med cannabisfrø og relevant utstyr med sikte på dyrking av cannabis kan medføre straff for forsøk på tilvirkning, jf. straffeloven § 16.²¹ Ved straffutmåling for produksjon av cannabis tas det utgangspunkt i

¹⁸ Fra narkotikalistene: «Med cannabis menes de overjordiske deler av alle vekster av slekten cannabis (unntatt frøene), hvis harpiksen ikke er ekstrahert.»

¹⁹ Dom avsagt 6. april 2016 (TINTR-2016-17254).

²⁰ Matningsdal (2019) merknad 4 til § 231.

produksjonsanleggets kapasitet, under en normal betraktning om at hver plante ville gitt 30–40 gram tørket marihuana (primært toppskudd) med en THC-konsentrasjon på omkring 7 prosent.²²

Innførsel omfatter det å transportere narkotika over en riksgrense. I nyere tid har bestemmelsen blant annet kommet til anvendelse på kjøp av narkotika til egen bruk via Internett som leveres med postforsendelse fra utlandet.²³

Ordet *erverv* ble tatt i bruk ved en redaksjonell endring, det vil si uten noen tilsiktet realitetsendring, i forbindelse med omorganiseringen av narkotikastraffebudene i legemiddeloven og straffeloven i 1984.²⁴ Uttrykket *omsetning* i den tidligere legemiddeloven § 43 ble erstattet med de to mer presise uttrykkene *erverver* og *overdrar*. «Erverv» anses i dag å omfatte enhver form for mottak til eie av narkotika fra andre, inkludert egenmektig tilegnelse gjennom for eksempel ran.²⁵ Ettersom legemiddeloven § 24 ikke rammer erverv, og § 231 ikke oppstiller noen nedre grense for mengden av stoff som erverves, vil også erverv av en liten mengde narkotika utelukkende tiltenkt egen bruk rammes av § 231.

Oppbevaring etter § 231 avgrenses nedad mot *besittelse* i den mildere bestemmelsen i legemiddeloven § 31, jf. § 24, se omtale av denne grensedragningen ovenfor. Innehav av narkotika som går utover det som regnes som besittelse, er å anse som oppbevaring etter § 231, også dersom narkotikaen utelukkende er ment til egen bruk.²⁶ Det ligger i sakens natur at stoff som ulovlig besittes eller oppbevares av domfelte, ofte også er blitt

ulovlig ervervet forut for innehavet. Det kan på denne måten ilegges straff for to lovbrudd knyttet til det samme partiet narkotika i tilknytning til egen bruk.²⁷

Strafferammen for forsettlig overtredelse av § 231 er bot eller inntil 2 års fengsel. Medvirkning til og forsøk på overtredelse er straffbart med samme strafferamme, jf. straffeloven §§ 15 og 16. Uaktsom overtredelse straffes med bot eller inntil 1 års fengsel, jf. § 231 annet ledd.

Ved subsumsjon og straffutmåling i narkotikasaker står stoffets art og mengde helt sentralt, og etableringen av straffenivå for et bestemt narkotikum gjøres først og fremst ut fra farlighetsgraden. Vurderingen av farlighetsgraden av det enkelte stoffet skal ifølge Høyesterett i prinsippet skje «basert på den til enhver tid tilgjengelige fagkunnskap. Det må åpenbart være riktig å ta hensyn ikke bare til rusvirkningen; det må også legges vekt på tilvenningsfare, fare for alvorlige sykdommer og andre negative konsekvenser av bruk».²⁸ Et eksempel på at faregraden justeres over tid, finnes i en dom avsagt i 2017, der Høyesterett kom til at LSD, vurdert på grunnlag av ny tilgjengelig kunnskap, måtte anses å ha en lavere farlighetsgrad enn det som var lagt til grunn i tidligere rettspraksis, og at dette innebar et lavere straffenivå.²⁹ For å oppnå ensartethet og likebehandling ved straffutmåling i narkotikasaker er det naturlig å sammenligne med straffenivået for andre stoffer gjennom en beregning av sammenlignbare rusdoser gitt tilgjengelig kunnskap om styrke og normal konsentrasjon.³⁰

Ved overtredelser av straffeloven § 231 knyttet til egen bruk av narkotika er forelegg en praktisk viktig reaksjonsform. Riksadvokaten har fastsatt nærmere retningslinjer for avgjørelsen av slike

²¹ Se for eksempel Frostating lagmannsretts dom avsagt 29. november 2018 (LF-2018-163689), hvor det ble idømt en bot på kr 4 000 for forsøk på tilvirkning av cannabis. Domfelte, som opplyste at han brukte cannabis hver dag og ønsket å dyrke selv, slik at han slapp å kjøpe fra andre, hadde erkjent eierskap til frø og utstyr, og at hensikten var å tilvirke cannabis.

²² Se Høyesteretts dom avsagt 16. mars 2016 (HR-2016-592-A) avsnitt 20.

²³ Et eksempel på domfellelse for innførsel til egen bruk finnes i Høyesteretts dom avsagt 4. september 2017 (HR-2017-1674-A). Domfelte hadde bestilt to postforsendelser inneholdende totalt 13 125 mikrogram LSD fra utlandet gjennom Internett. Høyesterett la til grunn at mengden tilsvarende 131 rusdoser, og straffen ble satt til samfunnsstraff i 45 timer med en gjennomføringstid på 100 dager, subsidiært fengsel i 45 dager.

²⁴ Se NOU 1982: 25 s. 41 og Ot.prp. nr. 23 (1983–84) s. 28.

²⁵ Se Matningsdal (2019) kommentar 6 til § 231 og Rt. 2009 s. 1531.

²⁶ Eksempler på domfellelse for oppbevaring av narkotika til egen bruk er Borgarting lagmannsretts dom LB-2012-6559, der det ble idømt 30 dagers fengsel for oppbevaring av 2 gram heroin, og Oslo tingretts dom avsagt 14. august 2018, der det ble idømt 36 dagers fengselsstraff for oppbevaring av 2,81 gram heroin.

²⁷ Se for eksempel Hålogaland lagmannsretts dom avsagt 18. mars 2011 (LH-2010-203403), som gjaldt *erverv* av 15 gram hasj og *oppbevaring* av 14,5 gram hasj av det ervervede partiet. Domfelte hadde helseplager og oppga at han foretrakk å bruke hasj til smertelindring fremfor Tramadol, som var utskrevet av lege. Domfelte forklarte at Tramadol gjorde ham apatisk, usosial og sløv, og den ga ham abstinenser. Lagmannsretten la til grunn at

«selvmedisinering ved bruk av ulovlige narkotiske stoffer ikke er akseptert. Behovet for og hensiktsmessigheten ved det domfelte oppfatter som selvmedisinering er også noe usikkert, idet bruken av hasj etter det opplyste kommer i tillegg til bruken av Tramadol. De allmennpreventive hensyn taler i dette tilfellet med styrke for at det reageres med fengselsstraff».

Straffen ble fastsatt til 21 dager betinget fengsel, blant annet under henvisning til at personen også tidligere var dømt for narkotikalovbrudd.

²⁸ Rt. 2009 s. 1394, avsnitt 26.

²⁹ Se HR-2017-1674-A, sammenholdt med Rt. 1999 s. 973.

³⁰ Se Rt. 2012 s. 1316, avsnitt 15 og 16.

saker med forelegg, herunder øvre mengdebegrensninger for ulike typer stoffer. Dette er omtalt i kapittel 10.

Mer alvorlige narkotikalovbrudd ligger utenfor utvalgets mandat. For sammenhengens skyld skal det likevel kort nevnes at straffeloven § 232 fastsetter høyere strafferammer for tre grader av forsettlig *grov narkotikaovertrødelse*, som kan medføre fengsel i inntil 10 år (grov narkotikaovertrødelse, jf. første ledd), 15 år (overtrødelse som gjelder en meget betydelig mengde, jf. annet ledd første punktum) eller 21 år (overtrødelse begått under særdeles skjerpene omstendigheter, jf. annet ledd annet punktum). Strafferammen for *uaktsom grov narkotikaovertrødelse* er fengsel i inntil 6 år, jf. § 232 tredje ledd.

8.3 Rettstilstanden i Danmark, Finland og Sverige

8.3.1 Danmark

8.3.1.1 Den straffbare handlingen

Lov om euforiserende stoffer (lovbekentgørelse af 13. juni 2016) §§ 1 og 2 forbyr befatning uten lovlig adgang med visse typer stoffer som fastsettes nærmere av departementet. Gjerningsbeskrivelsen for ulovlig befatning rammer «ind- og udførsel, salg, køb, udlevering, modtagelse, fremstilling, forarbejdning og besiddelse». Bruk av stoffene er altså ikke nevnt i gjerningsbeskrivelsen, men innehav til egen bruk straffes etter bestemmelsen.

Alvorligere narkotikalovbrudd knyttet til omsetning av narkotika til et større antall personer, eller mot betydelig vederlag eller under andre særlig skjerpene omstendigheter, straffes etter straffeloven § 191.³¹ Straffebudet oppstiller en strafferamme på inntil 10 års fengsel. Strafferammen er hevet til 16 års fengsel hvis det er tale om en betydelig mengde særlig farlig eller skadelig stoff, eller overdragelsen i øvrig har en særlig farlig karakter.

8.3.1.2 Stofindtagelsesrum (brukerrom)

Stofindtagelsesrum (brukerrom) reguleres av bekendtgørelse om stofindtagelsesrum (bekendtgørelse nr. 972 af 28. juni 2016). Lov om euforiserende

rende stoffer inneholder ikke egne bestemmelser om straffrihet for lovlige brukere av *stofindtagelsesrum* (brukerrom), men det følger av forarbeidene til loven og instruks fra Rigsadvokaten at politiet ikke skal forfølge innehav i og i umiddelbar nærhet av slike rom.³²

Ordningen gjelder for «personer på 18 år eller derover med en sterk afhængighed som følge af et længere og vedvarende misbrug af euforiserende stoffer», jf. bekendtgørelse om stofindtagelsesrum § 1. Rigsadvokaten har uttalt følgende vedrørende det geografiske omfanget hvor slik besittelse ikke skal forfølges:

«Det er Rigsadvokatens vurdering, at 'i umiddelbar nærhed' som udgangspunkt må omfatte (en del af) gaden, hvor stofindtagelsesrummet er beliggende, samt de umiddelbart tilstødende gader.

Med henblik på at sikre ensartethed i politiets håndhævelse i relation til det enkelte stofindtagelsesrum vil det kunne være hensigtsmæssigt, at politiet lokalt foretager en nærmere afgrænsning af det område i umiddelbar nærhed af stofindtagelsesrummet, hvor forbuddet mod besiddelse af euforiserende stoffer til eget forbrug under visse omstændigheder ikke vil blive håndhævet af politiet.»³³

8.3.1.3 Strafferettslige reaksjoner på ulovlig befatning med narkotika til egen bruk

Lov om euforiserende stoffer § 3 første ledd lyder:

«Overtrødelse af denne lov eller de i medfør af den udfærdigede forskrifter straffes med bøde eller fængsel indtil 2 år. Ved udmåling af straffen, herunder ved fastsættelse af bøder, skal der lægges vægt på skadevirkningerne af de pågældende stoffer. Advarsel kan i almindelighed ikke meddeles, medmindre sociale forhold taler for at meddele en advarsel og besiddelsen af stoffet er udslag af en sterk afhængighed som følge af et længere og vedvarende misbrug af euforiserende stoffer. [...]»

Se også omtale av erfaringene med advarselsordningen i Danmark i kapittel 6. Som det fremgår der, synes ordningen å ha blitt nokså lite brukt i praksis.

Rigsadvokaten har gitt retningslinjer for subsumsjonen og reaksjonsfastsettelsen i narkotika-

³¹ Rigsadvokaten har gitt blant annet følgende eksempler på stoffmengder som i utgangspunktet bør anses omfattet av straffeloven § 191: ca. 10 kg hasj, ca. 25 gram heroin, ca. 50 gram amfetamin, ca. 150–200 tabletter ecstasy. Se Rigsadvokatmeddelelsen, Narkotika, avsnitt 4.

³² Rigsadvokatmeddelelsen, Narkotika, avsnitt 2.2.

³³ Rigsadvokatmeddelelsen, Narkotika, avsnitt 2.2.

Tabell 8.1 Øvre grense for formodning om at stoffet er til egen bruk fastsatt i Rigsadvokatmeddelelsen (Skema 1)

Hash	10 gram
Marihuana	50 gram
Hampeplanter	100 gram
Khat	3 kilo
Heroin/Kokain/Morfinbase	0,2 gram
Råopium	1,0 gram
Amfetamin	0,5 gram
Cannabinol/Hasholie	1,0 gram
Lægemedletabletter	10 stk.
Morfinpiller	5 stk.
Ecstasypiller	1-2 stk.

saker i Rigsadvokatmeddelelsen (instruks til påtalemyndigheten). Som i Norge har det stor betydning hvorvidt rusmidlene anses å være til mistenktes egen bruk eller for videresalg. Normalreaksjonen ved besittelse til egen bruk er bøter, mens det som en klar hovedregel reageres med frihetsstraff i saker om besittelse med sikte på videresalg.³⁴ Retningslinjene for vurderingen av om stoff i mistenktes besittelse er til egen bruk, hitsettes.³⁵

«Når en person finnes i besiddelse af euforiserende stoffer, skal det overvejes, om der er tale om besiddelse af euforiserende stoffer til eget forbrug, eller besiddelse af euforiserende stoffer med henblik på videreoverdragelse, herunder videresalg.

Det beror på en konkret vurdering, om de euforiserende stoffer, som en person findes i besiddelse af, er bestemt til eget forbrug. Ved denne vurdering spiller mængden en stor rolle, og større kvanta kan almindeligvis ikke anses for bestemt til eget forbrug.

Skema 1: Mængder indtil det angivne anses som udgangspunkt som bestemt til eget forbrug [se tabell 8.1].

De i skema 1 anførte mængder er ikke udtryk for en absolut grænse, som i sig selv er eneafgørende for vurderingen af, om der er tale

om besiddelse af euforiserende stoffer til eget forbrug.

Der kan eksempelvis være konkrete omstændigheder, som indikerer, at besiddelse af mindre mængder euforiserende stoffer end de ovenfor angivne er bestemt til videreoverdragelse. Eksempler på sådanne omstændigheder kunne være, at:

- Den mængde euforiserende stoffer, som den sigtede er i besiddelse af, er opdelt i mindre portioner, herunder i pakker forberedt til salg,
- den sigtede er i besiddelse af værktøj (vægt mv.) til opvejning af små mængder narkotika,
- den sigtede er i besiddelse af genstande til opbevaring af mindre portioner stof (eksempelvis 'pølsemandsposer'),
- den sigtede er i besiddelse af et regnskab, der kan antages at kunne henføres til gennemførte salg af euforiserende stoffer,
- den sigtede er i besiddelse af et sortiment af flere forskellige typer stof,
- den sigtede findes i besiddelse af euforiserende stoffer (eksempelvis små opdelte mængder narkotika, herunder eventuelt sammen med et større pengebeløb) på et sted, hvor der normalt foregår salg af euforiserende stoffer, eller
- den sigtede findes i besiddelse af større kontantbeløb, der ikke står i rimeligt forhold til den sigtedes indkomst.»

Som det fremgår av det siterte, tjener mengdeangivelsene som en fravikelig faktisk presumsjon til mistenktes fordel og ikke som en øvre grense for hva som skal anses å være til eget forbruk. I Rigsadvokatmeddelelsen er det også fastsatt bøtesatser for innehav av ulike typer og mengdeintervaller av narkotika til egen bruk. Ved innehav av stoff til egen bruk som overskrider det største mengdeintervallet fastsatt i tabellen, skal det som utgangspunkt reageres med frihetsstraff. Fra Rigsadvokatmeddelelsen hitsettes.³⁶

«De forhøjede bøder i gentagelsestilfælde anvendes således, at gentagelsesvirkningen indtræder i forhold til *alle tidligere afgørelser* efter lov om euforiserende stoffer og straffelovens § 191, uanset hvilket stof den tidligere afgørelse vedrørte, uanset om den tidligere sag vedrørte besiddelse eller videresalg mv., og uafhængigt af, om den tidligere sag er afgjort

³⁴ Rigsadvokatmeddelelsen, Narkotika, avsnitt 5.

³⁵ Rigsadvokatmeddelelsen, Narkotika, avsnitt 4.1.

³⁶ Rigsadvokatmeddelelsen, Narkotika, avsnitt 5.1.

Tabell 8.2 Utdrag fra bøtesatser fastsatt i Rigsadvokatmeddelelsen for saker om besittelse av narkotika til egen bruk (Skema 4):

Stofnavn	Stofmengde ¹	1. gangstiltfelde	2. gangstiltfelde (+ 50 pct.)	3. gangstiltfelde og senere (+ 100 pct.)
Hash	50–99,9 gram	5 000 kr	7 500 kr	10 000 kr
Marihuana	250–499,9 gram	5 000 kr	7 500 kr	10 000 kr
Hampeplanter	250–999,9 gram	5 000 kr	7 500 kr	10 000 kr
Khat	2.000–2.999 gram	5 000 kr	7 500 kr	10 000 kr
Heroin	3–4,9 gram	8 000 kr	12 000 kr	16 000 kr
LSD	20–49 dosis	8 000 kr	12 000 kr	16 000 kr
Amfetamin	3–4,9 gram	8 000 kr	12 000 kr	16 000 kr
Kokain	3–4,9 gram	8 000 kr	12 000 kr	16 000 kr
Ecstasy	12–19 tabletter	8 000 kr	12 000 kr	16 000 kr
Morfinbase og klorid	3–4,9 gram	8 000 kr	12 000 kr	16 000 kr
Morfinpille	30–49 tabletter	8 000 kr	12 000 kr	16 000 kr
Råopium	3–4,9 gram	8 000 kr	12 000 kr	16 000 kr
Lægemidler bl.a. Stesolid, Metadon og Ketogan	50–99 tabletter	6 000 kr	9 000 kr	12 000 kr

¹ Tabellen i Rigsadvokatmeddelelsen angir flere bøteintervaller for hvert rusmiddel (tre intervaller for de fleste av rusmidlene). Dette utdraget inneholder den høyeste mengdeintervallen for hvert av rusmidlene.

med bøde eller frihedsstraf, jf. bemærkningerne til lovforslaget til lov nr. 526 af 6. juni 2007 (L 201 af 28. marts 2007, de almindelige bemærkninger pkt., 2.4.4.4.).

Tidligere afgørelser om narkotikakriminalitet har *gentagelsesvirkning i 10 år* ved senere lovovertrædelser, der består i besiddelse af euforiserende stoffer til eget forbrug, jf. forarbejderne til lovforslaget (L 201 af 28. marts 2007, de almindelige bemærkninger, pkt. 2.4.5.3.).

[...]

Med hensyn til tilfælde, hvor der foreligger flere overtrædelser af lov om euforiserende stoffer til samtidig pådømmelse, skal der ske en skønsmæssig, samlet vurdering af bødens størrelse, når flere overtrædelser bedømmes under én sag, jf. forarbejderne til lovforslaget (L 201 af 28. marts 2007, de almindelige bemærkninger, pkt. 2.4.5.5.)

Bøderne *nedsettes* for unge under 18 år og for personer med særlig lav inntægt i overens-

stemmelse med ordningen på færdselslovens område. Det er alderen og inntægtsforholdene på gerningstidspunktet, der er avgørende for spørsmålet om bødenedssettelse.»

Dersom det er tale om innehav med sikte på videresalg, skal det som den «altovervejende hovedregel» reageres med frihetsstraff, uavhengig av mengde, men i enkelte førstegangstilfeller kan det reageres med bot.³⁷

Bøtesatser og foreleggsgrenser for ulike typer stoff i Norge er beskrevet nærmere i kapittel 10. Det skal bemerkes at de øvre mengdeintervallene for bøtestraff i Danmark gjelder for relativt store mengder stoff, og at bøtesatsene angir relativt lave beløp, sammenlignet norske foreleggsgrenser og bøtesatser. Tabell 8.5 som er inntatt på slutten av dette kapittelet inneholder en sammenstilling av de øvre mengdebegrensningene for bøtesatser i Norge, Sverige, Danmark og Finland.

³⁷ Rigsadvokatmeddelelsen, Narkotika, avsnitt 5.3.

Tabell 8.3 Tabell for böttningsförvarande (Finland)

Klass	Narkotika	Liten mängd	Dagsböternas antal
1.	Hasch	< 10 g	Normaldagsböter: 10 db
	Marijuana	< 15 g	Skala: 10–15 db
	Khat	< 1 kg	Skalan då det er fråga om fortgående bruk: 15–20 db
	Läkemedel i lindriga klassen	< 100 st	
2.	Amfetamin	< 3 g	Normaldagsböter: 15 db
	Amfetaminderivat (bl.a. Ecstasy)	< 10 st	Skala: 10–20 db
	Gamma	< 150 ml	Skalan då det er fråga om fortgående bruk: 20–25 db
	LSD	< 10 st	
	Läkemedel i mellersta klassen	< 5 st	
3.	Heroin	< 1 g	Normaldagsböter: 20 db
	Kokain	< 1,5 g	Skala: 10–25 db
	Läkemedel i stränga klassen	< 3 st	Skalan då det er fråga om fortgående bruk: 20–30 db

8.3.2 Finland

Strafflagen av 19. desember 1889 nr. 39 kapittel 50 § 1 gir følgende gjerningsbeskrivelse for *narkotikabrott*:

«Den som olagligen

- 1) tillverkar eller försöker tillverka narkotika eller odlar eller försöker odla kokabuske, kat (*Catha edulis*) eller *Psilocybesvampar*,
- 2) odlar eller försöker odla opiumvallmo, hampa eller kaktusväxter som innehåller meskalin för att användas som narkotika eller råvara för narkotika eller för att användas vid tillverkning eller produktion av narkotika,
- 3) för eller försöker föra narkotika in i eller ut ur landet eller transporterar eller låter transportera narkotika eller försöker transportera eller försöker låta transportera narkotika,
- 4) säljer, förmedlar, till någon annan överlåter eller på annat sätt sprider eller försöker sprida narkotika, eller
- 5) innehar eller försöker anskaffa narkotika, ska för narkotikabrott dömas till böter eller fängelse i högst två år.»

Straffebudet om grovt narkotikabrott i samme lov 50 kap. 2 § bærer en strafferamme på 1 til 10 års fengsel.

Bruk og besittelse til egen bruk er regulert i et eget, mildere, straffebud, jf. 50 kap. 2 a §: «Den som olagligen brukar narkotika eller for eget bruk innehar eller försöker anskaffa en liten mängd narkotika, skall for straffbart bruk av narkotika

dömas till böter eller fängelse i högst sex månader.»³⁸ Polisstyrelsen har publisert en retningslinje for hva som skal anses som «en liten mängd» i henhold til bestemmelsen, som er inntatt som tabell 8.3.³⁹ Det fremgår av dokumentet at rusmidlene inndeles i tre klasser, med ulikt nivå for reaksjonsfastsettelsen.

Strafflagen 50 kap. 7 § oppstiller en egen regel om *åtgärdseftergift* i saker om narkotikalovbrudd som har sammenheng med egen bruk av narkotika. *Åtgärdseftergift* kan knytte seg både til påtale og straff og forstås som en hjemmel til å enten unnlåte å påtale eller unnlåte å utmåle en straff for et påtalt forhold. Lovbestemmelsen oppstiller to alternative vilkår for slik ettergivelse:

- «det misstänkta brottet eller brottet med hänsyn till mängden och typen av narkotika, bruksituationen och omständigheterna även i övrigt bedömt som en helhet måste anses ringa»
- «den som misstänks för brott eller gärningsmannen har sökt vård som godkänts av social- och hälsovårdsministeriet»

8.3.3 Sverige

8.3.3.1 Den straffbare handlingen

Narkotikastrafflagen (1968:64) 1 og 2 §§ oppstiller straffansvar for alminnelige og «ringa» (mindre alvorlige) narkotikalovbrudd:

³⁸ Nærmere instruksjer om reaksjonsfastsettelsen er gitt i Riksåklagarens anvisning *Påföljder för straffbart bruk av narkotika*.

³⁹ Polisstyrelsen, 11. desember 2018, Bilaga 1.

- «1 § Den som ulovligen
1. overlåter narkotika,
 2. framstiller narkotika som er avsedd for missbruk,
 3. forvarer narkotika i overlåtelsesyfte,
 4. anskaffar, bearbeitar, forpackar, transporterar, forvarar eller tar annan sådan befattning med narkotika som inte er avsedd for eget bruk,
 5. bjuder ut narkotika till försäljning, forvarar eller befordrar vederlag for narkotika, formedlar kontakter mellan säljare och köpare eller foretar någon annan sådan åtgärd, om forfarandet är ägnat att främja narkotikahandel, eller
 6. innehar, brukar eller tar annan befattning med narkotika döms, om gärningen sker uppsåtligen, for narkotikabrott till fängelse i högst tre år.

Bestämmelser om straff for ulovlig införsel och utförsel av narkotika och ulovlig befattning i vissa fall med narkotika finns i lagen (2000:1225) om straff for smuggling.

2 § Är brott som avses i 1 § första stycket med hänsyn till arten och mängden narkotika samt övriga omständigheter att anse som ringa, döms for ringa narkotikabrott till böter eller fängelse i högst sex månader.»

Det følger av Högsta domstolens dom i NJA 2017 s. 415 at den som har innehatt og brukt stoff, bare skal dømmes for bruk (lovbruddet «bruk» konsumerer lovbruddet «innehav»).

De øvre strafferammene for grovt og «sinnerligen grovt» narkotikalovbrudd er henholdsvis 7 og 10 års fengsel, jf. 3 §.

8.3.3.2 Straffrettslige reaksjoner på ulovlig befattning med narkotika til egen bruk

Riksåklagaren har i et *rättspromemorior* om nivåer for bøtestraff for enkelte typer lovbrudd inntatt en forholdsvis detaljert tabell om straffenivået for *ringa narkotikabrott* som avgjøres med bot, se RättsPM 2012/07, oppdatert mai 2019, s. 12–15. *Bruk* straffes med 30 dagsbøter,⁴⁰ uavhengig av stofftype. For *innehav* av ulike typer stoffer til egen bruk er det gitt trinnvise nivåer på mellom 30 og 150 dagsbøter avhengig av art og mengde. Maksimumskvantum for hvert stoff (som gir over-

⁴⁰ I svensk strafferett kan bøtestraff fastsettes gjennom *penningbot* eller *dagsbot*. Beregningen av dagsbot avhenger av siktedes forhold, først og fremst økonomiske forhold. Se Riksåklagarens retningslinjer (RåR 2007: 2) for nærmere angivelse av beregning av dagbotbeløpet.

Tabell 8.4 Høyeste mengde trinn angitt i retningslinjer for å avgjøre «ringa narkotikabrott» med bøtestraff (Sverige)

Amfetamin	5 gram
Bensodiazepiner	250 tabletter
Cannabis	50 gram
GHB	50 cl
Heroin	0,05 gram
Khat	4 000 gram
Kokain	0,6 gram
LSD og ecstasy	50 tripper/tabletter alt. 5 gram
Metadon	5 tabletter (50 mg)
Opium	0,15 gram
Subutex (antall tabletter à 8 mg, 1 dose = 2 mg)	4 tabletter
Sopp (inneholdende psilocybin eller psilocin)	100 gram
«Syntetiske katinoner» (ekskl. mefedron og MDPV)	5 gram
Tramadol (ren substans)	20 gram

trederen 150 dagsbøter) ved avgjørelse etter narkotikastrafflagen 2 § fremgår av tabell 8.4.

Utover disse mengdene vil ulike former for frihetsstraff kunne komme til anvendelse på forholdet.

En undersøkelse publisert av Brottsforebyggende rådet viser at bruken av *åtalsunderlåtelse* (påtaleunnlåtelse) for ringa narkotikabrott økte betraktelig fra 2005 til 2012. I 2012, som var det siste undersøkte året i denne studien, var ringa narkotikabrott den formen for lovbrudd der størst andel av saker (30 prosent) ble avgjort ved påtaleunnlåtelse.⁴¹

8.4 Rettstilstanden i EU

EUs narkotikastrategi er beskrevet i kapittel 7. EUs medlemsstater har en rettslig forpliktelse til å ta nødvendige skritt for å sikre at de følgende handlingene er straffbare, såfremt de begås forsettlig og

⁴¹ Brottsforebyggende rådet (2014) s. 12–14. Brottsforebyggende rådet, «Kortanalyse: Utvecklingen för åtalsunderlåtelser under 2000-talet», 2014.

uten tillatelse, jf. Rådets rammeavgjørelse om ulovlig narkotikahandel artikkel 2. nr. 1:⁴²

- «a) produktion, fremstilling, udvinding, tilberedning, tilbud, udbud til salg, distribution, salg, levering på hvilke som helst betingelser, mæglervirksomhed, forsendelse, transitforsendelse, transport, import eller eksport af narkotika
- b) dyrkning af opiumsvalmue, kokabusk eller cannabisplante
- c) besiddelse eller køb af narkotika med henblik på udøvelse af en af de i litra a) anførte former for virksomhed

- d) fremstilling, transport og distribution af prækursorer med viden om, at de skal anvendes i forbindelse med eller til ulovlig produktion eller fremstilling af narkotika.»

Medvirkning til og forsøk på slike handlinger skal også som hovedregel kunne straffes, jf. artikkel 3. Handlinger som er begått «udelukkende med henblik på personlig forbrug som definert i national lovgivning» er derimot ikke omfattet av rammeavgjørelsens anvendelsesområde, jf. artikkel 2 nr. 2.

Straffenivået for handlingene omfattet av rammeavgjørelsen skal være effektive, stå i et rimelig forhold til overtredelsen og ha avskrekkende virkning, jf. artikkel 4 nr. 1. Det er angitt i bestemmelsen at den øvre strafferammen for de alvorligste lovbruddene, hvis de er begått innenfor rammen av en kriminell organisasjon, skal være på minst 10 års fengselsstraff.

⁴² Rådets rammeavgjørelse 2004/757/RIA av 25. oktober 2004, endret ved Europaparlamentets og Rådets direktiv (EU) 2017/2103 av 15. november 2017 og Kommissjonens delegerte direktiv (EU) 2019/369 av 13. desember 2018.

8.5 Sammenstilling av kvantumsangivelser i Norge, Sverige, Danmark og Finland

	Norge	Sverige	Danmark		Finland
	Øvre grense for å reagere med forelegg mot befatning med stoff til egen bruk: ¹	Høyeste trinn i oversikt over nivå på «strafföre-läggande» ved innehav til egen bruk: ²	Øvre grense for formodning om at stoffet er til egen bruk: ³	Øvre grense angitt i retningslinje om «bødestraff» for innehav til egen bruk: ⁴	Øvre grense for «liten mängd» ⁵ ved befatning med narkotika til egen bruk:
Amfetamin	2 gram (også metamfetamin)	5 gram	0,5 gram	4,9 gram	<3 gram
Amfetamin-derivat					<10 stk. (bl.a. ecstasy)
Benzodiazepiner	Antall tabletter tilsvarende inn-til ca. 25 rusdoser, f.eks.: 50 stk. Sobril 25 mg 50 stk. Mogadon 5 mg 50 stk. Xanor 0,5 mg 75 stk. Valium 5 mg	250 tabletter	(se legemidler)	(se legemidler)	(se legemidler)
Cannabis	Hasjisj/marihuana: 15 gram Cannabisfrø: 30 stk. Urteblandinger o.l. inneholdende syntetiske cannabinoide: 2 gram	50 gram	Hash: 10 gram Marihuana: 50 gram Hampeplanter: 100 gram Cannabinol/hasholie: 1 gram	Hash: 99,9 gram Marihuana: 499,9 gram Hampeplanter: 999,9 gram	Hasch: <10 gram Marijuana: <15 gram
Ecstasy	20 tabletter 100 mg MDMA	50 tabletter alt. 5 gram	1–2 stk.	19 tabletter	<10 stk.
GHB	1 dl (gjelder også GBL/1,4-butandiol)	50 cl			<150 ml (angitt som Gamma)
Heroin	0,5 gram	0,05 gram [sic]	0,2 gram	4,9 gram	<1 gram
Khat	15 kilogram	4 kilogram	3 kg	2,999 kilogram	<1 kg
Kokain	2 gram	0,6 gram	0,2 gram	4,9 gram	<1,5 gram
LSD	20 ruter/«drypp»	50 «tripper» alt. 5 gram		49 doser	<10 stk

	Norge	Sverige	Danmark		Finland
	Øvre grense for å reagere med forelegg mot befatning med stoff til egen bruk: ¹	Høyeste trinn i oversikt over nivå på «strafføreliggande» ved innhav til egen bruk: ²	Øvre grense for formodning om at stoffet er til egen bruk: ³	Øvre grense angitt i retningslinje om «bødestraff» for innhav til egen bruk: ⁴	Øvre grense for «liten mengde» ⁵ ved befatning med narkotika til egen bruk:
Legemidler			10 tabletter (lægemiddel-tabletter), bl.a. Stesolid, Metadon og Ketogan	99 tabletter	Lindriga klassen: <100 stk. Mellersta klassen: <5 stk. Stränga klassen: <3 stk.
MDMA	20 ecstacytabletter 100 mg MDMA				
Metadon		5 tabletter (50 mg)	10 tabletter (innbefattet i legemidler)	99 tabletter (innbefattet i legemidler)	(se legemidler)
Morfinbase og klorid	(se <i>opium</i>)		0,2 gram (morfinbase)	4,9 gram	(se legemidler)
Morfinpille	(se <i>opium</i>)		5 stk.	49 stk.	(se legemidler)
Opium	(Opioder:) Antall tabletter tilsvarende inn- til ca. 25 rusdoser, f.eks. 3 stk. Dolcontin 100 mg 75 stk. Temgesic 0,2 mg 2 stk. Subutex 8 mg	0,15 gram	1 gram (råopium)	4,9 gram (råopium)	
PMMA (parametoksy-metamfetamin)	1 gram				
Rohypnol	(antall tabletter tilsvarende inn- til ca. 25 rusdoser, se <i>benzodiazepiner</i>)	(se <i>benzodiazepiner</i>)	(se legemidler)	(se legemidler)	(se legemidler)

	Norge	Sverige	Danmark		Finland
	Øvre grense for å reagere med forelegg mot befatning med stoff til egen bruk: ¹	Høyeste trinn i oversikt over nivå på «strafføreliggende» ved innhav til egen bruk: ²	Øvre grense for formodning om at stoffet er til egen bruk: ³	Øvre grense angitt i retningslinje om «bødestraff» for innhav til egen bruk: ⁴	Øvre grense for «liten mengde» ⁵ ved befatning med narkotika til egen bruk:
Subutex	2 tabletter à 8 mg	4 tabletter (antall tabletter à 8 mg. 1 dose = 2 mg)	(se <i>legemidler</i>)	(se <i>legemidler</i>)	(se <i>legemidler</i>)
Sopp (inneholdende psilocybin eller psilocin)	20 gram	100 gram			
«Syntetiske kantioner» (ex. mefedron og MDPV)		5 gram			
Tramadol		20 gram (ren substans)	(se <i>legemidler</i>)	(se <i>legemidler</i>)	(se <i>legemidler</i>)

¹ I henhold til Riksadvokatens rundskriv nr. 2/2014. Bot som reaksjon på overtredelse av straffeloven § 231 er begrenset til erverv og/eller oppbevaring som ikke tar sikte på videresalg. Ikke-uttømmende liste, basert på stoff med normal styrkegrad. For innførsel settes grensen ved halvparten av angitte mengder, med mindre saken gjelder utlending som også bortvises/utvises.

² I henhold til åklagarmyndighetens rättspromemorior 2012: 7 (oppdatert mai 2019). Ang. dokumentets status: «Sammanställningen innebär som nämnts ovan en sammanfattning av praxis när det gäller straffmätning inom de aktuella områdena. Syftet är att underlätta för åklagare att nå en enhetlighet vid rättstillämpningen. Den innebär dock inte en rekommendation i fråga om straffmätning, utan det är upp till varje enskild åklagare att ta ställning till om den angivna straffnivån för ett visst brott är väl avpassad eller inte.»

³ I henhold til rigsadvokatens meddelelse: Narkotika, pkt. 4.1.: «Det beror på en konkret vurdering, om de euforiserende stoffer, som en person findes i besiddelse af, er bestemt til eget forbrug. Ved denne vurdering spiller mængden en stor rolle, og større kvanta kan almindeligvis ikke anses for bestemt til eget forbrug. [...] [A]nførte mængder er ikke udtryk for en absolut grænse, som i sig selv er eneafgørende for vurderingen af, om der er tale om besiddelse af euforiserende stoffer til eget forbrug.»

⁴ I henhold til rigsadvokatens meddelelse: Narkotika, pkt. 5.1.: «Hvis en person findes i besiddelse af euforiserende stoffer, og det må antages, at stoffet er bestemt til eget forbrug, og mængden ikke overstiger de nedenfor fastsatte grænser, kan sagen afgøres med bøde og konfiskation af de euforiserende stoffer, jf. pkt. 5.8.» Det er naturlig å forstå dette som at saken kan avgjøres med bødeforelæg, jf. retsplejeloven § 832.

⁵ Se tabell om «böttningesförvarande» publisert av Polisstyrelsen, POL-2018-49612, bilag 1.

Kapittel 9

Straffeprosessuelle tvangsmidler i narkotikasaker

9.1 Innledning

I det følgende gis en oversikt over straffeprosessuelle tvangsmidler, det vil si inngrep hjemlet i straffeprosesslovens fjerde del, som politiet kan foreta som ledd i etterforskningen av narkotikasaker etter gjeldende rett. Adgangen til tvangsmiddelbruk etter utvalgets foreslåtte modell er beskrevet i kapittel 14.

Straffeprosessloven krever i de fleste tilfeller at beslutninger om bruk av et straffeprosessuelt tvangsmiddel treffes av påtalemyndigheten, eller at påtalemyndigheten fremmer en begjæring for retten om bruk av tvangsmiddelet. Dette sikter i utgangspunktet til påtalemyndigheten *i politiet*, jf. straffeprosessloven § 67 første ledd.¹

Straffeprosessloven § 170 a fastsetter et grunnleggende krav om hensiktsmessighet og forholdsmessighet ved bruk av straffeprosessuelle tvangsmidler: «Et tvangsmiddel kan brukes bare når det er tilstrekkelig grunn til det. Tvangsmidlet kan ikke brukes når det etter sakens art og forholdene ellers ville være et uforholdsmessig inngrep.»

Lovgiver har gjennom minstekrav til øvre strafferamme for det forhold som etterforskes, og også gjennom særskilte hjemler for etterforskning av bestemte straffbare handlinger, avgrenset adgangen til å bruke de enkelte tvangsmidlene. Dette kan ses som et minstekrav til hvor alvorlig forholdet må være før den anvendelsen av statens tvangsmakt som etterforskningsskrittet innebærer, overhodet kan anses rettmessig. Straffeprosessloven § 170 a får betydning ved at det i saker der kravet til strafferammen er oppfylt, alltid i tillegg må gjøres en skjønnsmessig vurdering av om forholdene i saken er av et slikt alvor med videre, og inngrepet er så

¹ Påtalemyndighetens tjenestepersoner i politiet er politimestrene, visepolitimestrene, sjefen og den assisterende sjefen for Politiets sikkerhetstjeneste, sjefen og den assisterende sjefen for Kripas, politiinspektørene, politiadvokatene, og politifullmektigene for så vidt de har juridisk embetseksamen eller mastergrad i rettsvitenskap og gjør tjeneste i embete eller stilling som er tillagt påtalemyndighet, samt lensmennene og politistasjonssjefene, jf. straffeprosessloven § 55 første ledd nr. 3 og 4.

vidt hensiktsmessig, at bruk av tvang kan anses forsvarelig i det konkrete tilfellet.

I de sakene utvalgets mandat retter seg mot, vil ransaking og beslag være de mest aktuelle tvangsmidlene.

Den adgangen enkelte offentlige myndigheter har til å gjennomføre undersøkelser som har likhetstrekk med straffeprosessuell ransaking med videre, for eksempel innen Forsvaret og kriminalomsorgen, omfatter som regel også å lete etter rusmidler som ikke er illegale, og henger dermed ikke med nødvendighet direkte sammen med straffbarheten av besittelse av narkotika. Slike undersøkelser er kort omtalt i kapittel 14 om avdekking.

Fremstillingen i det følgende er disponert etter straffebudene som rammer ulovlig befatning med narkotika, ordnet fra laveste til høyeste øvre strafferamme. Dette innebærer at tvangsmidlene omtalt i punkt 9.2 er hjemlet i alle narkotikasaker. Dersom saken gjelder overtredelse av straffeloven § 231 (narkotikaovertrædelse), er i tillegg tvangsmidlene omtalt i punkt 9.3 hjemlet. Dersom saken gjelder overtredelse av straffeloven § 232 (grov narkotikaovertrædelse), er i tillegg tvangsmidlene omtalt i punkt 9.4 hjemlet. Punkt 9.5 behandler søk med narkotikahund, et virkemiddel som har reist spørsmål om skjæringspunktet mellom etterforskning og forebyggende arbeid.

9.2 Tvangsmidler i saker om overtredelse av legemiddeloven § 24 første ledd og forskrift om såvarer § 39

9.2.1 Ransaking og beslag

9.2.1.1 *Ransaking av hus eller rom som etter sin art er tilgjengelig for alle, av sted for en virksomhet som krever tillatelse av politiet, eller av militære bygninger og rom, jf. straffeprosessloven § 193*

Bestemmelsen stiller ikke krav om at det må foreligge en konkret mistanke knyttet til det aktuelle

stedet, men ransakingen må skje i forbindelse med en (allerede igangsatt) straffesak og skal skje i etterforskningsøyemed. I og med at vilkåret for etterforskning i straffeprosessloven § 224 også gjelder for det enkelte etterforskningsskritt, må det imidlertid være «rimelig grunn» til den aktuelle ransakingen. Det er lagt til grunn i juridisk teori at bestemmelsen ikke innebærer adgang til ransaking som ledd i «stikkprøvekontroll».²

9.2.1.2 Ransaking av bolig, rom eller oppbevaringssted, jf. straffeprosessloven § 192

Ved skjellig grunn til mistanke om en handling som etter loven kan medføre frihetsstraff, kan mistenktes bolig ransakes for å sette i verk pågripelse eller for å søke etter bevis eller etter ting som kan beslaglegges, eller som det kan tas heftelse i, jf. straffeprosessloven § 192. Ettersom adgangen til å ransake forutsetter at det foreligger en konkret mistanke om et straffbart forhold, kan det ikke foretas ransaking for å undersøke om man kan finne bevis for at noen kan ha begått andre (og for politiet ukjente) straffbare handlinger enn forholdet som ligger til grunn for ransakingen. Tilfeldighetsfunn fra en lovlig ransaking kan riktignok beslaglegges og benyttes som bevis, men det er aldri et lovlig *ransakingsformål* å søke etter slike bevis.

Ransaking kan foretas hos andre enn mistenkte, også for det tilfelle at det ikke er noen identifisert mistenkt i saken, såfremt det foreligger mistanke om en handling som kan medføre frihetsstraff. Straffeprosessloven § 192 tredje ledd fastsetter følgende tilleggsvilkår for slik ransaking hos tredjemann:

- «1) handlingen er foretatt eller mistenkte pågrepet der,
- 2) mistenkte har vært der under forfølgning på fersk gjerning eller ferske spor, eller
- 3) det for øvrig er særlig grunn til å anta at mistenkte der kan pågripes, eller at det der kan finnes bevis eller ting som kan beslaglegges eller som det kan tas heftelse i.»

I forlengelsen av alternativ 3 i det siterte kan det bemerkes at politiet i en etterforskning av salg av narkotika vil kunne ta beslag i stoffet som utgjør gjenstanden for den straffbare handlingen som etterforskes, uten at det kreves en konkret mis-

tanke rettet mot en bestemt selger, eller at det er opprettet straffesak mot kjøperen. Ransaking etter § 192 tredje ledd nr. 3 hos en annen enn selgeren for å finne narkotikaen må imidlertid skje som ledd i etterforskningen av et konkret straffbart forhold.

Uten skriftlig samtykke kan ransaking av mistenktes eller andres bolig mv. som utgangspunkt bare foretas etter beslutning av retten, jf. straffeprosessloven § 197. Dersom det er fare ved opphold, kan beslutningen treffes av påtalemyndigheten, jf. bestemmelsens annet ledd. Politimann kan foreta ransaking uten slik beslutning av retten eller påtalemyndigheten når mistenkte påtreffes eller forfølges på fersk gjerning eller ferske spor, eller når det er sterk mistanke om en handling som etter loven kan medføre straff av fengsel i mer enn 6 måneder, og det er nærliggende fare for at formålet med ransakingen ellers vil forspilles, jf. § 198.

Strafferammen etter legemiddeloven § 31 annet ledd, jf. § 24 første ledd, som åpner for å idømme både bot og inntil 6 måneder fengsel, anses å oppfylle vilkåret «mer enn 6 måneder» slik det brukes i straffeprosessloven.³

9.2.1.3 Beslag av ting som antas å ha betydning som bevis, jf. straffeprosessloven § 203

Ting som antas å ha betydning som bevis eller som antas å kunne inndras, kan beslaglegges inn til rettskraftig dom foreligger i saken, jf. straffeprosessloven § 203 første ledd. Bestemmelsen stiller ikke uttrykkelig krav til grunnlaget for mistanken, men det er lagt til grunn at det må foreligge skjellig grunn til mistanke om en straffbar handling.⁴ Det stilles derimot ikke noe minstekrav til strafferammen i det aktuelle straffebudet.

Beslutning om beslag skal normalt treffes av påtalemyndigheten, jf. straffeprosessloven § 205. Politimann kan beslutte å ta beslag uten slik beslutning når han setter i verk beslutning om ransaking eller pågripelse, og ellers når det er fare ved opphold, jf. straffeprosessloven § 206.

Enhver som rammes av beslaget, kan i utgangspunktet kreve rettslig prøving av om det skal opprettholdes, jf. straffeprosessloven § 208. En forutsetning er imidlertid at vedkommende er kjent med beslaget. Etter § 208 a kan påtalemyndigheten beslutte utsatt underretning i inntil åtte

³ Se Rt. 2006 s. 65, avsnitt 9.

⁴ Bjerke, Keiserud og Sæther (2011b), pkt. 10 til bestemmelsen, og Rt. 2000 s. 577, på s. 580. Handlingen behøver imidlertid ikke nødvendigvis å være straffbar i Norge.

² Bjerke, Keiserud og Sæther (2011b), pkt. 2 til bestemmelsen.

uker dersom underretning vil være til vesentlig skade for etterforskningen i saken eller en annen verserende sak om en lovovertrødelse hvor det kan besluttes utsatt underretning, eller hensynet til politiets etterforskningsmetoder eller omstendighetene for øvrig gjør det strengt nødvendig. Kriminalitetskravet i bestemmelsen – høyere straff enn fengsel i 6 måneder – er oppfylt i saker som gjelder legemiddeloven § 31 annet ledd, jf. § 24 første ledd.

9.2.1.4 Nærmere om ransaking av datasystem (mobiltelefoner o.l.) samt beslag og gjennomgang av elektronisk lagrede opplysninger, jf. straffeprosessloven § 199 a

Politiets adgang til å foreta beslag omfatter ikke bare legemlige gjenstander, men også elektronisk lagrede opplysninger, jf. Rt. 1992 s. 904. Gjennomgang av et elektronisk lagringsmedium for informasjon betegnes som «ransaking av et datasystem» i straffeprosessloven § 199 a, noen ganger kalt *data-ransaking*.⁵ Straffeprosessloven § 199 a gir politiet myndighet til å pålegge enhver som har befattning med datasystemet, å gi nødvendige opplysninger for å gi tilgang (passord og lignende) og til å foreta biometrisk autentisering (for eksempel avlesing av fingeravtrykk). Dersom noen nekter å etterkomme pålegg om biometrisk autentisering, kan det etter beslutning av påtalemyndigheten brukes tvang for å gjennomføre dette. Dersom det er fare ved opphold, kan politiet gjennomføre biometrisk autentisering ved tvang etter beslutning på stedet, jf. bestemmelsens annet ledd.

De alminnelige begrensningene i adgangen til ransaking og beslag, herunder at det ikke er tillatt å dra på «fisketur» for å avdekke mulige nye straffbare forhold, gjelder også ved ransaking av datasystem. Dersom det er tale om et allerede oppklart (eventuelt også tilstått) straffbart forhold, og det ikke foreligger skjellig grunn til mistanke om andre straffbare handlinger som personen kan ha begått, vil det ikke være adgang til å foreta gjennomgang av innholdet på personens mobiltelefon for å avdekke mulige nye forhold begått av personen eller andre i vedkommendes omgangskrets, like lite som det vil være adgang til å ransake vedkommendes husrom i slikt øyemed. Dersom politiet kommer over opplysninger om andre straffbare forhold, vil det imidlertid kunne iverksettes etterforskning av disse forholdene på selvstendig grunnlag.

For helhetens skyld nevnes at straffeprosessloven § 215 a gir påtalemyndigheten adgang til å gi pålegg om midlertidig sikring av elektronisk lagrede data som kan antas å ha betydning som bevis i en etterforskning. Dette omfatter i prinsippet alle former for data som er lagret elektronisk. Praktiske eksempler vil være trafikkdata (avsender og mottager av melding eller anrop) og innholdsdata (tekst, bilde, lyd, osv.) for elektronisk kommunikasjon.

9.2.2 Personransaking og kroppsundersøkelse, jf. straffeprosessloven §§ 195 og 157

Ved skjellig grunn til mistanke om en handling som kan medføre frihetsstraff, kan det gjennomføres personransaking etter straffeprosessloven § 195 og kroppsleg undersøkelse etter straffeprosessloven § 157 første ledd.

Ransaking av person kan bare gjøres «dersom det er grunn til å anta at det kan føre til oppdagelse av bevis eller av ting som kan beslaglegges eller som det kan tas heftelse i», jf. § 195. Vilkårene for å foreta kroppsleg undersøkelse, som blant annet kan omfatte undersøkelse av kroppens hulrom, er formulert noe annerledes, idet det kreves at undersøkelsen «antas å være av betydning for opplysningen av saken og ikke fremstår som et uforholdsmessig inngrep», jf. § 157. I forarbeidene til bestemmelsen er det uttalt at den i utgangspunktet bare bør benyttes i narkotikasaker, og at den ellers må brukes med stor varsomhet.⁶

Straffeprosessloven § 195 tredje ledd hjemler personransaking av andre enn mistenkte. For å gjennomføre dette kreves det at «særlige omstendigheter» taler for å foreta ransakingen. I en etterforskning av salg av narkotika vil en kjøper som ikke straffefølges, kunne falle inn under personkretsen «andre enn mistenkte» i relasjon til denne bestemmelsen. Kroppsleg undersøkelse kan ikke foretas av andre enn mistenkte.

Begge tvangsmidlene krever i utgangspunktet samtykke fra den det gjelder, eller rettslig beslutning, men kroppsleg undersøkelse kan besluttes av påtalemyndigheten «dersom formålet med undersøkelsen ellers kunne forspilles», og personransaking kan foretas etter beslutning av påtalemyndigheten dersom det er fare ved opphold, jf. straffeprosessloven §§ 157 tredje og fjerde ledd og 197 annet ledd. Hvis mistenkte påtreffes eller forfølges på fersk gjerning eller ferske spor,

⁵ Se nærmere Sunde (2013).

⁶ Bjerke, Keiserud og Sæther (2011a), pkt. 2 til § 157, med henvisning til Innst. O. nr. 37 (1980–81) s. 23.

eller når det er sterk mistanke om en handling som etter loven kan medføre straff av fengsel i mer enn 6 måneder, og det er nærliggende fare for at formålet med ransakingen ellers vil forspilles, kan personlig ransaking av mistenkte foretas av polititjenestemann uten beslutning av retten eller påtalemyndigheten, jf. § 198 første ledd. Det er ingen hjemmel for at polititjenestepersoner i hastetilfeller kan foreta kroppsundersøkelse uten beslutning fra påtalemyndigheten.

9.2.3 Pågrepelse og varetektsfengsling, jf. straffeprosessloven §§ 171 og 183

En person som med skjellig grunn kan mistenkes for handling som kan medføre høyere straff enn fengsel i seks måneder, kan etter straffeprosessloven § 171 pågripes når

- 1) det er grunn til å frykte for at han vil unndra seg forfølgningen eller fullbyrdingen av straff eller andre forholdsregler,
- 2) det er nærliggende fare for at han vil forspille bevis i saken, f.eks. ved å fjerne spor eller påvirke vitner eller medskyldige,
- 3) det antas påkrevd for å hindre at han på ny begår en straffbar handling som kan medføre høyere straff enn fengsel i 6 måneder, eller
- 4) han selv begjærer det av grunner som finnes fyllestgjørende.»

Vil påtalemyndigheten beholde den pågrepne, må den snarest mulig og senest den tredje dagen etter pågripelsen fremstille ham for tingretten på det sted der fremstilling mest hensiktsmessig kan skje, med begjæring om fengsling, jf. straffeprosessloven § 183 første ledd.

Dersom personen er under 18 år, gjelder det et særvilkår om at pågrepelse må være «særlig påkrevd», jf. straffeprosessloven § 174. Pågrepne under 18 år skal, hvis politiet ønsker å beholde personen i sin varetekt, fremstilles for retten snarest mulig og senest dagen etter pågripelsen, jf. straffeprosessloven § 183 annet ledd. I slike tilfeller skal dessuten barneverntjenesten varsles om saken og møte i rettsmøtet om fengsling.

9.2.4 Avlytting eller opptak av samtale der politiet selv deltar, eller der en av partene samtykker, jf. straffeprosessloven § 216 c

Etter straffeprosessloven § 216 l kan politiet ved teknisk innretning avlytte eller gjøre opptak av en

samtale mellom personer der minst én av disse har samtykket, eller der politiet selv deltar, dersom noen med rimelig grunn mistenkes for en handling eller forsøk på en handling som etter loven kan medføre frihetsstraff.

Vilkåret «rimelig grunn mistenkes» innebærer et svakt beviskrav. Det lignende vilkåret «rimelig grunn til å undersøke» benyttes i straffeprosessloven § 224, som regulerer adgangen til å iverksette etterforskning, og det er lagt til grunn i juridisk teori at vilkåret i § 216 l skal forstås på samme måte.⁷ I lovforarbeidene er det lagt til grunn at opptak/avlytting etter straffeprosessloven § 216 l utgjør et forholdsvis lite inngrepene tvangsmiddel.⁸ Beslutningen treffes av påtalemyndigheten, jf. bestemmelsens annet ledd.

Erfaringsmessig brukes dette tvangsmiddelet sjelden i saker om bruk eller besittelse i dag. Bestemmelsen innebærer for eksempel at politiet etter avtale med en person som kjøper narkotika til egen bruk, kan foreta avlytting eller opptak av samtalen mellom kjøper og selger som ledd i etterforskning av selgeren.

9.3 Ytterligere tvangsmidler i saker om narkotikaovertrødelse, jf. straffeloven § 231 – skjulte etterforskningsmetoder

9.3.1 Bakgrunn

Frem til 1999 kunne telefonavlytting bare brukes i saker som gjaldt rikets sikkerhet, og i narkotikasaker. Den særskilte hjemmelen for telefonavlytting i narkotikasaker ble gitt i en midlertidig lov i 1976, som ble innlemmet som et nytt kapittel 16 a i straffeprosessloven i 1992 (som fremdeles i dag er lovens kapittel om telefonavlytting og annen kommunikasjonsskontroll, også i saker som gjelder andre typer lovbrudd). Den historiske bakgrunnen for bruken av avlytting i narkotikasaker var at man anså slike saker som vanskelige å etterforske, fordi gjerningspersonene ofte skjuler sine spor, og fordi lovbruddene sjelden anmeldes til politiet.⁹ Adgangen til å benytte denne etterforskningsmetoden ble utvidet til andre straffbare forhold av en viss grovhet i 1999, blant annet med henvisning til utfordringen med kriminalitet begått av organiserte, lukkede kriminelle mil-

⁷ Bjerke, Keiserud og Sæther (2011a), pkt. 4 til § 216 l.

⁸ Bjerke, Keiserud og Sæther (2011a), pkt. 4 til § 216 l, med henvisning til Ot.prp. nr. 60 (2004–2005) s. 139.

⁹ Andenæs (2009) s. 328.

jøer.¹⁰ Årsrapporten for 2017 fra Kontrollutvalget for kommunikasjonskontroll opplyste at noe over halvparten av sakene hvor det ble benyttet kommunikasjonskontroll, romavlytting og dataavlesing, gjaldt narkotikakriminalitet.¹¹

9.3.2 Kommunikasjonsavlytting og annen kontroll av kommunikasjonsanlegg, jf. straffeprosessloven kapittel 16 a

Dersom noen med skjellig grunn mistenkes for handling eller forsøk på handling som rammes av straffeloven § 231, kan det foretas kommunikasjonsavlytting (telefonavlytting), jf. straffeprosessloven § 216 a første ledd bokstav b, og annen kontroll av kommunikasjonsanlegg, jf. § 216 b første ledd bokstav b. Det kreves ikke noen bestemt mistenkt i saken som etterforskes. Tillatelse til kommunikasjonskontroll kan bare gis dersom det må antas at slik avlytting eller kontroll vil være av vesentlig betydning for å oppklare saken, og at oppklaring ellers i vesentlig grad vil bli vanskeliggjort, jf. straffeprosessloven § 216 c.

Kommunikasjonsavlytting er definert i § 216 a tredje ledd:

«Kommunikasjonsavlytting kan bestå i å avlytte samtaler eller annen kommunikasjon til og fra bestemte telefoner, datamaskiner eller andre anlegg for elektronisk kommunikasjon som den mistenkte besitter eller kan antas å ville bruke. Som kommunikasjonsavlytting regnes også identifisering av kommunikasjonsanlegg ved hjelp av teknisk utstyr, jf. § 216 b annet ledd bokstav c, som skjer ved å avlytte samtaler eller annen kommunikasjon.»

Annen kontroll av kommunikasjonsanlegg er definert i § 216 b annet ledd:

«Kontrollen kan gå ut på

- a) å innstille eller avbryte overføring av samtaler eller annen kommunikasjon til eller fra bestemte telefoner, datamaskiner eller andre kommunikasjonsanlegg som den mistenkte besitter eller kan antas å ville bruke,
- b) å stenge anlegg som nevnt i bokstav a for kommunikasjon,

- c) å identifisere eller lokalisere anlegg som nevnt i bokstav a ved hjelp av teknisk utstyr,
- d) at eier eller tilbyder av nett eller tjeneste som benyttes ved kommunikasjonen, skal gi politiet opplysninger om hvilke kommunikasjonsanlegg som i et bestemt tidsrom skal settes eller har vært satt i forbindelse med anlegg som nevnt i bokstav a, andre data knyttet til kommunikasjon, og den geografiske posisjonen til et slikt anlegg,
- e) å overføre skjulte signaler til anlegg som nevnt i bokstav a, i forbindelse med tiltak som nevnt i bokstav c og d.»

Kommunikasjonskontroll krever i utgangspunktet en kjennelse avsagt av en domstol (tingretten), men dersom det ved opphold er stor fare for at etterforskningen vil lide, kan ordre fra påtalemyndigheten tre i stedet for rettens kjennelse, jf. § 216 d første ledd. Tillatelsen skal begrenses til et tidsrom som ikke er lenger enn strengt nødvendig, og kan ikke gis for mer enn 4 uker om gangen, jf. straffeprosessloven § 216 f.

9.3.3 Skjult kameraovervåking på offentlig eller privat sted, jf. straffeprosessloven § 202 a

Dersom det foreligger skjellig grunn til mistanke om handling eller forsøk på handling som rammes av § 231, kan det foretas skjult kameraovervåking på eller fra offentlig sted samt på privat sted, jf. straffeprosessloven § 202 a første og annet ledd.

Tillatelse kan bare gis dersom det må antas at slik overvåking vil være av vesentlig betydning for å oppklare saken, og oppklaring ellers i vesentlig grad vil bli vanskeliggjort, jf. bestemmelsens tredje ledd. Som kameraovervåking regnes vedvarende eller regelmessig gjentatt personovervåking ved hjelp av fjernbetjent eller automatisk virkende overvåkingskamera eller annet lignende utstyr som er fastmontert, jf. fjerde ledd. Manuell bruk av kamera som ikke er fastmontert, fjernbetjent eller automatisk virkende, faller dermed utenfor denne bestemmelsen. Lydopptak, samt kameraovervåking som det er opplyst om eller som foregår åpenlyst, faller også utenfor.¹²

Bestemmelsen gir ikke hjemmel for overvåking av noens private hjem, jf. § 202 a fjerde ledd tredje punktum. Tillatelse til skjult kameraovervåking gis av retten for et bestemt tidsrom, som ikke må være lenger enn strengt nødvendig

¹⁰ Andenæs (2009) s. 328.

¹¹ Kontrollutvalget for kommunikasjonskontroll (2017). Fremstilling av statistikk oppgis å bygge på tall fra riksadvokaten.

¹² Bjerke, Keiserud og Sæther (2011a) punkt 4 og 5 til bestemmelsen.

og høyst 4 uker. Dersom det ved opphold er stor fare for at etterforskningen vil lide, kan ordre fra påtalemyndigheten tre i stedet for rettens avgjørelse.

9.3.4 Dataavlesing ved mistanke om hvitvasking av utbytte fra narkotikaovertrødelse, jf. straffeprosessloven kapittel 16 d

I henhold til § 216 o første ledd bokstav b kan dataavlesing benyttes ved skjellig grunn til mistanke om hvitvasking eller selvvasking av utbytte fra (simpler) narkotikaovertrødelse, jf. straffeloven §§ 337 og 340, jf. § 231. Straffebudene mot hvitvasking og selvvasking rammer den som forsettlig eller uaktsomt

- «a) yter bistand til å sikre utbyttet av en straffbar handling for en annen ved for eksempel å innkreve, oppbevare, skjule, transportere, sende, overføre, konvertere, avhende, pantsette eller investere det, eller
- b) gjennom konvertering eller overføring av formuesgoder eller på annen måte skjuler eller tilslører hvor utbyttet av en straffbar handling han selv har begått, befinner seg, stammer fra, hvem som har rådigheten over det, dets bevegelser, eller rettigheter som er knyttet til det.»

I denne definisjonen er gjenstand, fordring eller tjeneste som trer i stedet for utbyttet av en straffbar handling, likestilt med utbyttet.

Med dataavlesing menes «avlesing av ikke offentlig tilgjengelige opplysninger i et datasystem», jf. straffeprosessloven § 216 o første ledd. Bestemmelsen inngår i kapittel 16 d, som ble tilføyd i straffeprosessloven i 2016. Uttrykket betegner ingen klart avgrenset teknologisk fremgangsmåte, og det er i forarbeidene lagt til grunn at det kan vise til avlesing av blant annet¹³

- lydstrømmen som sendes fra en tilknyttet mikrofon til operativsystemets drivere
- lydstrømmen som sendes ut til en tilknyttet høyttaler fra operativsystemets drivere
- videostrømmen som sendes fra et tilknyttet kamera (webkamera) til operativsystemets drivere
- tastetrykkene som sendes fra et tastatur til operativsystemets drivere
- innholdet på en harddisk, minnepenn eller annet tilkoblet lagringsmedium

- data som hentes inn fra eller sendes ut på Internett eller andre nettverk
- data i fysiske og virtuelle minneområder
- gjeldende IP-adresser for nettverksenhetene
- geografisk koordinatinformasjon fra en tilknyttet GPS-enhet
- signalstrømmen mellom tilkoblet skjerm og datautstyret

Det kan bare gis tillatelse til å avlese bestemte datasystemer eller brukerkontoer til nettverksbaserte kommunikasjons- og lagringstjenester som den mistenkte besitter eller kan antas å ville bruke. Avlesingen kan omfatte kommunikasjon, elektronisk lagrede data og andre opplysninger om bruk av datasystemet eller brukerkontoen, jf. § 216 o fjerde ledd.

Politiet kan bryte eller omgå beskyttelse i datasystemet (med andre ord «hacke» seg inn i datasystemet) dersom det er nødvendig for å kunne gjennomføre avlesingen. Tekniske innretninger og dataprogram kan installeres i datasystemet og i annen maskinvare som kan knyttes til datasystemet, jf. § 216 p.

Tillatelse etter første ledd kan bare gis dersom det må antas at dataavlesing vil være av vesentlig betydning for å oppklare saken, og at oppklaring ellers i vesentlig grad vil bli vanskeliggjort, jf. § 216 o tredje ledd. Når retten ikke bestemmer noe annet, kan politiet også foreta innbrudd for å plassere eller fjerne tekniske innretninger eller dataprogram som er nødvendig for å gjennomføre dataavlesingen, jf. § 216 p. Dersom det ved opphold er stor fare for at etterforskningen vil lide, kan ordre fra påtalemyndigheten tre i stedet for kjennelse av retten, jf. § 216 d første ledd.

9.4 Ytterligere tvangsmidler i saker om grov narkotikaovertrødelse, jf. straffeloven § 232

9.4.1 Pågrepelse og varetektsfengsling av hensyn til allmennhetens rettsfølelse og opplevd trygghet

Når noen mistenkes for et lovbrudd som kan medføre straff av fengsel i 10 år eller mer, eller forsøk på et slikt lovbrudd, og det foreligger tilståelse eller andre forhold som i særlig grad styrker mistanken, kan personen pågripes og varetektsfengsles, jf. straffeprosessloven §§ 172 og 184 annet ledd. Det skal ved vurderingen legges særlig vekt på om det er egnet til å støte allmennhetens rettsfølelse eller skape utrygghet dersom den mistenkte er på frifot, jf. § 172 annet punktum.

¹³ Prop. 68 L (2015–2016) kap. 14.1.

Grov narkotikakriminalitet er ikke i kjerneområdet for bestemmelsen, og det er stilt spørsmål om hvorvidt bruk av bestemmelsen i slike saker er forenelig med Norges forpliktelser etter Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen, sett i lys av Den europeiske menneskerettighetsdomstolens praksis.¹⁴ Fengslingsgrunnlaget benyttes derfor med varsomhet, men Høyesterett har uttalt at samfunnsmessige behov og retts- håndhevningssyn etter en individuell og konkret vurdering kan tilsi at dette fengslingsgrunnlaget anvendes i grove narkotikasaker.¹⁵

9.4.2 Skjulte etterforskningsmetoder

9.4.2.1 Plassering av teknisk peileutstyr (teknisk sporing), jf. straffeprosessloven §§ 202 b og 202 c

Når noen med skjellig grunn mistenkes for en handling eller forsøk på handling som etter loven kan medføre straff av fengsel i 5 år eller mer, kan peileutstyr benyttes på kjøretøy, gods eller andre gjenstander for å klarlegge hvor mistenkte eller gjenstander befinner seg, jf. straffeprosessloven § 202 b. For eksempel kan politiet bruke peileutstyr for å avdekke destinasjonen til et parti narkotika i en operasjon der politiet på forhånd har fått kjennskap til en planlagt ulovlig innførsel. Plassering av teknisk peileutstyr etter denne bestemmelsen besluttet av påtalemyndigheten.

Dersom det gjelder saker med strafferamme på fengsel i 10 år eller mer, kan politiet plassere peileutstyr i klær eller gjenstander som den mistenkte bærer på seg, samt i veske eller annen håndbagasje som den mistenkte bærer med seg, jf. straffeprosessloven § 202 c. Dette kravet til strafferamme er oppfylt dersom narkotikaovertrædelser er grove, jf. straffeloven § 232 annet ledd. I slike tilfeller kan politiet på nærmere vilkår foreta innbrudd hvis det er nødvendig for å plassere teknisk peileutstyr. Tillatelse til teknisk sporing av denne typen må gis av retten ved kjennelse for 4 uker om gangen eller ved midlertidig ordre fra påtalemyndigheten.

9.4.2.2 Romavlytting, jf. straffeprosessloven § 216 m

Romavlytting er definert i straffeprosessloven § 216 m som «annen hemmelig avlytting enn

kommunikasjonsavlytting ved tekniske midler». Romavlytting kan foretas når noen med skjellig grunn mistenkes for en handling eller forsøk på en handling som regnes som grov narkotikaovertrædelse som omfatter en meget betydelig mengde, jf. straffeloven § 232 annet ledd, utført som ledd i aktivitetene til en organisert kriminell gruppe, jf. straffeloven § 79 bokstav c. Med organisert kriminell gruppe menes et samarbeid mellom tre eller flere personer som har som et hovedmål å begå en handling som kan straffes med fengsel i minst 3 år, eller der en ikke ubetydelig del av aktivitetene består i å begå slike handlinger.

Tillatelse til romavlytting kan bare gis dersom det må antas at avlytting vil være av vesentlig betydning for å oppklare saken, og at oppklaring ellers i vesentlig grad vil bli vanskeliggjort, jf. § 216 m tredje ledd. Tillatelse til romavlytting kan bare gis for sted hvor det må antas at den mistenkte vil oppholde seg. Tillatelse til avlytting av offentlig sted eller annet sted som er tilgjengelig for et større antall personer, kan bare gis når det foreligger særlige grunner, jf. bestemmelsens fjerde ledd.

Tillatelse til romavlytting gis av retten, eller midlertidig ved ordre av påtalemyndigheten hvis det ved opphold er stor fare for at etterforskningen vil lide. Tillatelsen kan gis for to uker av gangen, jf. § 216 m sjette ledd.

9.4.2.3 Dataavlesing, jf. straffeprosessloven § 216 o

Dataavlesing, jf. straffeprosessloven § 216 o, som er beskrevet i punkt 9.3.1.4 ovenfor, kan benyttes ved skjellig grunn til mistanke om handling eller forsøk på handling som rammes av straffeloven § 232.

9.5 Virkemidler i skjæringspunktet mellom etterforskning og forebyggende arbeid – særlig om søk med narkotikahund

Utvalget er kjent med at aksjoner med narkotikahund i enkelte politidistrikter har vakt atskillig diskusjon, og det er blitt reist spørsmål om lovligheten av slike tiltak.

Bruk av narkotikahund til å undersøke personers eiendeler på et sted hvor mange befinner seg, for eksempel skolesekker som elever bærer med seg på en skole, er å anse som *personransaking* dersom vedkommende pålegges å finne

¹⁴ Se Bjerke, Keiserud og Sæther (2011a) punkt 8 til § 172, med videre henvisninger.

¹⁵ Se blant annet Rt. 2005 s. 1167.

seg i undersøkelsen.¹⁶ Dette reguleres av straffeprosessloven § 195, som blant annet krever at det (på forhånd) foreligger skjellig grunn til mistanke om at den den undersøkte personen har begått en handling som kan medføre frihetsstraff, se nedenfor. Utvalget antar at oppbevaringsskap som enkeltelever disponerer på skolen, etter omstendighetene kan betraktes som *oppbevaringssted* som kan ransakes dersom det foreligger konkret mistankegrunnlag, se omtale av straffeprosessloven § 192 ovenfor. Det foreligger derimot ingen lovbestemmelse som hjemler *forebyggende* utvendig undersøkelse av personers eiendeler ved bruk av narkotikahund.

Utvalget har merket seg at Justis- og beredskapsdepartementet høsten 2013 meddelte at bruk av hund i rusforebyggende arbeid ikke skal gjennomføres på en slik måte at det kan ha karakter av kontroll eller ransaking som vil kreve lovhjemmel, for eksempel ved at hunden søker på elevene eller deres eiendeler uten at det foreligger konkret mistankegrunnlag.¹⁷ Det vises også til en skriftlig besvarelse fra Justis- og beredskaps- og innvandringsministeren til Stortinget i 2018:¹⁸

«Søk etter narkotika rettet mot enkeltelever og deres eiendeler er et inngrep som krever et hjemmelsgrunnlag uavhengig av om det skjer som ledd i etterforskning eller forebygging. Utenfor straffeprosessloven, som krever kvalifisert mistanke, finnes ingen lovhjemmel som gir grunnlag for slike søk.»

Det må antas å være rom for demonstrering av søk med narkotikahund basert på samtykke innenfor visse rammer. Den alminnelige kompetansebegrensningen for umyndige personer i vår rettsorden tilsier at det må stilles skjerpede krav

¹⁶ Se gjengivelse av riksadvokatens avgjørelse av en klagesak i 1998 hvor politiet hadde gjennomført en narkotikaaksjon ved en videregående skole, i Myhrer (2001) avsnitt 3.2.1. Se også Riksadvokaten (30.09.1998): «Lovhjemmel kreves ikke hvis elevene reelt kan velge om de vil delta eller ikke under aksjonen. Dersom elevene derimot skal pålegges å finne seg i undersøkelse av klær eller skolesekk, må vilkårene for ransaking være til stede.»

¹⁷ Brev fra Justis- og beredskapsdepartementet (2018) og (2019).

¹⁸ Brev fra Justis- og beredskapsdepartementet (2018), som var den skriftlige besvarelsen av spørsmål nr. 362 fra stortingsrepresentant Carl-Erik Grimstad.

til bruk av mindreårige personers privatautonomi (samtykke) som grunnlag for handlinger som i utgangspunktet er å anse som straffeprosessuelle etterforskningsskritt.

I september 2012 formidlet Politidirektoratet et hefte utarbeidet av Oslo politidistrikt om rettslige rammer og fremgangsmåte for bruk av narkotikahund på skoler til alle politidistriktene.¹⁹ Opplegget som beskrives i heftet, innebærer at elever ved skolestart får beskjed om forebyggende samarbeid mellom politiet og skolen. Elevene kan krysse av for om de ønsker å delta i slike aksjoner eller ikke, og de foresatte skal krysse av for at de er kjent med elevens standpunkt. Elever som ved skolestart har krysset av for at de ønsker å delta, kan trekke samtykket tilbake på stedet hvis de likevel ikke ønsker å delta i en konkret aksjon. Det er presisert i heftet at elever som ikke ønsker å delta, skal kunne gå ut av lokalet og ta med seg sekk og andre personlige eiendeler. Når det gjelder behandlingen av disse elevene, heter det:

«Elever som går ut må holdes godt atskilt fra hunden slik at den ikke får mulighet til å søke på disse.

Elevene som går ut skal ikke presses til å begrunne hvorfor de gikk ut, eller stilles andre nærgående spørsmål som kan gi inntrykk av at politiet har konkret mistanke mot dem. Politiet bør ikke ta personalia på elever som går ut alene av den grunn at de har gått ut.»

Det er blitt fremholdt av Elevorganisasjonen at aksjoner på skolen fører til en stigmatisering av enkeltelever og påvirker læringsmiljøet negativt.²⁰ Det antas at politidistrikter som anvender narkotikahund i søk på skoler, forutsetningsvis anser dette som et hensiktsmessig virkemiddel i sitt arbeid mot straffbar befatning med narkotika. Utvalget kjenner ikke til at det er gjennomført noen kartlegging av hvor mange funn som eventuelt gjøres under slike undersøkelser, eller hvilken virkning slike tiltak har på elevene, herunder hvordan det oppleves for elever som gjør bruk av sin rett til å forlate forsamlingen før søk med hund gjennomføres.

¹⁹ Oslo politidistrikt (2012), se brev fra POD (2012).

²⁰ Se for eksempel artikkel i NRK, Hjetland mfl. (2018)

Kapittel 10

Strafferettslige reaksjoner

10.1 Innledning

I dette kapitlet gjøres det rede for strafferettslige reaksjoner som kan benyttes overfor personer som har begått narkotikalovbrudd knyttet til egen bruk.

Fremstillingen tar også sikte på å gi kunnskap om virkningen av straffeforfølgning for bruk og tilhørende befatning med narkotika til egen bruk i Norge. Dette har stor betydning for å forstå de menneskelige og økonomiske kostnadene ved dagens praksis. Utvalget har i denne sammenhengen utelatt omtale av straffetiltak som i liten grad anvendes overfor denne gruppen, for eksempel soning med elektronisk kontroll (fotlenke).

Innledningsvis gjøres det rede for reaksjoner og oppfølging utenfor domstolen. Hovedvekten av saker om mindre narkotikalovbrudd blir i dag avgjort med forelegg (punkt 10.2) og påtaleunnlatelse (punkt 10.3). Videre beskrives konflikt-rådenes rolle (punkt 10.4). Avslutningsvis gjøres det rede for hvordan personer med rusproblemer blir ivaretatt under soning av dom (punkt 10.5).

For en samlet vurdering av straffleggingen av narkotikabruk og tilhørende befatning med narkotika, se kapittel 12.

10.2 Forelegg

10.2.1 Oversikt

Bøter kan ilegges ved forelegg, som utferdiges av påtalemyndigheten uten domstolsbehandling, jf. straffeprosessloven § 255 første ledd. Et vedtatt forelegg, det vil si et forelegg som siktede har godtatt, har samme virkning som en dom, jf. straffeprosessloven § 258 annet ledd.

Forelegg er en praktisk viktig reaksjonsform for overtredelse av legemiddeloven § 24 og de minst alvorlige overtredelsene av straffeloven § 231. En stor andel av narkotikalovbruddene politiet avdekker knyttet til bruk og besittelse til egen bruk, avgjøres ved forelegg. I 2017 ble det totalt gitt 7613 forelegg.¹ Dette utgjorde 72 prosent av

de narkotikarelaterte straffereaksjonene. 61 prosent (4627) av foreleggene ble gitt for brudd på legemiddeloven. Antall straffereaksjoner for bruk av narkotika er betydelig høyere enn reaksjoner knyttet til mindre besittelser.²

Det vil normalt ikke være knyttet noen form for rehabiliterende oppfølging som kan antas å ha en individualpreventiv effekt til ileggelse av boten.

Bruk og besittelse av narkotika som faller inn under legemiddeloven § 31, straffes som oftest med bøter, selv om fengsel i inntil 6 måneder *kan* idømmes (se kapittel 9). Ved overtredelser av straffeloven § 231 første ledd vil forelegg kunne benyttes i saker som gjelder erverv og/eller oppbevaring som ikke tar sikte på videresalg, når mengden narkotika ikke overskrider de såkalte foreleggsgrensene fastsatt i riksadvokatens narkotikarundskriv, se tabell 10.1.³ Forelegg kan også benyttes i saker om innførsel, men da bare inntil halvparten av mengden som fremgår av tabellen. Som det fremgår av tabell 10.2 nedenfor, fastsettes dessuten forelegget til det dobbelte av det stoffets mengde ellers skulle tilsi.

I norsk rett er det ikke tradisjon for å fastsette rammer for størrelsen på bøtestraff i straffebudene, slik det gjøres for frihetsstraff. Ved utmåling av botens størrelse skal det legges vekt på lovbrøterens inntekt, formue, forsørgelsesbyrde, gjeldsbyrde og andre forhold som påvirker den økonomiske evnen, jf. straffeloven § 53 annet ledd. Ved fastsettelsen av botens størrelse i forelegg medtas gjerne en viss tilståelsesrabatt, som faller bort dersom forelegget ikke vedtas, og saken må bringes inn for retten. Nivået på bøter vil rimeligvis endre seg over tid i lys av endrede samfunnsforhold.

Det er imidlertid fastsatt bøte- og påtaledirektiver for politidistriktene som standardiserer utmålingen av forelegg for visse typer straffbare handlinger, herunder de narkotikalovbruddene

¹ SSB tabell 10651.

² SSB tabell 10651.

³ Riksadvokatens rundskriv nr. 2/2014 s. 7.

Tabell 10.1 Foreleggsgrenser for *ervert* og/eller *oppbevaring*, jf. straffeloven § 231, fastsatt i riksadvokatens rundskriv nr. 2/2014.

Heroin	Inntil 0,5 gram
Amfetamin, metamfetamin, kokain	Inntil 2 gram
PMMA (parametoksymetamfetamin)	Inntil 1 gram
LSD	Inntil 20 ruter/«drypp»
Cannabis (hasjisj/marihuana)	Inntil 15 gram
– cannabisfrø	Inntil 30 stk.
– urteblandinger o.l., inneholdende syntetiske cannabinoider	Inntil 2 gram
Khat	Inntil 15 kilo
GHB/GBL/1,4-butandiol	Inntil 1 dl
Sopp (psilocin/psilocybin)	Inntil 20 gram
Tabletter/kapsler o.l.:	
– benzodiazepiner:	Antall tabletter tilsvarende inntil ca. 25 rusdoser, eksempelvis 50 tabletter Sobril 25 mg (<i>oxazepam</i>), 50 tabletter Mogadon 5 mg (<i>nitrazepam</i>), 50 tabletter Xanor 0,5 mg (<i>alprazolam</i>) og 75 tabletter Valium 5 mg (<i>diazepam</i>)
– sentralstimulerende stoffer	Inntil 20 tabletter ecstasy 100 mg (MDMA)
– opioider	Antall tabletter tilsvarende inntil ca. 25 rusdoser, eksempelvis 3 tabletter Dolcontin 100 mg (<i>morfin</i>), 75 tabletter Temgesic 0,2 mg (<i>buprenorfin</i>) og 2 tabletter Subutex 8 mg (<i>buprenorfin</i>)

som kan avgjøres ved forelegg i henhold til riksadvokatens rundskriv omtalt ovenfor. Direktivene fastsetter bøtesatser avhengig av mengden innenfor foreleggsgrensene. Bøtesatser i Oslo politidistrikt er inntatt i tabell 10.2 som et eksempel på slike bøte- og påtaledirektiver. Om de andre motatte direktivene kan det sies at det er en viss vari-

asjon i nivået på bøtesatsene, og i hvor stor grad det skilles mellom ulike typer stoff og ulike mengdekategorier av stoffene. For eksempel har Nordland politidistrikt noe lavere satser enn Oslo for cannabis, men høyere satser enn Oslo for flere hardere stoffer.

Tabell 10.2 Bøtesatser for narkotikasaker i Oslo politidistrikt

	Kroner
Cannabis	
Bruk	3 500
Jevnlig bruk ca. 3 måneder	5 000
Besittelse av inntil 2 gram	4 000
Erverv/oppbevaring inntil 3 gram	4 500
Erverv/oppbevaring inntil 4 gram	5 000
Erverv/oppbevaring inntil 5 gram	5 500
Erverv/oppbevaring inntil 6 gram	6 000
Erverv/oppbevaring inntil 7 gram	6 500
Erverv/oppbevaring inntil 8 gram	7 000
Erverv/oppbevaring inntil 9 gram	7 500
Erverv/oppbevaring inntil 10 gram	8 000
Erverv/oppbevaring inntil 15 gram	10 000
Cannabisfrø – innførsel av inntil 30 stk.	6 000
Khat	
Bruk	3 000
Jevnlig bruk ca. 3 måneder	3 500
Besittelse inntil 2 kilogram	3 000
Erverv/oppbevaring inntil 3 kilogram	3 500
Erverv/oppbevaring inntil 4 kilogram	4 000
Erverv/oppbevaring inntil 5 kilogram	4 500
Erverv/oppbevaring inntil 6 kilogram	5 000
Erverv/oppbevaring inntil 7 kilogram	5 500
Erverv/oppbevaring inntil 8 kilogram	6 000
Erverv/oppbevaring inntil 9 kilogram	6 500
Erverv/oppbevaring inntil 10 kilogram	7 000
Erverv/oppbevaring inntil 15 kilogram	8 000
Innførsel inntil 15 kilogram	8 000
Opiater	
Tabletter inntil 25 rusdoser	5 000
Heroin:	
a) bruk	2 000
b) besittelse, erverv eller oppbevaring inntil 0,5 gram	3 000

Tabell 10.2 Bøtesatser for narkotikasaker i Oslo politidistrikt

	Kroner
Sentralstimulerende stoffer	
Kokain, amfetamin, metamfetamin (0,5 gram rusdose): bruk, besittelse inntil 2 gram, eller erverv/oppbevaring inntil 2 gram.	5 000
MDMA (150 mg rusdose) Ecstasy 100 mg: inntil 20 tabletter	5 000
Benzodiazepiner og lignende	
Inntil 25 rusdoser	4 000
<i>Alprazolam (1 mg rusdose)</i>	
Xanor/Xanax	
– 2 mg: inntil 13 stk.	
– 1 mg: inntil 25 stk.	
<i>Diazepam (15 mg rusdose)</i>	
Valium	
– 5 mg: inntil 75 stk.	
Stesolid/Vival	
– 5 mg: inntil 75 stk.	
<i>Klonazepam (1,5 mg rusdose)</i>	
Rivotril	
– 2 mg: inntil 19 stk.	
<i>Oxazepam (45 mg rusdose)</i>	
Sobril	
– 10 mg: inntil 113 stk.	
– 15 mg: inntil 75 stk.	
– 25 mg: inntil 50 stk.	
<i>Zolpidem (10 mg rusdose)</i>	
– 5 mg: inntil 50 stk.	
<i>Zopiklon (7,5 mg rusdose)</i>	
– 7,5 mg: inntil 25 stk.	
Diverse	
LSD (100 µg rusdose) Bruk/besittelse, eller erverv/oppbevaring inntil 20 ruter/«drypp»	4 000
GHB (2 gram rusdose) Bruk/besittelse, eller erverv/oppbevaring inntil 1 dl	5 000
Innførsel av narkotika til egen bruk. Narkotikamengden det kan skrives forelegg for, halveres normalt ved innførsel.	<i>2 x ovennevnte satser.</i>
Innførsel av legemiddel (ikke narkotika)	3 500

Kilde: Oslo politidistrikt, Straffesaksbehandlingen ved Oslo politidistrikt (bøtedirektivet), versjon 1.1, 2. mai 2019, s. 14–18.

Forhøyede bøtesatser i belastede områder

Politiet har muligheten til å legge høyere bøter for narkotikalovbrudd begått i områder som på forhånd er definert som særlig belastet. I både Oslo og Bergen har det vært definert slike områder, knyttet til utordringer med åpne russcener. Et høyere kontroll- og straffenivå er ment å bidra til å motvirke spredningsfare, ordensforstyrrelse og kriminalitet i åpne russcener.

I direktiver for henholdsvis Oslo og Vest politidistrikt omtales muligheten for å sette bøtesatsene vesentlig høyere i forhåndsdefinerte geografiske områder.⁴ Politiet i Bergen innførte i perioden 2014–2017 forhøyede bøtesatser i tre soner av sentrum i tilknytning til åpne russcener, men dette praktiseres ikke lenger i dag. I Oslo er det i 2019 definert tre områder der det gis anledning til bruk av høyere bøtesatser.⁵ Når disse forhøyede bøkene ilegges skal det som hovedregel skrives inn i selve forelegget, at «bøtesatsen er forhøyet under henvisning til at forholdet har skjedd i et definert område der det skjer omfattende omsetning av narkotika og at denne omsetningen skjer åpenlyst».⁶

En beskrivelse av slik praksis er offentliggjort i en avgjørelse av Borgarting lagmannsrett fra 2013:⁷

«Oslo politidistrikt iverksatte i juni 2011 en særlig innsats mot de åpne rusmiljøene i Oslo. I særlig belastede områder, med åpenlys omsetning av narkotika, og som er sterkt trafikkerte og beferdete, ble det satt inn vesentlig mer synlig og sivilt politi, personer som kjøpte eller solgte narkotika ble i langt større utstrekning bortvist, og det ble etablert bedre samarbeid med blant annet helsevesenet og barnevern-tjenesten. Videre ble i det påtaledirektivet

⁴ Oslo politidistrikt (2019) s. 14. Vest politidistrikt (2018).

⁵ Det fremgår av Oslo politiets opplysninger til utvalget at hva som har vært ansett som «belastende områder» har variert siden den forhøyede foreleggspraksisen ble innført i 2010. Per i dag er det tre områder som er definert som «belastende» der det skjer omfattende og åpenlys omsetning av narkotika og det blir gitt forhøyede bøter for narkotikabefatning. Det ene området avgrenses av Oslo sentralstasjon og gatene Bispegata, Rådhusgata, Dronningens gate og Biskop Gunnerus' gate. Det andre området er på Vaterland, og det tredje dekker et område på Nedre Grünerløkka.

⁶ Et felles botedirektiv for Oslo, Øst, Sør-Øst, Agder og Sør-Vest politidistrikt er nå under utarbeidelse. Utvalget har fått opplyst at det i det nye botedirektivet blant annet vil bli en tydeligere grense mellom besittelse og oppbevaring. I tillegg vil satsene for heroin forhøyes og likestilles med de satsene som nå gjelder for kokain/amfetamin.

⁷ Dom avsagt 2. mai 2013 (LB-2012-205425).

angitt bøtesatser for 'Ordensforstyrrelser mm', som i utgangspunktet er minimumssatser basert på siktede uten fast arbeid og uten fast bopel. For 'kjøp/besittelse av narkotika på belastet område' – med straffeloven § 162 første ledd som angitt hjemmel – er satsen 10 000 kroner ved forelegg etter tilståelse, jf. straffeloven § 59 andre ledd, mens påstanden i retten skal være 12 000 kroner. De belastede områdene er i direktivet angitt som nedre del av Grünerløkka, Vaterlandsområdet og området rundt Oslo sentralstasjon. Etter direktivet skal bøtesatsen økes i takt med mengde/stofftype.

For tilsvarende overtredelser i andre deler av byen skal det ifølge direktivet utstedes forelegg på 3 000 kroner.»

I det konkrete tilfellet som lagmannsrettssaken gjaldt, var tiltalte idømt et forelegg satt til direktivets minstesats på kr 10 000 for besittelse av 19 Rivotril-tabletter à to milligram. Ifølge lagmannsrettens dom injiserte tiltalte heroin og brukte Rivotril ulovlig for å dempe sosial angst, og han hadde en «utvilsomt stram» økonomi. Lagmannsretten ga uttrykk for «stor forståelse for at boten rammer ham hardt, og at den for ham framstår som urimelig høy», men fant ikke at dette kunne begrunne å redusere botens størrelse.

I en annen dom avsagt av Borgarting lagmannsrett i 2013 ble tiltalte idømt en bot på kr 14 000 for besittelse av 0,49 gram heroin og for å ha brutt pålegg gitt av politiet samme dag om å holde seg borte fra nedre del av Karl Johans gate.⁸ Sistnevnte dom ble anket til Høyesterett, idet det ble anført at praksisen stred mot likhetsprinsippet og evneprinsippet for utmåling av bøter. Høyesteretts ankeutvalg sluttet seg til Borgarting lagmannsretts tidligere vurdering av de forhøyede bøtesatsene og tillot ikke anken fremmet.⁹

10.2.2 Subsidiær fengselsstraff

Dersom overtrederen er over 18 år, skal det ved utmåling av bot fastsettes en subsidiær fengselsstraff som kan fullbyrdes dersom boten ikke betales og ikke kan inndrives, jf. straffeloven § 55 og straffeprosessloven § 456 annet ledd første punktum. Imidlertid skal subsidiær fengselsstraff bare kunne idømmes når den botelagte har evne til å

⁸ Dom avsagt 22. april 2013 (LB-2013-11372).

⁹ Høyesteretts ankeutvalgs kjennelse og beslutning avsagt 1. oktober 2013 (HR-2013-2052-U).

betale boten, eller allmenne hensyn taler for fullbyrding. Fra 1. mai 2019 har det blitt mulig å sone bøtestraff gjennom samfunnsnyttig tjeneste etter straffegjennomføringsloven § 16 a. Formålet er å gi personer som ikke klarer å betale, en mulighet til å gjøre opp for seg uten å måtte sone i fengsel. Friomsorgen har ansvaret for gjennomføringen av bøtetjenestene. Personen må selv søke kriminalomsorgen om å få sone straffen gjennom samfunnsnyttig arbeid. Etter forskrift om straffegjennomføring § 8-2 skal timetallet tilsvare 2 timer bøtetjeneste for hver dag av den subsidiære fengselsstraffen.

Det er Statens innkrevingsssentral som har ansvaret for inndrivelse av bøter, jf. lov om Statens innkrevingsssentral § 1. Boten skal forsøkes inndrives i tre år. Det påligger innkrevingsssentralen å følge god «inkassoskikk». Dersom personen ikke betaler, forsøkes det å ta dekning i skyldnerens eiendeler, lønn eller trygd.¹⁰ I tilfeller der boten ikke kan inndrives, sendes anmodning om soning av bøter til politidistriktene, som treffer vedtak om soning. Et alminnelig utgangspunkt for fastsettelsen av den subsidiære fengselsstraffen er 2 dager per kr 1000.¹¹

På forespørsel fra utvalget har Statens innkrevingsssentral opplyst at det ble sendt 6091 anmodninger om bøtesoning i 2017 og 5584 anmodninger om bøtesoning i 2018, hvorav henholdsvis 125 og 107 anmodninger gjaldt soning i et annet nordisk land. Disse anmodningene gjelder imidlertid ikke bare narkotikakriminalitet. Det har ikke latt seg gjøre å hente ut grunnlagsdata om de underliggende lovbruddene i sakene som den enkelte anmodning om soning knytter seg til. Statens innkrevingsssentral har derfor ikke kunnet oppgi det nøyaktige antallet døgn bøtesoning som knytter seg til bøter for overtredelse av legemiddeloven.

Utvalget har fått opplyst fra Politidirektoratet at politiet ikke fører statistikk over hvilke personer som blir innkalt til bøtesoning, og at Kriminalomsorgsdirektoratet ikke registrerer kriminalitetstypen som ligger til grunn for bøter som subsidiær fengselsstraff sones for. Det foreligger derfor ikke statistikk som gjør det mulig å tallfeste omfanget av soning av fengselsstraff på grunnlag av bøter som utskrives for overtredelse av legemiddeloven.

10.2.3 Bortvisning og bøtelegging for ikke å etterkomme pålegg

Oppholdsforbud er et av tiltakene som er brukt i Portugal-modellen (se kapittel 6). Å vurdere ulike aspekter av Portugal-modellen er en del av utvalgets mandat, og den norske lovhjemmelen for og praktiseringen av oppholdsforbud i form av bortvisning har derfor interesse. Bortvisnings-sakene er et av politiets mange virkemidler utenfor straffesak. Imidlertid kan slike saker i mange tilfeller likevel ende med straff i form av bøteforelegg, og spørsmålet berøres derfor i denne sammenheng.

Oppholdsforbud eller bortvisning blir av politiet betraktet som en hensiktsmessig og skadereducerende tilnærming og er et ofte benyttet virkemiddel i tilknytning til åpne russcener. I politiets handlingsplaner fremgår det at politiet skal prioritere bruk av bortvisningshjemlene for å forebygge åpenlys bruk og befatning med narkotika.¹² Bortvisning eller oppholdsforbud, jf. politiloven § 7, er ikke et straffetiltak, men politiets hjemmel til å håndheve den offentlige ro og orden. Paragrafen er ikke spesielt utformet med henblikk på rusmiddelbrukere, men blir svært hyppig brukt i politiets arbeid for å «avverge og stanse lovbrudd», jf. politiloven § 7 tredje ledd. Bortvisning blir anvendt overfor ruspåvirkede personer det er grunn til å «mistenke» for å være i befatning med narkotika,¹³ for å hindre offentlig og åpenlys kjøp, bruk, salg og besittelse av narkotika, og for å forhindre annen kriminalitet når det er nærliggende fare for det.

Et vedtak om bortvisning blir gitt av den enkelte patrulje på grunnlag av egne observasjoner eller på grunnlag av informasjon som følge av spaning. Et bortvisningsvedtak angir tidsrom for bortvisningen, navn på den bortviste og eventuelle unntak fra forbudet om opphold (for eksempel for å gi adgang til lavterskeltilbud/hjelpetiltak eller bolig), se figur 10.1. Dersom for eksempel personen bruker lavterskeltilbudene som befinner seg innenfor den angitte bortvisningssonen til måltider, blir dette normalt godtatt av politiet og skrevet på vedtak om oppholdsforbud i det konkrete tilfellet.

Det finnes ikke noen oppdatert oversikt over det totale omfanget av bortvisninger, men basert

¹⁰ Holmboe (2017) s. 19.

¹¹ Ot.prp. nr. 90 (2003–2004) s. 452.

¹² POD (2019b) s. 8.

¹³ Vedtakene om bortvisning blir i politiets rettshåndhevelse ofte kort begrunnet med «mistanke nark.», uten at det skriftlig blir forklart nærmere omstendighetene for dette mistankegrunnlaget, se Lundeborg og Mjåland (2017).

BORTVISNING



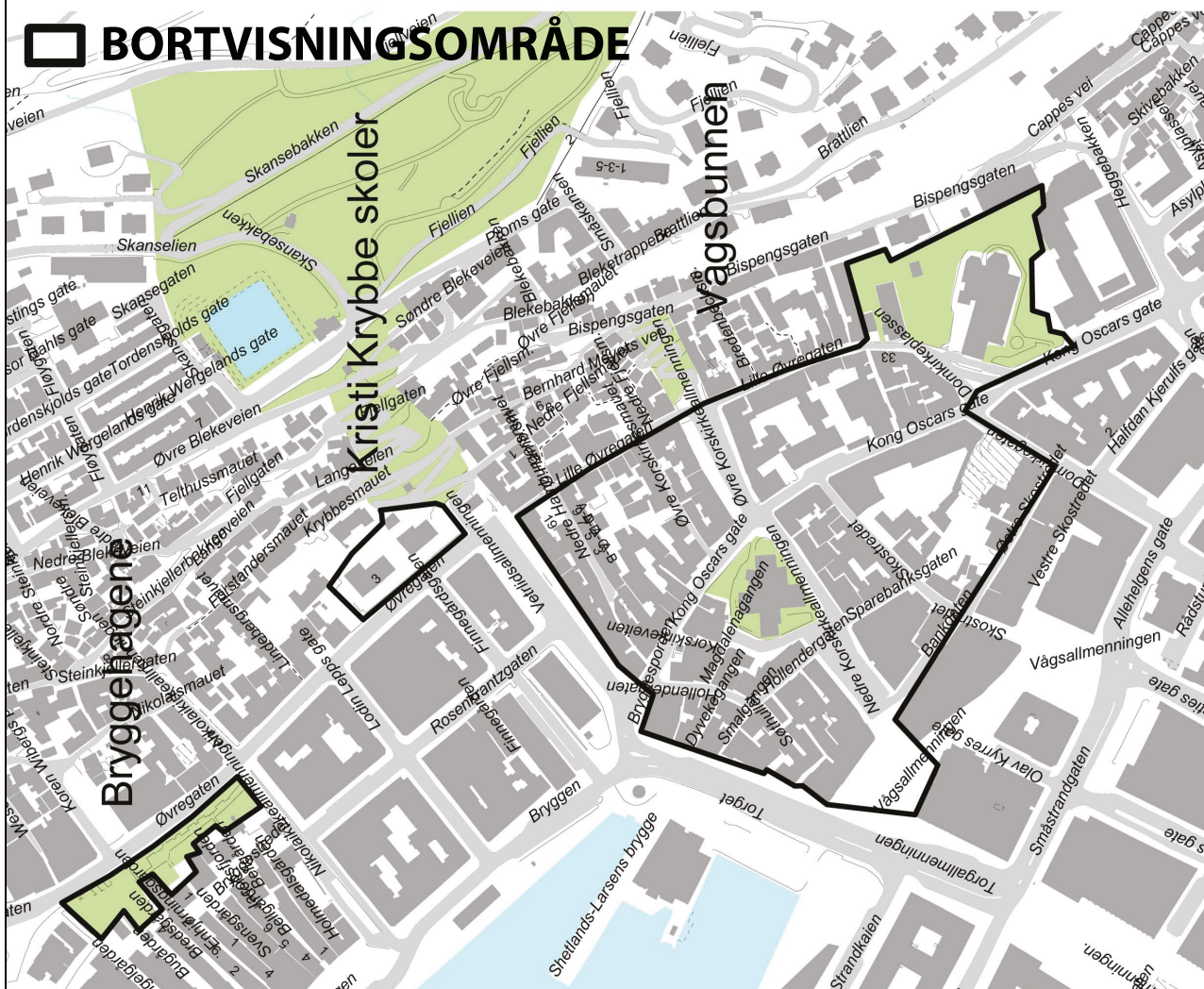
POLITIET

Tidsrom:

Evt. merknader:

.....

Se bakside for hjemmelsbestemmelse og informasjon om hva brudd på bortvisning kan medføre



Figur 10.1 Kart over bortvisningsområde i Bergen sentrum. Den bortviste får tildelt dette kartet av politiet og blir pålagt å holde seg borte fra det angitte området i 24 timer. Hvis dette pålegget brytes, utferdiges det et bøteforelegg. I 2019 ble dette forelegget oppgitt til å være 6000 kroner.

på tidligere undersøkelser – og at bortvisning fremstilles som en av politiets hovedstrategier – er det grunn til å tro antallet er stort.¹⁴ Dette underbygges av tall som viser at fra sommeren 2011 til 2015 ble det gitt omtrent 37 000 bortvisninger fra de åpne rusmiljøene i Oslo.¹⁵

Dersom en person bryter et oppholdsforbud ilagt av politiet, kan vedkommende straffes, jf. politiloven § 30 jf. §§ 5 og 7. I praksis blir slike saker avgjort med bøteforelegg.

Det foreligger ikke tall over hvor mange som blir bøtelagt for å bryte et ilagt oppholdsforbud, men en undersøkelse i 2012 fant at dette skjedde i 6 prosent av i alt 5719 bortvisningsaker, noe som må regnes som et relativt høyt antall.¹⁶

10.2.4 Utfordringer med bruk av bøtestraff for bruk av narkotika og andre narkotikarelaterte lovbrudd

I vår rettstradisjon er det et grunnleggende skille mellom bot og fengsel. Fengsel blir betraktet som en strengere straff, som ikke skal idømmes i stedet for bot, selv om den tiltalte ønsker det.¹⁷ Regelen i straffeloven § 55 om at det skal fastsettes en subsidiær fengselsstraff ved bøtelegging, innebærer likevel at en del personer med svak økonomi fengsles i bøtesaker.¹⁸ Problemet på narkotikaområdet underbygges av at det er en overrepresentasjon av personer fra sosioøkonomisk vanskeligstilt bakgrunn som blir anmeldt, og som dermed kan ha dårligere betalingssevne enn andre.¹⁹ I mange tilfeller har personer med rusproblemer også store, sammensatte utfordringer

av ulik art, blant annet psykiske lidelser; de lever under ustabile og midlertidige boforhold, har mangelfull tilknytning til arbeidslivet og stor gjeld fra før.²⁰ En bot vil i en slik situasjon kunne innebære en ikke ubetydelig økonomisk belastning og påføre en ytterligere psykisk og sosial byrde i en allerede krevende hverdag.

Et rettssikkerhetsproblem som har blitt påpekt, er at den som nekter å vedta en bot, normalt ikke får rettshjelp og oppnevnt offentlig betalt forsvarer, jf. straffeprosessloven § 96 annet ledd nr. 2.²¹ Et problem med en bøteleggingssituasjon kan også være at noen opplever at de blir presset til å vedta boten uten tilstrekkelig betenkningstid, på tross av at de selv mener de ikke har gjort noe som er beviselig straffbart.²² Enkelte brukere oppgir også at de har vedtatt et forelegg de ikke helt forstår grunnlaget for. I noen situasjoner kan påvirkning av rusmidler svekke vurderingsevnen i kontakten med politiet. Videre kan det forhastede ved situasjonen være drevet av en opplevelse av stigma eller ubehag ved å snakke ytterligere med politiet av frykt for å kunne bli innbrakt til avhør og mulighet for ytterligere inngripen og fare for påfølgende abstinensreaksjoner.

Selv om subsidiær fengselsstraff lenge har vært kritisert for å ramme sosialt skjevt,²³ ble ordningen opprettholdt i den nye straffeloven av 2005. Bakgrunnen var en overbevisning om at trusselen om fengselsstraff ble ansett å være nødvendig for å skape et betalingspress.²⁴ Samtidig ble det lagt vekt på at det kan være i strid med den alminnelige rettsfølelsen i befolkningen dersom tilbakefallsforbrytere som ikke betaler sine bøter, kan unngå fengsel. Denne tilbakefallsproblematikk-

¹⁴ I den såkalte Plata-aksjonen i Oslo, som startet i 2004, ble politiloven § 7 brukt til å fatte 2042 bortvisningsvedtak, se Olsen og Skretting (2006) s. 69. Nafstad fant at 5719 bortvisningsvedtak ble fattet i området rundt Oslo S i løpet av et halvt år i 2011, se Nafstad (2012) s. 114. En spørreundersøkelse gjort i Bergen viste at 50 prosent av brukerne i åpne russcener hadde opplevd å bli bortvist en eller flere ganger, se Lundeberg og Mjåland (2017). I *Aftenposten* 23. november 2012 vises det til en artikkel i Oslo-politiets internblad om at det i løpet av et år var registrert 13 046 bortvisninger, og at de fleste vises bort fordi de er i området for å kjøpe narkotika, se Kvilesjø og Hofoss (2012).

¹⁵ Disse tallene er innhentet fra politiet av Larsen (2016).

¹⁶ Nafstad (2012).

¹⁷ Morten Holmboe diskuterer disse prinsipielle spørsmålene knyttet til bøter og subsidiær fengselsstraff i Holmboe (2016) og Holmboe (2017).

¹⁸ Holmboe (2016).

¹⁹ *Ung i Oslo*-undersøkelsen gjennomført i 2018 viste at bruken av cannabis var høyere blant ungdom med foreldre med høy utdanning. Willy Pedersen og Tilmann Von Soest (2019) viser imidlertid i en nylig undersøkelse at risikoen for å bli «tatt» av politiet var mer enn syv ganger høyere for ungdom som har foreldre med lav utdanning, når andre forhold er like. Se Pedersen og Von Soest (under publisering).

²⁰ Det er gjort noen undersøkelser av rusbruk, helse og livssituasjon, sosiale kjennetegn og bakgrunn av deltagere i de åpne russcenene. Gjersing og Sandøy undersøkte i 2014 og 2017 forholdene i syv norske storbyer (Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Tromsø, Sandnes og Kristiansand) og Lundeberg og Mjåland (2017) kartla brukere i Bergen i 2015. Disse undersøkelsene viser at brukere som frekventerer de åpne russcenene, ofte er preget av langvarig og omfattende misbruk av tyngre stoffer og er en økonomisk vanskeligstilt gruppe med en opphopning av levekårsutfordringer, som har omfattende hjelpebehov. 85 prosent oppgir trygd og sosialhjelp som sine inntektskilder. Omtrent tre av fire av brukerne er menn, og de fleste er i 40-årene. Halvparten av dem oppgir å være i LAR. 65 prosent oppgir at de hadde hatt én eller flere overdoser i løpet av livet. Unge og rekreasjonsbrukere er i liten grad til stede på de åpne russcenene. Se Gjersing og Sandøy (2014) og Lundeberg og Mjåland (2017).

²¹ Holmboe (2016 og 2017).

²² Nafstad (2012).

²³ Justisdepartementet diskuterte blant annet ordningen som et «gjeldsfengsel», se Holmboe (2017).

²⁴ Hombøe (2016).

ken er særlig aktuell på narkotikafeltet, der gjentatte lovbrudd kan være knyttet til en persons avhengighetsforhold til narkotika. Den avskrekende effekten av bøtStraff vil dermed kunne være særlig liten overfor marginaliserte narkotikabrukere med få ressurser og lang kriminell historie.²⁵

Spørsmålet om hvorvidt bøtelegging er kriminalitetsreducerende, må også ta i betraktning hvordan den bøtelagte har skaffet betalingsmidlene, og om andre uskyldige parter blir skadelidende. Statens innkrevingspraksis gir grunn til å spørre om ikke pengene ofte er skaffet enten ved at andre betaler boten, ved at betalingen går ut over forsørgelsen av familien, eller ved at det begås nye lovbrudd.²⁶ I de tilfeller der en narkotikasak avgjøres med bøtStraff, fremstår det nærliggende å anta at det i en del tilfeller kan medføre at den bøtelagtes familie eller andre nærstående betaler boten for å skåne personen fra fengselsoppholdet. Mange problembrukere er gjeldsbelastet og har få muligheter til å skaffe seg inntektsbringende arbeid. En kartlegging viser at 26 prosent av dem som sitter i fengsel, har ubetalte bøter,²⁷ og det kan antas at mange av dem har problemer med narkotika (se punkt 10.5).²⁸ Gjeld, narkotikaproblemer og kriminalitet er ofte tett knyttet sammen. Straffedømte personer med gjeldsbyrder på grunn av ubetalte bøter og annen gjeld har større vanskeligheter med å få innpass i det ordinære arbeidsmarkedet og vil dermed kunne være mer tilbøyelig til å løse pengeproblemer på ulovlig vis.²⁹ Dette vil i så fall stride mot straffens formål.

Straff overfor særlig vanskeligstilte brukere av narkotika kan dermed få utilsiktede konsekvenser for den enkelte og samfunnet og ramme uskyldige barn og familier sosialt og økonomisk.

Samlet sett fremstår rusavhengige dårligere stilt til å ivareta sine interesser i beslutningsprosesser knyttet til narkotikaovertridelser når forelegg ilegges, inndrives og overprøves.³⁰

Et annet problem med bøtesoningen er den lange ventetiden fra boten blir ilagt, til det blir avklart *om, når og hvor* boten skal sones. Venting

blir av mange oppfattet som et mer destruktivt element av straffen enn selve soningen.³¹ Mange straffedømte rapporterer at ventingen har en rekke negative konsekvenser for personens muligheter til livsutfoldelse og deltagelse i produktive aktiviteter. Uavklarte saker knyttet til ubetalte bøter over et lengre tidsrom fører til større passivitet og usikkerhet knyttet til fremtiden og kan skape problemer for planleggingen og oppfølgingen av hjelpetjenester personen benytter seg av.

Korte fengselsopphold, som bøtesoninger innebærer, skaper også dårlige betingelser for å gi et konstruktivt innhold i straffen for å kunne motivere den enkelte til å ta imot hjelp. Utilstrekkelig tid vanskeliggjør muligheten for å igangsette konstruktive tiltak og oppfølging ved behov. Mangel på behandlingstiltak vil i verste fall kunne bidra til å gjøre den betydelig forhøyede overdoserisikoen som er påvist ved løslatelse, enda høyere.³²

Den ovennevnte kritikken mot bøtesonering førte til at det som tidligere omtalt (se punkt 10.2.2 ovenfor) fra 1. mai 2019 har blitt innført et nytt straffetiltak. Etter en lengre prøveordning er det blitt mulig å sone bøtStraff gjennom samfunnsnyttig tjeneste etter straffegjennomføringsloven § 16 a.³³ Antallet som søker bøtetjeneste, er imidlertid betydelig lavere enn antatt.³⁴ Dette kan ha sammenheng med at «[d]en som er i stand til å gjennomføre tjenesten, slipper med det; den som er for nedkjørt til å gjennomføre noen tjeneste, risikerer fengsel», som Morten Holmboe uttrykker det.³⁵ I en evalueringsrapport som ble utgitt i 2015, vises det til forhold som gjør at bøtetjenesten ikke er egnet for alle.³⁶ Et hovedproblem som trekkes frem er at målgruppen for bøtetjenesten har utfordringer på en rekke livsområder. Rusproblemer, ustabile boforhold og svak tilknytning til lokalmiljøet fremstilles som hovedårsaker.

²⁵ Siktete for narkotikalovbrudd har høyere tilbakefallsprosent enn siktete i andre lovbruddsgrupper, se Thorsen, Lid og Stene (2009).

²⁶ Holmboe (2017).

²⁷ Revold (2015) s. 46.

²⁸ I underkant halvparten av dem som sitter i fengsel, oppgir å ha et narkotikaproblem, se Bukten m.fl. (2016).

²⁹ Todd-Kvam (2019).

³⁰ Gatejuristen har imidlertid gitt fri retts hjelp til mange brukere og har fremmet flere slike saker for domstolen.

³¹ Laursen, Mjåland og Crewe fant på bakgrunn av intervjuer med 200 innsatte i syv ulike norske fengsler at ventetiden kunne oppleves som verre enn straffen, og at ventingen var en psykisk belastning som førte til mindre engasjement, deltagelse og livsmestring, se Laursen, Mjåland og Crewe (2019).

³² Ødegård mfl. fant at risikoen for overdosedødsfall var ti ganger høyere de to første ukene etter løslatelsen, se Ødegård mfl. (2010). Bukten mfl. fant at 85 prosent av alle dødsfall som skjer innen en uke etter løslatelsen, skyldes overdoser, se Bukten mfl. (2017).

³³ Ordningen trådte i kraft for kriminalomsorgen i øst, sør og vest 1. mai og i sørvest og nord fra 1. oktober.

³⁴ Meld. St. 12 (2014–2015) *Utviklingsplan for kapasitet i kriminalomsorgen*.

³⁵ Holmboe (2016b)

³⁶ Denne prøveordningen ble evaluert i 2015 av Birgitte Langset Storvik, se Storvik (2015).

10.3 Påtaleunntatelse

10.3.1 Oversikt

Påtalemyndigheten kan unnlate å påtale en straffbar handling selv om det er bevist at vilkårene for straffbarhet er oppfylt, når «helt særlige grunner tilsier det», jf. straffeprosessloven § 69 første ledd. Påtaleunntatelse er en såkalt positiv påtaleavgjørelse som konstaterer straffskyld, og må ikke forveksles med at forholdet henlegges. Påtaleunntatelse kan være ubetinget eller betinget. Ubetinget påtaleunntatelse innebærer et fritak for videre straffeforfølgning, mens betinget påtaleunntatelse gis på vilkår om at vedkommende i en nærmere fastsatt prøvetid ikke gjør seg skyldig i en ny straffbar handling, jf. § 69 annet ledd. Det kan dessuten settes bestemte vilkår for reaksjonen, slik det fremgår av straffeloven § 37. Selv om det formelt sett er påtalemyndigheten som fastsetter vilkår, vil det i praksis bli avklart med siktede om personen samtykker til eventuelle vilkår som alternativ til påtale. Straffeprosessloven § 69 tredje ledd tredje punktum fastsetter at den siktede «så vidt mulig» skal få uttale seg om vilkårene før de fastsettes. De vilkårene som er mest relevant i saker som omhandler befatning med narkotika til egen bruk, er kravet om å avstå fra å bruke rusmidler og avgjøre nødvendige rusprøver, jf. straffeloven § 37 bokstav d og/eller å gjennomgå ulike former for behandlingstiltak for å motvirke misbruk, jf. straffeloven § 37 bokstav e. De særlige vilkår knyttet til å gjennomføre narkotika-program med domstolskontroll behandles under punkt 10.5.4. Vilkår knyttet til gjennomføring av strafferettslige reaksjoner i konfliktråd behandles under punkt 10.4.

I 2017 ble det utferdiget 2058 påtaleunntatelser, hvorav 1434 gjaldt brudd på legemiddel-loven.³⁷ I underkant av halvparten av sakene (44 prosent) er påtaleunntatelsen gjort betinget.³⁸ De fleste av disse gjaldt brudd på legemiddel-loven; 74 prosent av sakene var betingede påtaleunntatelser som følge av brudd på legemiddel-loven, 17 prosent for straffeloven og 8 prosent for brudd på begge lover. Ungdom i alderen 15–20 år utgjorde 70 prosent av alle saker med betinget påtaleunntatelse, det vil si omtrent 490 saker.³⁹

Hvilke vilkår som ble gitt ved disse påtaleunntatelsene, fremgår ikke av statistikken, men trolig gjelder det i hovedsak såkalte ruskontrakter (se under). Det er ikke kjent hvilke type(r) rusmidler sakene omfattet.

Påtaleunntatelse er i liten grad brukt for overtredelse av legemiddeloven for voksne, selv om rehabiliterende hensyn skulle gjøre seg gjeldende. Betinget påtaleunntatelse var også en ubetydelig reaksjonsform for unge på begynnelsen av 2000-tallet.⁴⁰ Imidlertid har påtalemyndigheten her endret sin praksis. Betinget påtaleunntatelse er nå den mest brukte reaksjonsformen mot unge i aldersgruppen 15–17 år.⁴¹ Bakgrunnen er at ileggelse av forelegg ble betraktet som en lite hensiktsmessig reaksjon overfor unge, fordi det ble antatt å ha en liten rehabiliterende effekt. I riksadvokatens rundskriv nr. 2/2014 om narkotikasaker fremgår det at påtaleunntatelser bør anvendes i stedet for bot:

«Påtaleunntatelse med prøvetid kan være en særlig egnet straffereaksjon overfor unge lov-brytere ved mindre alvorlig narkotikalov-brudd, hvor formålet er å forebygge videre rusbruk, og/eller stimulere til fortsatt rehabilite-ring. Særlig for ungdom mellom 15 og 18 år bør slike reaksjoner anvendes framfor illeggelse av bot.»⁴²

I aldersgruppen 15–17 år ble betinget påtaleunntatelse i 2014 brukt dobbelt så ofte som forelegg.⁴³

10.3.2 Påtaleunntatelse med vilkår om ruskontrakt med oppfølging og rustesting

Selv om bruken av påtaleunntatelser er omfattende, finnes det ikke mange studier gjort av påtaleunntatelse med vilkår om oppfølging og bruk av ruskontrakter. Imidlertid viser undersøkel-sene som er gjort, og utredningen fra Politi-direktoratet⁴⁴ at det er mange positive erfaringer med enkelte tiltak. Samtidig påpekes mange pro-blematiske forhold og flere utfordringer i gjennomføringen.⁴⁵

³⁷ POD (2019b).

³⁸ Jf. Politidirektoratets statistikk over påtaleunntatelser 2017. *Betinget* påtaleunntatelse ble gitt i 913 av de totalt 2058 antall påtaleunntatelsessakene i 2017. Dette omfattet både brudd på straffelovens § 231 og legemiddelovens § 31.

³⁹ SSB tabell 10624, tall oppgitt i Oslo Economics' rapport, se digitalt vedlegg s. 31.

⁴⁰ Lid (2016).

⁴¹ Lid, (2016) s. 55; Sandøy og Hauge (2019).

⁴² Riksadvokatens rundskriv nr 2/2014 s. 8.

⁴³ Sandøy og Hauge (2019) s. 44, figur 2.2, oversikt over reaksjonstype i aldersgruppen 15–17 år, 2002–2014, basert på tall fra Statistisk sentralbyrå.

⁴⁴ POD (2019b).

Det som kalles påtaleunnløstelse med «ruskontrakt», benyttes ofte overfor ungdom som har begått mindre narkotikalovbrudd. Ruskontrakt omtales ofte også som «ungdomskontrakt». «Ruskontrakt» kan også inngå som et frivillig tilbud i saker med bekymring rundt rus som ennå ikke har endt i en straffesak (se kapittel 11 punkt 11.6). Ved påtaleunnløstelse er imidlertid «ruskontrakten» et vilkår for å slippe ordinær straff. «Kontrakten» inngås mellom på den ene side ungdommen og foresatte og på den annen side politi og kommune. I «kontrakten» forplikter ungdommen seg til å gjennomføre spesifiserte aktiviteter.

Beslutning om å tilby å avgjøre straffesaken med påtaleunnløstelse med «ruskontrakt» gjøres etter en konkret vurdering fra påtalemyndighetens side. Det kreves – som for påtaleunnløstelser for øvrig – at helt særlige grunner tilsier at påtale unnløstes, og at ikke sterke allmennpreventive hensyn taler mot denne avgjørelsesmåten. Ung alder og rehabiliteringshensyn knyttet til narkotikabruk kan være slike helt særlige grunner som må foreligge for å velge påtaleunnløstelse med vilkår. En slik reaksjon brukes blant annet for å unngå den belastning og de negative følger en straffesak vil kunne ha for ungdommens videre utdanning og yrkesliv.

Oppfølgingen av den enkelte ungdom som er ilagt påtaleunnløstelse med ruskontrakt, skjer ofte gjennom ulike former for samarbeid mellom politiet og kommunene. Vilkårene i ruskontrakten kan for eksempel være deltagelse i ulike rusprogram i regi av kommunene, slik som hasjavenningstiltaket *Ut av tåka* og andre programmer som legger til rette for individuell oppfølging og rehabiliterende prosesser, som *Tidlig ute* og TIUR-modellen (se omtale nedenfor). Ofte er rustesting en sentral del av kontrakten.

«Ruskontrakter» benyttes også ofte som en del av andre alternative straffereaksjoner. Dette kan være betinget fengselsdom, narkotikaprogram med domstolskontroll (ND-dom), såkalt § 12-soning i institusjon eller ungdomsoppfølging og ungdomsstraff, se omtale i punkt 10.5 nedenfor.

Tiltak for og oppfølging av ungdom som bruker narkotika, er i praksis sterkt varierende. I flere kommuner er det imidlertid igangsatt prosjekter for å etablere og forbedre samarbeidsstrukturer samt skape rammer for en mer ensartet praksis for oppfølging og reaksjoner knyttet til ungdommers bruk av narkotika. Noen av disse tiltakene fremstilles i det følgende.

⁴⁵ Bresil (2012); Lid (2016); Lien og Larsen (2015).

10.3.3 TIUR-modellen

TIUR-modellen (*Tidlig Intervensjon – Unge og Rus*, heretter omtalt som TIUR) er et rusforebyggende tverrsektorielt tiltak basert på SLT-samarbeidet (samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak mellom kommune og politi, se kapittel 11). TIUR startet først som et prosjekt, men har nå blitt et permanent tiltak i Ringsaker kommune. Mange av ungdommene i TIUR har deltakelse i tiltaket som vilkår for påtaleunnløstelse.

Antallet ungdom som får oppfølging gjennom Tiur har økt betydelig og nær fordoblet seg i perioden 2014-2019. I 2014 hadde TIUR 46 deltagere.⁴⁶ I 2019 fikk 79 ungdommer oppfølging gjennom Tiur-modellen, hvorav 12 jenter og 67 gutter.⁴⁷ Det er dermed en betydelig større andel gutter i tiltaket, bare 15 prosent av de som følges opp er jenter. Halvparten (40 unge) hadde deltagelse i tiltaket som vilkår for påtaleunnløstelse. Det oppgis at 39 av det totale antall saker omhandler bruk av andre typer narkotika⁴⁸ enn cannabis, og at bruk av andre stoffer preger sakene i stadig større grad. De siste årene rapporterer flere særlig om bruk av MDMA og kokain.

Målet med TIUR-tiltaket er å forebygge at ungdom som har prøvd narkotika, fortsetter bruken og får problemer knyttet til rusmidler og kriminalitet. I håndbok for TIUR-modellen er målet angitt slik:

«Forebygge at ungdom i alder opp mot 24 år, som har debutert med narkotika, opprettholder sitt [sic] bruk med fare for å utvikle avhengighet og varige problemer knyttet til rus og kriminalitet. Virkemidler skal blant annet bestå av tidlig intervensjon, tverrprofesjonelt samarbeid og individtilpassede tiltak.»⁴⁹

Gjennom etableringen av TIUR ønsket man å utvikle en god samarbeidsstruktur mellom politi og kommune i det rusforebyggende arbeidet. Tiltaket inkluderer barneverntjenesten, ungdomskontakten, NAV, helsestasjon for ungdom og politi, som sammen har utviklet kompetanse og metoder for tverrfaglig samarbeid. Samarbeids-

⁴⁶ Baklien og Bye (2017) s. 11.

⁴⁷ Opplysningene er gitt av TIUR på epost 3. desember 2019.

⁴⁸ De andre narkotiske stoffene ungdommen forteller at de bruker er MDMA, kokain, amfetamin, LSD, fleinsopp og diverse tabletter, både ulike «adhd-medisiner», benzodiazepiner og opioider. Hva som oppgis som mest brukt varierer, men flere forteller om bruk av MDMA og kokain.

⁴⁹ Sykehuset Innlandet HF (2017) s. 6.

formen skal sørge for en bedre organisering, med tydelige regler for koordinering, kommunikasjon og avklarte roller, oppgaver og funksjoner i behandling av den enkelte sak. TIUR tilstreber også høy grad av foreldremedvirkning.

De obligatoriske virkemidlene i TIUR består av avdekking og kartlegging av bruk av narkotika, oppfølging av enkeltungdom med samtaler, urinprøvekontroll hos politi eller hos helsesykepleier og en avslutningssamtale. Formålet med TIUR-modellen er å tilby en rekke tiltak som gjør det mulig å gi et helhetlig tilbud tilpasset den enkelte ungdoms særlige behov.

Tradisjonelt er det politiet som har hatt den viktigste rollen i å avdekke bruk av rusmidler. Et viktig mål for TIUR var å styrke den tverretatlige kunnskapen om narkotikabruk og å sørge for god avdekkingskompetanse blant alle som arbeider med ungdom, herunder ansatte i ungdomsskoler, videregående skole, barnevern, ungdomskontakt, ungdomshelsetjenesten, NAV, psykisk helse- og rustjenester, fritidsklubber og politi. Denne kompetansehevingen har bidratt til at ansatte i skoler og andre tjenester nå i større grad enn tidligere avdekker rus og narkotikabruk blant ungdom.⁵⁰

Tidligere har det vært politiet som har stått for urinprøvekontroll. TIUR-modellen har også gitt muligheter for at ungdom på frivillig basis avtaler å gjennomføre urinprøvetesting på helsestasjon for ungdom. Det kan være mer hensiktsmessig og mindre belastende å la helsepersonell utføre denne kontrollen, uten unødig involvering av politiet. Krav om rustesting vil følge av vilkårene ved påtaleunntakelsen. Lege, sykepleier, helsesekretær eller bioingeniør skal etter helsepersonelloven § 12 tredje ledd ta blodprøve eller lignende rusprøve på anmodning fra politiet.

Skolen som samarbeidspartner er en vesentlig del av TIUR-tenkningen. SLT-oppvekstteam, som er etablert på alle ungdomsskoler og videregående skoler i Ringsaker, fungerer som en informasjonsdelings- og erfaringsutvekslingskanal, der konkrete bekymringer og informasjon om tiltak drøftes. Når skolen får kjennskap til at en elev enten bruker narkotika eller er i et risikomiljø for bruk, skal foresatte varsles og informeres om TIUR.

Skolene kan også anonymt søke råd og veiledning hos ungdomskontakten eller politiet om konkrete saker ved mistanke om narkotikabruk. Videre kan skolen være arena for samarbeidsmøter mellom ungdom, foresatte og instanser

⁵⁰ Baklien og Bye (2017).

som følger opp eleven gjennom TIUR. Utover dette skal skolen bidra med aktivt informasjonsarbeid overfor foreldre for å øke kunnskapsnivået om rusmidler og gi råd om hvordan de kan oppdage bruk av narkotika, og hvordan de kan håndtere dette best mulig.

Det er utarbeidet en rekke veiledere og maler for gjennomføring av TIUR som tydeliggjør ansvarsforhold, oppgaver, regler og saksbehandling, og som gjør at tiltaket fremstår som mer ensartet og helhetlig for berørte parter.⁵¹

TIUR-prosjektet ble evaluert i 2016.⁵² Det ble gjennomført intervjuer med ansatte (10) og ungdom (19) som hadde deltatt i tiltaket. Dataene i evalueringen er ikke tilstrekkelige til å se klare årsakssammenhenger, og resultatene kan være preget av en seleksjonseffekt, ved at ungdommer med positive erfaringer fra tiltaket kan være overrepresentert. Undersøkelsen gir heller ikke svar på de langsiktige virkningene. Samtidig kan undersøkelsen gi kunnskap om hvorfor noen ungdommer har hatt overveiende gode erfaringer med TIUR.

I prosjektevalueringen var det avdekking av bruk av narkotika, urinprøver og samtaler med ungdomskontakt ungdommene trakk frem som de mest sentrale tiltakene i TIUR. Opplevelsen av en bedring av ungdommers livssituasjon var for mange særlig knyttet til jevnlig samtaler med ungdomskontakten. Samtalene bidro til en bevisstgjøring om egen rusmiddelbruk og farene knyttet til fortsatt bruk.

Tiltaket synes å ha best resultater på ungdommene som fra før hadde en problematisk livssituasjon, med dårlig fungeringsnivå i skole- og jobbsammenheng, problembruk av rusmidler og psykiske utfordringer. Det ser dermed ut til at de som trenger mest hjelp og støtte, opplever tiltaket som mest nyttig. For dem bidro deltagelsen til endring på flere livsområder, med større stabilitet og bedre mestring av familierelasjoner, skole og jobb og mindre skadelig bruk av rusmidler. Dette er interessant, da andre undersøkelser av bruk av ruskontrakt tyder på at særlig vanskeligstilt ungdom kan ha lavere fullføringsgrad og dårligere utbytte enn mer ressurssterke ungdommer (se kapittel 11, punkt 11.6).⁵³ Mulighetene for individuell tilpasning og om hjelpehensyn er styrende for oppfølgingen, kan være avgjørende for et godt resultat.⁵⁴ Foreldrenes ulike ressurser og forut-

⁵¹ Sykehuset Innlandet HF (2017).

⁵² Baklien og Bye (2017).

⁵³ Lien og Larsen (2015).

⁵⁴ Lien og Larsen (2015).

setninger for å gi ungdom støtte vil uansett kunne gjøre noen unge mer utsatt enn andre.

Ungdommene i undersøkelsen hadde imidlertid i liten grad fått individtilpassede tiltak utover de obligatoriske. Dette kan synes påfallende, da noen av deltagerne oppgav å ha utfordringer på mange livsområder.

For de ungdommene som opplevde å ha en tilfredsstillende livssituasjon, og som mestret venne- og familierelasjoner og skole på en god måte, var det ikke ventet at tiltaket nødvendigvis ville føre til en vesentlig endring. Det ble lagt vekt på at den rusforebyggende målsettingen i møte med disse relativt velfungerende ungdommene først og fremst er å endre deres holdninger til bruk av narkotika for å forebygge videre bruk og hindre problembruk. Undersøkelsen viste at selv om noen av ungdommene fortsatt hadde en liberal holdning til narkotika (det vil her si hovedsaklig cannabis) etter gjennomføring av tiltaket, valgte likevel mange å ikke bruke det.

Undersøkelsen viste også at både ungdom, foreldre og ansatte i tiltaket har opplevd urinprøvekontroll som et konstruktivt virkemiddel. Ungdommene selv sier at kontrollene hjalp dem å avstå fra narkotikabruk. Det ga dem en mulighet for en (rusfri) pause, der de fikk anledning til å reflektere rundt sitt forhold til rusmidler og konsekvensene av bruk. Kontrollformen har også bidratt til å gjenopprette tillitsforholdet til foreldre, idet det ga dem større trygghet om at ungdommen holder seg rusfri.

Kontakten med politiet blir imidlertid opplevd som mer sammensatt. Selve avdekkingen opplevde mange som belastende og stigmatiserende ved å bli definert som kriminell. Samtidig ble det å bli tatt av politiet fremstilt som et konstruktivt vendepunkt, ved at rusmiddelbruk ble oppdaget. Ungdommene med størst problemkompleks opplevde at dette bidro til at de fikk bedre og tettere oppfølging i hjelpeapparatet.

Evalueringen viser til at TIUR-samarbeidet har ført til kompetanseøkning om cannabis og andre rusmidler som har bedret de involvertes forutsetninger for å fremstå som balanserte og troverdige i formidlingen og samtalen om bruk av rusmidler med ungdommen og foreldre.

Samarbeidsmetodikken i TIUR kan ha overføringsverdi til andre områder innen rus- og kriminalitetsforebyggende arbeid. Imidlertid kan det synes som det brukes svært mye ressurser på samarbeidsmøter, samtidig som det er uklart hvordan den enkelte ungdom blir involvert og opplever medvirkning. I handlingsplanen står det relativt lite om hvordan TIUR sikrer at ungdommenes

ønsker, behov og interesser blir ivaretatt gjennom de relativt omfattende og inngripende tiltakene og prosessene som deltagelse i TIUR innebærer.

TIUR fremstår som en ressurskrevende samarbeidsmodell, og tiltakene er relativt omfattende og inngripende, noe som ikke alltid vil være nødvendig overfor ungdom som i hovedsak mestrer livet sitt tilfredsstillende, og som ikke har rusproblemer. Etter utvalgets oppfatning er det viktig med mer forskning på effekter og resultater av slike tiltak for å vurdere hvorvidt bruk av slike alternative straffereaksjoner kan anses kostnads-effektivt og forholdsmessig.

10.3.4 Tidlig ute

Tidlig ute er et rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak i samarbeid mellom Hordaland politidistrikt, Bergen kommune og Helse Bergen, som ble startet i 2009. Deltagere er ungdom fra 15 til 25 år som begår narkotikarelatert kriminalitet og blir oppdaget av politiet. De som samtykker til deltagelse, får påtaleunndlatelse for narkotikalovbruddet og forplikter seg til seks måneders oppfølging og to års prøvetid. I perioden 2009–2017 har 229 personer deltatt i *Tidlig ute*. I 2017 var antallet 79, og i 2018 var det 91 deltagere. 42 av dem var under 18 år.

Det er Utekontakten i Bergen som er ansvarlig for gjennomføringen av *Tidlig ute*. De sakene Utekontakten får, kommer på oppdrag fra politiet. Ofte kan dette gjelde ungdom som Utekontakten ikke kjenner fra før. Dette utgjør en betydelig forskjell fra Utekontaktens øvrige saker, der de selv definerer hvem som skal tilbys oppfølging, ofte basert på langvarig kontakt og tillitsforhold med ungdom som selv ønsker oppfølging.

Når Utekontakten får forespørsel om å følge opp en ungdom med påtaleunndlatelse, betyr det at ungdommen har samtykket til å delta i *Tidlig ute* og til at den videre oppfølgingen skal gjøres av Utekontakten. Selv om frivillighet er utgangspunktet når ungdommen møter Utekontakten, bruker kontaktpersonen i Utekontakten tid på å undersøke hvorvidt deltagelse i tiltaket er basert på et reelt samtykke, og på å snakke med ungdommen om hvorvidt motivasjonen for endring er iboende eller skapt av ytre press – og i så fall hvilket press. Hensikten er å undersøke mulige motivasjonsfaktorer ungdommen har og skape et mer genuint forhold og større eierskap til egen endringsprosess.

Gjennom de første møtene gjøres en kartlegging av blant annet rusproblematikk, fysisk og psykisk helse, sosial fungering, nettverk,

skolegang, boligsituasjon og holdninger til kriminalitet hos ungdommene som skal delta i *Tidlig ute*. Etter kartleggingen får hver deltaker en fast kontaktperson som følger dem gjennom ukentlige samtaler under hele oppfølgingstiden. «Matching» opp mot den enkelte ungdom er avgjørende for valg av kontaktpersonen. Dette baseres på erfaringen med at personlige trekk ved kontaktpersonen er avgjørende for tillit og for å få en god samtaleprosess. Det fremheves som svært viktig å ha høy grad av fleksibilitet i møte med den enkelte ungdoms behov, og tilgjengelighet utenfor hjelpetiltakenes ordinære kontortid. Blant annet sørges det for at samtaler ikke griper uforholdsmessig inn i ungdommers liv på tidspunkter som går ut over deltakelse i skolegang og fritidsaktiviteter. En oppfølgingsplan utarbeides i samråd med hver enkelt deltager. Samtlige deltagere gjennomfører strukturerte bevisstgjøringssamtaler om egen bruk av cannabis og alkohol.

I *Tidlig ute* kan deltagere blant annet få⁵⁵

- veiledning til å slutte med rusmidler
- veiledning i forbindelse med skole, praksis og arbeid
- bistand i kontakt med øvrig hjelpeapparat, eksempelvis NAV, barnevern, fastlege, oppfølgingstjenesten (OT) og pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)
- samtale hos behandler ved Helse Bergen, avdeling for rusmedisin, og vurdering av behov for videre behandling
- bistand til oppstart av annen aktuell behandling

Tidlig ute synes i større grad enn andre tilsvarende tiltak å være et hjelpetiltak, der kontrollaspekter er mindre fremtredende. I *Tidlig ute* har ikke politiet noen rolle i oppfølgingen av ungdommen. Utekontakten har spisskompetanse i å snakke med ungdom, og det vektlegges at å bli fulgt opp av Utekontakten oppleves som mindre stigmatiserende enn å være i kontakt med det ordinære straffesystemet. Urinprøvekontroll er ikke obligatorisk, og brukes relativt sjelden. Utekontaktens praksis er at tilbud om å avlegge urinprøve kun gis når deltagerne uttrykkelig selv ønsker det. En av grunnene til at testene ikke påtvinges, er at tiltaket kan oppleves som uforholdsmessig ressurskrevende og belastende, og at andre, mindre inngripende virkemidler for å avdekke rusbruk fremstår som mer egnet, mer skånsomme og mer motiverende. Ved avslut-

⁵⁵ Bergen kommune mfl. (2017).

ning av tiltaket får alle deltagerne i *Tidlig ute* tilbud om videre individuell oppfølging dersom de ønsker det.

Både politiet og Utekontakten har svært positive erfaringer med *Tidlig ute*. Det er ikke gjort noe forskning på tiltaket, men Utekontakten gjennomfører selv systematiske evalueringer av hvordan det går med de unge som deltar i programmet.⁵⁶ Resultatene fra en spørreskjemaundersøkelse av 29 unge som deltok i programmet siste halvdel av 2018 og begynnelsen av 2019, seks måneder etter fullført program/tiltak, viser at de fleste ungdommene overveiende er fornøyd med oppfølgingen de har fått.⁵⁷ De fleste deltagerne (90 prosent) oppgir at de ikke lenger bruker cannabis.⁵⁸ Imidlertid er det en utfordring at kjennskap til *Tidlig ute* vanskeliggjøres av at det finnes lite tilgjengelig informasjon om tiltaket, og ved at maler og veiledningsmaterieell for gjennomføring ikke er gjort offentlig tilgjengelig. Det etterlyses en videre evaluering av tiltaket for å få kunnskap om tiltakets rus- og kriminalitetsforebyggende funksjon og eventuell overføringsverdi til andre distrikter.

10.4 Konflikttråd

10.4.1 Innledning

Konflikttrådet er en statlig tjeneste som tilbyr medling som metode for å håndtere konflikter. Det fremgår av konflikttrådsloven § 1 femte ledd at konflikttrådetets virksomhet «skal bygge på en gjenopprettende prosess som legger til rette for at partene og andre som er berørt av et lovbrudd eller en konflikt i fellesskap bestemmer hvordan virkningene skal håndteres». Hensikten er altså at partene gjennom dialog skal kunne finne frem til løsninger og gjøre opp for lovbrudd og eventuelt gjenopprette mellommenneskelige relasjoner («restorative justice»).

Det finnes 22 konflikttråd i Norge. Sekretariatet for konflikttrådene ligger i Oslo og har det faglige og administrative ansvaret for ordningen. Konflikttrådetets virksomhet er regulert i konflikttrådsloven og forskrift om konflikttrådsbehandling.

⁵⁶ Utvalget har fått oversendt maler, veiledere og resultater fra en evalueringsundersøkelse av *Tidlig ute* fra leder av tiltaket, Joachim Bjerkvik, ved Utekontakten i Bergen kommune.

⁵⁷ Evalueringsundersøkelsen viser at 52 prosent er godt til svært fornøyd med oppfølgingen de fikk, 45 prosent er middels fornøyd, og 3 prosent er lite fornøyd.

⁵⁸ 62 prosent sier de sluttet da de ble tatt av politiet, 24 prosent oppgir å ha sluttet og 11 prosent har redusert bruken i løpet av *Tidlig ute*.

Straffesaker kan overføres til konfliktråd fra påtalemyndigheten, jf. straffeprosessloven § 71.

Konfliktrådet er tillagt ansvaret for å gjennomføre de strafferettslige *reaksjonene mekling i konfliktråd* (straffeloven § 37 bokstav i), *oppfølging i konfliktråd* (straffeloven § 37 bokstav i), *ungdomsoppfølging* (straffeprosessloven § 71 a nr. 2) og *ungdomsstraff* (straffeloven § 52 a).

Ruskontroll og håndtering av brudd på forbud mot bruk av narkotika vil ofte være en del av innholdet i konfliktrådets oppfølging av den enkelte.

Konfliktrådet fikk utvidet sitt ansvarsområde da de nye straffereaksjonene *ungdomsoppfølging* og *ungdomsstraff* ble innført 1. juli 2014. Ungdomsstraff idømmes for alvorlige lovbrudd som ellers ville ha ført til fengselsstraff. Denne straffarten er ikke aktuell for lovbrudd knyttet til narkotikabruk og tilhørende befatning med narkotika til egen bruk og behandles derfor ikke nærmere her.

10.4.2 Ruskontrakter med oppfølging av konfliktrådet – samarbeidsavtale om lik praksis i Trøndelag

Trøndelag politidistrikt og 37 kommuner i fylket inngikk i 2017 en samarbeidsavtale for å designe en «lik praksis ved gjennomføring av ruskontrakter» med oppfølging i konfliktråd.⁵⁹ Dette innebærer et system der det er konfliktrådet som koordinerer alle ruskontraktene, også sakene om påtaleunntatelse med vilkår om ruskontrakt, som politiet tidligere hovedsakelig hadde ansvaret for. Disse sakene blir nå overført direkte til det som kalles «ungdomsoppfølging – ruskontrakt». Bakgrunnen for initiativet var et behov for erfaringsoverføring og samarbeid mellom kommuner og politidistrikt når det gjelder gjennomføring av ulike tiltak både i og utenfor straffesak. Formålet med samordningen i konfliktrådet er å motvirke uheldige variasjoner mellom kommuner og politidistrikter og å skape et bedre grunnlag for å utvikle en modell som gir best ressursutnyttelse og rolleavklaring mellom politi og hjelpe-tjenestene. Videre ønskes det å sikre mest mulig treffsikker hjelp knyttet til ungdommens utfordringsnivå og en standardisert og kvalitetssikret rustesting. Prosjektet omfatter også kompetansehevingstilbud der opplæring i «russamtalen» og

rustesting står sentralt. «Lik praksis» sørger også for at økonomi ikke skal være en barriere for den unges deltagelse, ved at det ikke er noen form for egenbetaling knyttet til oppfølging og testing. Det blir også trukket frem som vesentlig at ungdom ikke får saken på sin uttømmende vandelsattest.

Målgruppen er ungdommer i alderen 15–18 år som er anmeldt for brudd på narkotikalovgivningen.⁶⁰ Innholdet i ruskontraktene er basert på rustesting og samtaler ut fra behovet til den enkelte. Dette arbeidet ble tidligere ofte utført av politiet. Testing og samtaler gjennomføres nå i regi av den enkelte kommune hvor ungdommen til enhver tid oppholder seg når ruskontrakten gjennomføres. Samtalene fremstilles som det viktigste forebyggende verktøyet. Politiet involveres dersom det avdekkes «kontraktsbrudd».

De fleste av de unge mellom 15 og 18 år som har ruskontrakt, går på skole, og en utfordring kan være at rustesting ofte foretas i skoletiden på grunn av begrensede åpningstider. Et viktig mål med prosjektet er derfor å sørge for et samarbeid med skolen der det legges til rette for at ungdommen ikke mister undervisningstilbud eller blir hindret i å delta i fritidsaktiviteter. Dette kan både hindre det rehabiliterende arbeidet og bli oppfattet som en urimelig tilleggsstraff.

10.4.3 Ungdomsoppfølging

Ungdomsoppfølging kan gis lovbrutere i alderen 15–18 år som har begått én eller flere kriminelle handlinger, dersom det vurderes at tett oppfølging vil kunne forebygge ny kriminalitet. Det er påtalemyndigheten som avgjør om ungdomsoppfølging er en egnet reaksjon for ungdommen. Ungdomsoppfølging kan enten fastsettes som vilkår for påtaleunntatelse etter straffeprosessloven § 69, ved overføring til konfliktrådet etter straffeprosessloven § 71 a eller fastsettes som vilkår for betinget fengsel.⁶¹ Oppfølgingen krever at både den unge og den unges foresatte har samtykket. Den øvre grensen for gjennomføringstid er ett år. Det er konfliktrådet som har ansvar for straffegjennomføringen.

Ungdomsoppfølging er en strafferettslig reaksjon som bygger på prinsippet om gjenopprettede prosess: «Tanken er at lovbruddet skal møtes med en form for sanksjonering som bidrar til at lovbruteren og den skadelidte (offeret) skal om mulig forsones.»⁶² Oppfølgingens innhold og

⁵⁹ Prosjektet involverer alle kommunene i Trøndelag, Trøndelag fylkeskommune, Konfliktrådet Trøndelag, Trøndelag politidistrikt og Trøndelag statsadvokatembeter. Informasjon om prosjektet er gitt av prosjektleder Johnny Bäckström ved Konfliktrådet Trøndelag, som også holdt innlegg om dette arbeidet ved Rusreformutvalgets innspillsmøte i Trondheim.

⁶⁰ POD (2019b).

⁶¹ Holmboe (2014) s. 399.

⁶² Holmboe (2014) s. 399.

lengde varierer etter type lovbrudd og type straffereaksjon. Alle ungdommer forplikter seg imidlertid uansett til å være med i *ungdomsstor-møte*, til å delta i utarbeidelsen av en *ungdomsplan* og til at et *oppfølgingsteam* følger ungdommen i gjennomføringsperioden.⁶³ Ungdomsplanen inneholder krav til individuelt tilpassede tiltak som må gjennomføres, for eksempel skolegang, arbeid eller arbeidssøking, oppfølging fra ulike hjelpe-tjenester og avhold fra rusmidler i de saker der dette er aktuelt.

Fra ungdomsoppfølging ble opprettet 1. juli 2014 og til utgangen av 2018 har det blitt behandlet omtrent 1500 saker i konfliktrådet.⁶⁴ En tredjedel av disse ungdommene var dømt eller ilagt straff for det som omtales som «rusrelaterte forhold». I 2018 mottok konfliktrådene 124 ungdomsoppfølginger der «narkotika» er registrert som det eneste forholdet.⁶⁵ I tillegg til de 124 ungdomsoppfølgingssakene har konfliktrådene mot-tatt 31 ungdomsoppfølginger der «narkotika» er ett av flere forhold ungdommene er blitt siktet for. I flere andre saker ble det også avdekket at ungdommen hadde rusrelaterte problemer. Det er per dags dato ikke et registreringssystem som skiller mellom bruk og besittelse på den ene side og salg på den annen.

En nylig publisert studie av ungdomsoppfølging påpeker en rekke både praktiske og prinsipielle utfordringer knyttet til gjennomføringen av denne formen for straffereaksjon.⁶⁶

Det påpekes at ungdomsoppfølgingen i mange tilfeller oppleves som svært krevende.⁶⁷ Flere oppgir at det oppleves som tyngre enn alternativene, som samfunnsstraff eller fengsel. Mange har store vanskeligheter med å gjennomføre kravene. Dette kommer til uttrykk ved at en tredjedel av sakene på landsbasis avbrytes før straffegjennomføringen er fullført.⁶⁸ De omfattende tiltak og endring av livsførsel som stilles som krav for fullføring, forutsetter høy grad av motivasjon, selvdisiplin og egeninnsats.

⁶³ Konfliktrådet (2016).

⁶⁴ Andrews og Eide (2019).

⁶⁵ Oppgitt av Konfliktrådet på forespørsel fra utvalget 15.11.19.

⁶⁶ Andrews og Eide (2019).

⁶⁷ Andrews og Eide (2019) s. 160.

⁶⁸ I de oppgitte tallene skilles det ikke mellom fullføringsraten for henholdsvis ungdomsoppfølging og ungdomsstraff. Siden ungdomsoppfølgingssakene utgjør nærmere 90 prosent av sakene, kan den oppgitte gjennomsnittlige fullføringsen på 66 prosent likevel være en indikasjon på andelen frafall, se Andrews og Eide (2019) s. 46.

Det stilles også spørsmål ved at gjenopprettende prosess, som står sentralt ved ungdomsoppfølging, skal være obligatorisk. Særlig kan det være lite hensiktsmessig og vanskelig å ha en gjenopprettende prosess i tilfeller av «offerløse» lovbrudd, der det mangler direkte berørte parter og ofre, slik det vil være for lovbrudd knyttet til bruk av narkotika. Samtidig påpekes det for ungdomsoppfølging, som i undersøkelser av andre alternative straffereaksjoner mot ungdom (se ovenfor), at det er relasjonen mellom foreldre og ungdom som står i fokus etter at et lovbrudd har skjedd, og at det i oppfølgingen bør arbeides særlig med å rette opp denne.

En utfordring ved ungdomsoppfølging generelt – men som kanskje særlig er uheldig i saker som handler om narkotikabruk – er den lange saksbehandlingstiden som ble dokumentert i rapporten. I 2018 gikk det i gjennomsnitt 190 dager fra lovbruddet til saken ble behandlet i konfliktrådet, og 67 dager til oppfølgingen ble startet. Mangel på ressurser og prioriteringer blir oppgitt som hovedgrunn.

Det påpekes at lang ventetid kan føre til at ungdommenes problemer med rusmidler forsterkes og nye lovbrudd begås. Venteperioder gir en usikkerhet som kan oppleves som passiviserende og demotiverende. Rusbruken kan trappes opp og bli mer utprøvende i påvente av at saken kommer opp, i visshet om at det ikke får noen ytterligere konsekvenser for den reaksjonen som uansett venter.

Det er fremholdt som en utfordring at ungdommene i noen tilfeller vet hva de samtykker til, men samtykker uten å ha en reell intensjon om å avholde seg fra rusmidler. I evalueringen beskriver flere av ungdommene at de fra starten av straffegjennomføringen var lite motivert for å trappe ned på bruken av rusmidler. Særlig gjaldt dette røyking av cannabis.⁶⁹

Et gjennomgående funn i forskning på ruskontroll er at testing ikke alltid verken er et egnet eller et sikkert virkemiddel for å avdekke og forebygge bruk av rusmidler. For noen ungdommer kan det «gå sport i» å lure systemet.⁷⁰ Selv om testene tas uten forvarsel, erfarer ungdommene at det er en viss regelmessighet i testingen, som kan utnyttes. Dette gjør at noen tar sjansen på å ruse seg umiddelbart etter en test, med liten oppdagelsesrisiko.

Kontroll er dermed ikke en entydig god og sikker forebyggingsstrategi som motiverer ungdom

⁶⁹ Andrews og Eide (2019) s. 139.

⁷⁰ Andrews og Eide (2019); Lien og Larsen (2015); Mjåland (2015).

til endring. Dette forsterkes av at det er varierende hvilke konsekvenser som følger av «kontraktsbrudd». ⁷¹ Enkelte steder viser oppfølgingsteamet og påtalemyndigheten fleksibilitet og tar individuelle hensyn ved brudd, slik at dette ikke automatisk fører til at oppfølgingen stopper. Noen ungdommer påpeker at «det er for slapt» at positive prøver ikke får tydelige konsekvenser, og utnytter det ved å ta sjanser. Samtidig vises det til at når bruddmeldingen fører til at ungdomsoppfølgingen stopper, kan dette forverre situasjonen for den enkelte og bidra til ytterligere tilbakefall. Dette gjelder også situasjoner knyttet til langvarige uavklarte perioder, når rusbruk er avdekket, mens bruddmeldingen behandles av påtalemyndigheten, og det ennå ikke er avgjort hvilke konsekvenser en avlagt positiv prøve skal få. Når oppfølgingen stopper opp, kan dette få konsekvenser for både igangsatte tiltak som helsehjelp, opplæring og arbeid og for økonomi og rusbruk. En for rigid håndtering av brudd kan dermed motvirke straffens individualpreventive formål. Denne situasjonen kan avhjelpest ved å sørge for at ungdommene som har mer omfattende utfordringer, får tettere individuell oppfølging. ⁷²

10.5 Soning av straff

10.5.1 Oversikt

Bøter har vært den klart mest brukte straffereaksjonen for de minst alvorlige formene for narkotikalovbrudd. Selv om bøter har vært den dominerende reaksjonen, og det i dag er få som soner i fengsel for bruk alene, har narkotikabruk betydning for fengselsstraff. Bruk av ubetinget fengselsstraff utelukkende for brudd på legemiddeloven gjaldt bare åtte saker i 2017, ⁷³ med en gjennomsnittlig straffegjennomføringstid på 24 dager. ⁷⁴ En betydelig større andel saker som fremmes for domstolsapparatet, er «ikke-grove» narkotikaovertrедelser etter straffeloven § 231, som gjelder erverv eller oppbevaring av små mengder narkotika til egen bruk. De fleste straffereaksjonene med ubetinget fengselsstraff for befatning med narkotika til egen bruk gjelder brudd på straffeloven. Et anslag som er gjort, indikerer at det gjaldt i underkant av 600 saker. ⁷⁵ Det gjennom-

snittlige antall dager med fengselsstraff utgjorde 76 dager. ⁷⁶ Narkotikabruk har også betydning for fengselsstraff fordi befatning med narkotika kan være ett av flere tiltalepunkter i sakskompleks som til sammen medfører frihetsstraff. ⁷⁷ Noen brukere av narkotika er involvert i salg av narkotika eller kriminalitet knyttet til finansiering av egen bruk eller på grunn av ruspåvirkning. Enkelte soner også subsidiær fengselsstraff på grunn av ubetalte bøter for bruk og besittelse til egen bruk.

En betydelig andel av fengslede har mer alvorlig narkotikakriminalitet som hovedlovbrudd. I 2016 var dette tilfellet i en fjerdedel av sakene, og omtrent 30 prosent har «rusmiddelovbrudd» ⁷⁸ som hovedlovbrudd. ⁷⁹ Disse tallene må ses i lys av at dette kun gjelder tilfeller hvor narkotikalovbrudd var hovedlovbruddet. Statistikken fanger dermed ikke opp omfanget av den narkotikakriminaliteten som inngår i et sakskompleks der andre straffbare forhold er registrert som hovedlovbrudd. Det er heller ikke gjort beregninger av den narkotika-relaterte kriminaliteten – hvor mange straffesaker som er følgekriminalitet knyttet til narkotikabruk. Imidlertid viser en spørreundersøkelse at over 55 prosent oppga å være ruspåvirket da de begikk lovbruddet de sonet for, og over halvparten brukte narkotika regelmessig i perioden før fengsling. ⁸⁰

Narkotikabruk som kriminalpolitisk problem viser seg også ved undersøkelser gjort de siste tiårene som dokumenterer at nær halvparten av innsatte i Norge har et alvorlig og behandlingstrengende rusproblem. ⁸¹ Mange bruker også rusmidler under soningen. ⁸² 35 prosent oppga å ha brukt narkotika i fengsel. ⁸³

⁷⁵ Dette tallet baserer seg på Oslo Economics' kontrollkostnadsanalyse, som antar at halvparten av «ikke-grove» narkotikaovertrедelser av straffeloven gjelder saker om bruk og besittelse til egen bruk. Til sammen utgjør dette 581 straffereaksjoner med ubetinget fengselsstraff. Se Oslo Economics, digitalt vedlegg s. 29.

⁷⁶ SSB. Tabell 10651. I Oslo Economics' rapport, digitalt vedlegg s. 19.

⁷⁷ 55 prosent av de påtaleavgjorte forholdene med mistenkt som omhandler brudd på legemiddeloven, inngår i sakskomplekser med ett eller flere andre straffesaker, POD (2019a) s. 61.

⁷⁸ «Rusmiddelovbrudd» er en ny samlebetegnelse som ble innført i SSB-statistikken fra og med 2015, og omfatter blant annet narkotikalovbrudd, doping, alkoholovertrедelser og ruspåvirket kjøring.

⁷⁹ SSB (2018). Tabell 10532: Innsatte, etter type fengsling, hovedlovbruddsgruppe.

⁸⁰ Bukten m.fl. (2016).

⁸¹ Ødegård (2008); Bukten mfl. (2016).

⁸² Se Lundeberg og Mjåland (2019) for en litteraturgjennomgang av forskning på bruk av rusmidler under soning.

⁸³ Bukten mfl. (2016).

⁷¹ Andrews og Eide (2019).

⁷² Lien og Larsen (2015).

⁷³ SSB tabell 10651, i Oslo Economics' rapport, digitalt vedlegg s. 19.

⁷⁴ SSB tabell 10651, i Oslo Economics' rapport, digitalt vedlegg s. 19.

Overdoserisikoen er et betydelig problem i forbindelse med løslatelse fra fengsel. Innsatte med avhengighet av opioider har forhøyet risiko for å dø av overdose de fire til seks første ukene etter løslatelse, og overdosedød er den vanligste dødsårsaken blant løslatte fra norske fengsel.⁸⁴

Domfelte for narkotikalovbrudd har høyere tilbakefall enn siktede i andre lovbruddsgrupper.⁸⁵ Dette gjelder også for narkotikalovbrytere som har sonet i behandlingsinstitusjon (§ 12), innsatte som har deltatt i et program⁸⁶ og domfelte som har sonet under Narkotikaprogram med domstolskontroll. For *alle* løslatte i årene 2010–2014 var tilbakefallet – målt som ny dom som må sones i kriminalomsorgen – 24 prosent i løpet av 3 år og 26 prosent i løpet av 5 år.⁸⁷ Tilbakefallet blant *narkotikadømte* var 30 prosent etter 3 år, og steg til 33 prosent innen fem år etter løslatelsen. Unge narkotikadømte under 25 år med tidligere fengselsopphold har imidlertid enda høyere tilbakefall enn andre. Tilbakefallet for unge var 39 prosent innen fem år.

Mange av de narkotikadømte har et tidligere fengselsopphold bak seg før siste løslatelse. Dette gjaldt for 2 av 3 løslatte (61 prosent).

Den utbredte bruken av fengselsstraff overfor personer med rusproblemer har vært omdiskutert, se punkt 3.3. Dette har sammenheng med at kriminaliseringslinjen har medført at personer som bruker narkotika, de siste tiårene har utgjort en stor andel av fengselspopulasjonen, at rusmiddelbruk er forbundet med økt risiko for ny kriminalitet, og at mange med rusproblemer har store

og sammensatte helse- og levekårsutfordringer.⁸⁸ Som følge av denne kritikken og den ovennevnte situasjonen har det de siste ti årene vært en økt satsing på å tilby hjelp, tjenester og tiltak med straffedømte med rusproblematikk som målgruppe.

Vekten på rehabilitering kan tolkes som et uttrykk for en revitalisering av individualpreven sjonens rolle i kriminalpolitikken, noe som tydeliggjøres i stortingsmeldingen *Straff som virker*.⁸⁹ Alternative og individuelt tilrettelagte straffeinnsatser fremstilles som potensielt både mer kriminalitetsforebyggende, humane og nyttige og konstruktive investeringer i straff.

Dette gjenspeiler seg i at «normalitetsprinsippet» de siste tiårene har vært en av pilarene i den norske kriminalomsorgen.⁹⁰ Normalitetsprinsippet innebærer at domfelte har de samme rettigheter som andre borgere, og at tilværelsen under straffegjennomføring, så langt det er mulig og under forutsetning om at det er sikkerhetsmessig forsvarlig, skal være lik tilværelsen ellers i samfunnet. Den såkalte *importmodellen*, som ble gradvis innført på 1970- og 1980-tallet, skal sikre at innsatte i fengsel tilbys oppfølging av de samme velferdstjenesteleverandørene som utenfor fengsel.⁹¹ For å sørge for at de innsatte får oppfylt sine rettigheter ble ideen om en «tilbakeføringsgaranti» lansert i stortingsmelding nr. 37 (2007-2008). Innsatte garanteres *individuelt tilrettelagt* hjelp til å skaffe seg en tilfredsstillende bolig, utdanning eller opplæring, arbeids-, helse- og sosialtjenester og økonomisk rådgivning.

Satsningen på tilbakeføringsinnsatser kommer også til uttrykk i at det nylig ble opprettet et tilbakeføringsutvalg og lansert en nasjonal Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff (2017). Hovedmålet er å sørge for en forpliktende sektoroverskridende planlegging av soningsforløpet og å unngå «glippsoner» i tilbakeføringsarbeidet. Tilbakeføring handler om et vidt spekter av tiltak under og etter straffegjennomføring som skal påvirke den domfelte til å avstå fra å begå nye straffbare handlinger og dermed forebygge videre kriminalitet. Disse hjelpe tiltakene kan kategoriseres i to hovedgrupper: Enten som *eksternt rettede* innsatser, der formålet er å endre den innsattes livssituasjon/levetår etter soning som bolig, arbeid og utdanning, eller

⁸⁴ Bukten mfl. (2017).

⁸⁵ For tidligere tilbakefallsundersøkelser, se Bødal (1972) og Thorsen, Lid og Stene (2009). De nyere tilbakefallstallene som oppgis overfor er basert på en upublisert «Registerbasert tilbakefallsstudie om betydningen av kriminalomsorgens påvirkning i forhold til sosioøkonomisk situasjon hos domfelte». Totalt 4311 løslatte for narkotikalovbrudd i årene 2010–2014 inngikk i undersøkelsen. Kilde: Ragnar Kristoffersen, KRUS.

⁸⁶ Deltagelsen gjaldt et vidt spekter av program, og var ikke bare rettet mot rusproblematikk (blant annet sinne- og stressmestring, «brottsbrytet», rusprogram, pappa-grupper mv.). 33 prosent av de narkotikadømte som deltok i et eller flere program hadde tilbakefall til kriminalomsorgen innen 3 år, 15 prosent av kvinnene og 35 prosent av mennene. Relativt få av de som sonet dom for narkotikalovbrudd i perioden 2010–2014 deltok i program. Dette gjaldt 9 prosent (380) av alle de løslatte narkotikadømte.

⁸⁷ En upublisert undersøkelse av tilbakefall ved totalt 4311 løslatte for narkotikalovbrudd i årene 2010–2014, viser at 89 prosent av de narkotikadømte var menn, 11 prosent var kvinner. 83 prosent er født i Norge, resten i et annet land. Gjennomsnittsalderen ved løslatelse var 36 år for alle løslatte. De fleste soner relativt korte dommer; 41 prosent sonet inntil 2 måneder. Kilde: Forsker Ragnar Kristoffersen, KRUS.

⁸⁸ Se Mjåland (2015) s. 30–38 for en gjennomgang.

⁸⁹ St.meld. nr. 37 (2007–2008), videreført i Meld. St. 12 (2014–2015).

⁹⁰ St.meld. nr. 37 (2007–2008) s. 22.

⁹¹ Christie (1970).

internt rettede tiltak, som omfatter kognitivt orienterte samtaleprogrammer der hensikten er å jobbe med den enkeltes endringsmotivasjon.⁹²

En mer helseorientert tilnærming kommer til uttrykk i at personer med en ruslidelse som soner i fengsel, har samme rett til helse- og omsorgstjenester som befolkningen for øvrig og krav på spesialisthelsetjenester (tverrfaglig spesialisert rusbehandling, herunder substitusjonsbehandling) dersom de har pasientrettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven. Kriminalomsorgens ansatte har også som en av sin viktigste oppgaver å bidra til å motivere domfelte til å starte en endringsprosess, jf. straffegjennomføringsloven § 3. Pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) får fortsette eller starte opp behandling ved innsettelse i fengsel. Rustiltakene i kriminalomsorgen består også av ulike påvirkningstiltak og endringsprogram og samtalemetodikken «motiverende intervju», som skal bedre den enkeltes evne til å mestre sine rusutfordringer, ta ansvar og hanskens med seg selv og sine tankemønstre og foreta konstruktive handlingsvalg.

Det finnes altså et vidt spekter av tilbakeføringstiltak under soning av straff. De kanskje mest sentrale *behandlingsrettede* tiltakene er etablering av rusmestringsenheter i fengsler, mulighet for soning i behandlingssituasjon etter straffegjennomføringsloven § 12 og ordningen med narkotikaprogram med domstolskontroll (ND).

10.5.2 Rusmestringsenhetene i fengslene

Rusmestringsenhetene er et tilbud om rehabilitering og behandling til innsatte som til dels har omfattende rusproblemer, ofte sammen med psykiske lidelser og andre tilleggsproblemer. Formålet med rusmestringsenhetene er å gi tilbud om rehabilitering og behandling som kan gjøre innsatte bedre i stand til å mestre sitt rusproblem og sin livssituasjon.⁹³ I perioden 2007–2012 ble det etablert 13 rusmestringsenheter i 13 norske fengsler som skal tilby rehabilitering og behandling i et samarbeid mellom kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten. I 2018 var det til sammen 109 plasser i rusmestringsenhetene, noe som utgjør i underkant av 4 prosent av det totale antall fengselsplasser.⁹⁴ Det var 447 som søkte om å få sone på en rusmestringsenhet, men det var bare

omtrent halvparten (227) av disse som fikk innvilget plass.⁹⁵ Enhetene er lokalisert i fengsler med både høyere og lavere sikkerhet. De skal helst være plassert som en skjermet og avgrenset enhet i det enkelte fengsel. Hver enhet har fra 6 til 14 plasser. Det er ikke nærmere angitt hvor lenge opphold ved rusmestringsenhetene skal, kan eller bør være.

Ytterligere tre tilbud etter modell av Stifinnermodellen er etablert som følge av opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020).⁹⁶

Kriminalomsorgen er hovedansvarlig for driften av rusmestringsenhetene, men tiltaket er organisert som et formalisert samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen. Helsetjenesten er ansvarlig for helsetjenestetilbudet i rusmestringsenhetene. I praksis innebærer det at TSB bidrar med rusfaglig kompetanse, fortrinnsvis en psykolog, som har det overordnede faglige ansvaret. Bemanningen fra kriminalomsorgens side skal bestå av sosialarbeidere og fengselsbetjenter med kompetanse på rusproblematikk.

Kriminalomsorgens tilbud i rusmestringsenhetene er motiverende samtaler og russamtaler. Russamtalen er et rehabiliterende tiltak som har som mål å⁹⁷

- Ansvarliggjøre og bevisstgjøre domfelte i forhold til egen rusadferd
- Forebygge rusing under straffegjennomføring
- Legge til rette for å endre rusvaner

Russamtalene foregår primært i grupper. Aktivitetene kan være deltagelse i kognitivt program, opplæring eller arbeid. Det skal utarbeides behandlingsplaner der det gis mål, ansvar og oppgaver i oppfølging av den enkelte. Rusmestringsenhetene skal være en del av en rehabiliteringsprosess, der overføring til soning i institusjon etter straffegjennomføringsloven § 12 (se punkt 10.5.3) og videre frivillig behandling etter løslatelse er et siktemål.

En mer hjelpeorientert tilnærming viser seg også i at innsatte som bryter rusforbud i fengsel, først og fremst skal bli tilbudt en russamtale og ikke sanksjoner og straff.⁹⁸ Dette innebærer at dersom den innsatte har avlagt en positiv urinprøve, har erkjent bruk av rusmidler og er motivert for rehabilitering, får vedkommende tilbud

⁹² Ugelvik (2011).

⁹³ Helsedirektoratet og KDI (2016)

⁹⁴ Helgesen (2019b).

⁹⁵ Tall oppgitt på epost fra Justis- og beredskapsdepartementet 21.08.2019.

⁹⁶ Prop. 15 S (2015–2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*.

⁹⁷ Lauritzen mfl. (2010) s 13.

⁹⁸ KDI (12/2014).

om russamtaler i stedet for disiplinærtiltakene i straffegjennomføringsloven § 40. Alternative disiplinærtiltak for brudd kan innebære vesentlig endrede soningsvilkår, som tap av dagpenger, utelukkelse fra fellesskap og fritidsaktiviteter eller nektelse av permisjon.⁹⁹ Imidlertid blir en betydelig andel skrevet ut av rusmestringsenhetene på grunn av «brudd på vilkårene». Dette gjaldt 69 personer i 2018.¹⁰⁰ Om dette skyldes bruk av narkotika eller andre disiplinærbrudd, er ikke oppgitt.

Motivasjon til videre behandling er et av hovedmålene for rusmestringsenhetene.

I 2018 fikk 101 innsatte innvilget rett til nødvendig helsehjelp under oppholdet i rusmestringsenheten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven, mens 58 innsatte hadde fått innvilget rett til nødvendig helsehjelp før inntak i rusmestringsenheten. Tall fra 2017 viser at 34 personer gikk videre til soning i behandlingsinstitusjon (12 §), mens 6 gikk videre til frivillig institusjonsbehandling idet straffen var ferdig sonet.¹⁰¹ Dette indikerer at intensjonen om å tilrettelegge for behandlingsmotivasjon under soning i en viss utstrekning oppnås. Det er samtidig relativt få som fortsetter i videre frivillig institusjonsbehandling når de løslates.

Det er gjort flere undersøkelser av rusmestringsenhetene. Disse undersøkelsene viser at deltagerne ved mange rusmestringsenheter får et bedre soningstilbud, men at dette i stor grad varierer mellom ulike rusmestringsenheter. Manglende overordnede føringer for hva enhetene skal være, hvordan de skal drives, og hvilke tilbud de skal gi, forklarer noen av disse variasjonene. En studie som sammenlignet fire rusmestringsenheter, viser at de som var fornøyd med oppfølgingen i fengslet, hadde opplevd individuell tilrettelegging og brukermedvirkning.¹⁰² To av enhetene beskrives som relativt velfungerende, men ved de to andre opplevde de ansatte uklarthet om hva de skulle gjøre, og hvilket tilbud de skulle gi.

I en studie av tre rusmestringsenheter fra et ansattperspektiv¹⁰³ ble det trukket frem at tiltaket skaper noen «alternative rom» i fengselet som legger bedre til rette for tverrfaglig arbeid

og ansvarsfordeling. Samtidig påpekes det at det kan oppstå en rekke spenningsfylte forhold når ulike yrkesgrupper skal samhandle i implementeringen av rusrehabilitering i fengselshverdagen, når sikkerhetshensyn er overordnet.

En studie av en rusmestringsenhet ved høy-sikkerhetsfengslet «Kollen» i 2015 viser til en rekke positive forhold.¹⁰⁴ Det pekes på gode materielle betingelser, tillitsfulle relasjoner mellom ansatte og innsatte, dedikerte ansatte og at det var godt tilrettelagt for å få hjelp til å ordne praktiske forhold i forbindelse med løslatelsen. Forvaltningssamarbeidet og fengselet framstod som tett integrert i det alminnelige norske velferdsstatlige apparatet. Imidlertid fremsto rehabiliteringens innhold og formål på denne avdelingen, for både de innsatte og ansatte, som uklart. De som deltok i rusmestringsenhetene, opplevde i liten grad at de ble underlagt et behandlings- eller rehabiliteringsprogram.

Russamtalene som alternativ til disiplinærreaksjon når rusmiddelbruk i fengsel avdekkes, blir trukket frem hovedsakelig som et konstruktivt hjelpemiddel.¹⁰⁵ Imidlertid kunne noen oppleve at det var vanskelig å være ærlig om sitt rusproblem og sin rusbruk i fengsel. Det ble viktig å opptre med «en passende oppriktighet» for å fremstå som troverdige nok til å få nye sjanser av betjentene og å unngå beskyldninger om tysting og represalier fra andre innsatte.¹⁰⁶

Narkotikakontrollen på disse enhetene var samtidig omfattende.¹⁰⁷ De fleste innsatte og ansatte mente at en viss form for narkotikakontroll er nødvendig for å kunne drive rusbehandling i et mest mulig rusfritt miljø. Imidlertid kan narkotikakontrollen også bidra til å undergrave det rehabiliterende formålet med rustiltak i fengsel. En for omfattende narkotikakontroll kan oppleves krenkende og stigmatiserende og bidra til å produsere mistillit fremfor tillit.

En utfordring som påpekes i studien av «Kollen», var at kontrollen i liten grad var avskrekende, men bidro til å gi rusbruk en opposisjonell meningsdimensjon.¹⁰⁸ Tilgangen på rus var stor. Innførsel, bruk, distribusjon, deling, skjuling og oppbevaring av rusmidler var aktiviteter som skapte fellesskap blant fanger i hverdagen i feng-

⁹⁹ Se straffegjennomføringsloven § 40, Reaksjon på brudd ved gjennomføring av fengselsstraff, forvaring og strafferettslige særreaksjoner.

¹⁰⁰ Helgesen (2019) s. 42. Helgesen har innhentet tallene fra KDI.

¹⁰¹ Helgesen (2019).

¹⁰² Helgesen (2017).

¹⁰³ Giertsen og Rua (2014).

¹⁰⁴ Mjåland (2015).

¹⁰⁵ Helgesen (2015).

¹⁰⁶ Lundeberg og Mjåland (2018).

¹⁰⁷ Narkotikakontrollen i norske fengsler har imidlertid fått vesentlig mindre omfang de siste årene (fra 21 496 prøver i 2015 til 15 366 i 2018), se KDI (2018).

¹⁰⁸ Mjåland (2014).

selet.¹⁰⁹ Den illegale rusøkonomien fikk dermed som funksjon å lindre «the pains of imprisonment» ved å gjøre tilværelsen mer utholdelig.

En utfordring for rusmestringstiltak i fengsel som diskuteres i forskningen, er at kapasitetsutfordringer, kontrollbehov, sikkerhetshensyn, forskjellsbehandling og manglende ønske og motivasjon hos innsatte til å engasjere seg i endringsarbeid, kan gjøre det utfordrende å forankre rehabiliteringen i fengselshverdagen.¹¹⁰ Det trekkes frem som en utfordring at en rusmestringsenhet skal forsøke å forene tilsynelatende motstridende prinsipper: straff, kontroll og sikkerhet på den ene side og omsorg, behandling og rehabilitering på den annen. Disse konfliktene fremholdes som mer eller mindre permanente i et slik tiltak som rusmestringsenhetene og for behandling i fengsel generelt.

Satsingen på å etablere rusmestringstiltak i fengsel har bidratt til at flere mottar rusbehandling under straffegjennomføring. Den ovennevnte forskningen viser at noen har nytte av slike tiltak og opplever mer tilrettelagte soningsforhold. Det er samtidig en utfordring at det mangler forskning på om slike rehabiliteringstiltak har betydning for rusmestring, livskvalitet og tilbakefallsrisiko på sikt. Det er også slik at det eksisterende rusmestringstilbudet er forbeholdt de få, og at mange som ønsker hjelp, ikke får et tilbud.¹¹¹ Beregnet ut fra de 134 plassene i 2019¹¹² utgjør denne typen plasser om lag 3 prosent av det totale antallet fengselsplasser (totalt 4164). Tar vi utgangspunkt i tidligere rapporterte tall, som tilsier at 45 prosent av innsatte i norske fengsler har et alvorlig og behandlingstrengende rusproblem¹¹³, vil omtrent 1600 innsatte til enhver tid være i rusmestringsenhetenes målgruppe. Kapasiteten på 134 plasser vil da si at man har et tilbud til om lag 8 prosent av den estimerte målgruppen. Verken fengslenes eller samfunnets utfordringer knyttet til rusproblematikk løses således i særlig grad gjennom dagens antall plasser i rusmestringsenheter, Tyrili

Stifinnerteam eller de Stifinner-inspirerte enhetene i fengslene.

10.5.3 Soning i behandlingsinstitusjon etter straffegjennomføringsloven § 12

Straffegjennomføringsloven § 12 gir anledning til en alternativ form for soning av fengselsstraff for domfelte med rusproblemer som har behov for behandling og oppfølging av rusmiddelproblemer, eventuelt også psykiske problemer, som ikke kan gis i fengslene. Bestemmelsen åpner for at fengselsstraff i slike særlige tilfeller helt eller delvis kan gjennomføres ved heldøgnsopphold i institusjon. Straffegjennomføring i institusjon gjennomføres i institusjoner som ikke er innenfor kriminalomsorgens ansvarsområde. Vilkåret er at et slikt opphold er nødvendig for å bedre domfeltes evne til å fungere sosialt og lovlydig, eller at andre tungtveiende grunner taler for det.

Utvalget erkjenner at straffegjennomføring i helseinstitusjon, for eksempel i tverrfaglig spesialisert rusbehandling i døgninstitusjon, kan skape en uheldig dobbeltrolle for helsetjenesten knyttet til å forvalte straffegjennomføring og samtidig yte helsehjelp. Det vises til utredningens kapittel 15 for drøftelser av helsetjenestens forhold til straff og sanksjoner med videre.

Overføring etter § 12 er mest aktuelt det siste året av en fengselsstraff for å få en gradvis overgang til samfunnet utenfor, men det er mulig å søke plass på ethvert stadium av straffegjennomføringen. Den innsatte må selv søke om slik overføring. Helsetjenesten foretar først en vurdering av de helsemessige behov.

Det er også anledning til å sone hele straffen i institusjon etter § 12. Søknad må sendes i god tid før det innkalte soningstidspunktet. Dette krever at en behandlingsinstitusjon har vurdert om den domfelte har rett til tverrfaglig spesialisert rusbehandling på forhånd, og at den domfelte kan legge ved en bekreftelse på at det er gitt plass. I behandlerens uttalelse skal det videre fremgå at behandlingen er avgjørende for å hindre ny kriminalitet, og at døgnbehandling vil være mer egnet enn fengsel. Et opphold etter § 12 skal normalt ikke vare mer enn 1 år.

Kriminalomsorgen godkjenner bare opphold når det er sikkerhetsmessig forsvarlig. Det legges vekt på om det er risiko for nye straffbare forhold under oppholdet. Kriminalomsorgen skal kontrollere at domfelte følger opp rehabiliteringen under institusjonsoppholdet. I 2018 ble ansvaret for oppfølgingen av domfelte i institusjon overført fra fengslene til friomsorgskontorene. Ved brudd på

¹⁰⁹ Se Mjåland (2014).

¹¹⁰ Giertsen (2012); Helgesen (2017); Mjåland og Lundeberg (2014).

¹¹¹ Det var 447 søkere til disse plassene i 2018, og 227 av disse fikk plass ved en rusmestringsenhet. Stifinneravdelingene i Oslo og Bredtveit fengsel, til sammen 25 plasser, hadde 92 søkere i 2018, og 51 fikk plass. De tre nye rusenhetene inspirert av stifinnermodellen (Indre Østfold, avdeling Eidsberg, Trondheim og Bjørgvin fengsler) hadde 218 søkere, hvorav 121 fikk plass i 2018. Tall oppgitt fra Justis- og beredskapsdepartementet på epost 21.08.2019.

¹¹² Tallet inkluderer de såkalte Tyrili Stifinnerteam og de Stifinner-inspirerte enhetene.

¹¹³ Ødegård (2008).

institusjonens regler, som positive prøver, er konsekvensen som hovedregel innsettelse i fengsel.

Det har vært en betydelig nedgang i antall personer som soner i institusjon etter § 12. I 2015 omfattet ordningen 671 personer. I 2017 var det bare 329 personer som mottok slik behandling, det vil si nesten en halvering.¹¹⁴ Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) viser til at en nedgang i antall soninger etter § 12 kan skyldes veksten i antall dommer til narkotikaprogram med domstolskontroll, såkalte ND-dommer. Det antas at flere som ville vært aktuelle for § 12-soning, nå går direkte til ND i stedet.¹¹⁵

Fengslene er pålagt å gjennomføre såkalte utslusningssamtaler.¹¹⁶ Her skal domfelte bli orientert om muligheter for videre progresjon i straffegjennomføringen, herunder opphold i institusjon eller delgjennomføring med elektronisk kontroll.¹¹⁷ Disse samtaler skal registreres, og regionene er pålagt resultatkrav når det gjelder antall gjennomførte samtaler.¹¹⁸

Det er ikke gjort noen systematisk forskning på domfeltes erfaringer med soning under institusjonsopphold etter § 12, verken hva gjelder situasjonen ved utskrivningstidspunktet etter gjennomføring eller ved tilbakefall til rus og kriminalitet. En evaluering gjort i 2006 viser imidlertid stor brukertilfredshet blant de fleste domfelte, men at søknadsprosessen kan være krevende, og at ordningen er for lite kjent.¹¹⁹ Etter at denne undersøkelsen ble gjennomført, har det blitt utgitt en ny rutinebeskrivelse som vil kunne bidra til en mer effektiv saksbehandling av søknader om straffegjennomføring i medhold av § 12.¹²⁰

En tilbakefallsstudie viser at om lag 10 prosent (448) av de narkotikadømte som var løslatt i tidsperioden 2010–2014, hadde fått tilbud om soning i behandlingsinstitusjon under soningen. 26 prosent av dem som hadde fullført oppholdet og ble løslatt fra slik soning hadde tilbakefall til kriminalomsorgen innen 3 år¹²¹, noe som er betydelig lavere enn gjennomsnittet for narkotikadømte (30 prosent). Etter 5 år øker imidlertid tilbakefallet til

30 prosent, men fortsatt er dette lavere enn andre i samme lovbruddsgruppe. Dette indikerer at § 12 soning kan være et hensiktsmessig kriminalitetsforebyggende alternativ til fengsel som gir noen hjelp.

10.5.4 Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND)

I 2006 ble narkotikaprogram med domstolskontroll (heretter omtalt som ND) innført som et prøveprosjekt i Oslo og Bergen. I 2016 ble ND-programmet et landsdekkende tilbud. ND er en strafferettslig reaksjon som er et alternativ til en ubetinget fengselsstraff. Narkotikaprogram med domstolskontroll gis som vilkår for fullbyrdingsutsettelse (betinget fengsel), jf. straffeloven § 34, jf. også § 37 første ledd bokstav f og § 38, som hjemler forskrift om gjennomføringen.

Formålet med ND er å forebygge kriminalitet, fremme den domfeltes rehabilitering og bidra til å styrke og samordne praktiske hjelpe- og behandlingstilbud for domfelte som er avhengige av narkotika, jf. forskrift om narkotikaprogram med domstolskontroll § 1.¹²²

Det er egne ND-sentre i Oslo og Bergen som har spesialisert kompetanse på rusproblematikk og denne formen for straffegjennomføring. Sentrene består av tverrsektorielle team med representanter for kriminalomsorgen, spesialisthelse-tjenesten, opplæringssektoren og kommunale tjenester. I landet for øvrig følges den enkelte opp av det lokale friomsorgskontoret og tilhørende domstol. Selv om enhver domstol kan avsi ND-dom, er det bare 14 av domstolene som er pålagt et oppfølgingsansvar. Dette kan i praksis medføre at tilbudet til ND-deltagere vil kunne variere.

Målgruppen for ND er personer som er avhengige av narkotika og har begått narkotikarelatert kriminalitet. Ordningen er aktuell dersom personen dømmes for brudd på straffeloven § 231 første ledd, § 232 eller legemiddeloven § 31 andre ledd, og dersom lovbruddet er begått under ruspåvirkning eller for å finansiere egen rusmiddelbruk.¹²³ Dette innebærer at målgruppen i utgangspunktet er stor, både når det gjelder type narkotikabruk og lovbrudd. Likevel omfatter tiltaket i praksis i hovedsak personer som har en langvarig belastet bakgrunn med rus og kriminalitet, og som har stort behov for og ønske om hjelp. En ND-dom krever samtykke fra den som skal dømmes.

¹¹⁴ KDI (2018).

¹¹⁵ Opplyst til Rusreformutvalget fra Justis- og beredskapsdepartementet, 2019.

¹¹⁶ KDI (2018).

¹¹⁷ KDI (8/2017).

¹¹⁸ KDI (2018).

¹¹⁹ Ploeg (2006).

¹²⁰ KDI (2018).

¹²¹ Denne forskjellen gjelder bare de som fullfører oppholdet. Tilbakefallet er omtrent på nivå med gjennomsnittet for narkotikadømte når det tas utgangspunkt i alle som påbegynte en soning etter § 12.

¹²² Se Forskrift om narkotikaprogram med domstolskontroll.

¹²³ Jf. forskrift om narkotikaprogram med domstolskontroll § 3.

En person som er tiltalt for narkotikarelatert kriminalitet, og som har et narkotikaproblem, kan i praksis sammen med sin forsvarer søke om å få en ND-dom, uansett hvor personen befinner seg i landet. Påtalemyndighetene ber deretter kriminalomsorgen (ND-senteret/friomsorgskontoret) om å utføre en personundersøkelse for å vurdere om den siktede er egnet til å delta i ND-programmet.¹²⁴ Et viktig kriterium for å kunne bli dømt til ND er at den straffetiltalte fremviser et genuint ønske om å bli rusfri og en «sterk og varig» motivasjon.¹²⁵ Andre sentrale forhold som undersøkes, er rusmiddelhistorikk, boligstatus, jobberfaring, alder og utdanning. Vurderingen av den tiltaltes egnethet for ND-dommen er en omfattende prosess, som har som hensikt å selekere personer som har gode forutsetninger for å lykkes med endring og oppnå et funksjonsnivå som gjør tilbakeføring til samfunnet mulig. Domstolen vurderer på denne bakgrunn om ND kan settes som særvilkår for en betinget dom. Det blir angitt en prøvetid med varighet mellom to og fem år.

Til forskjell fra andre straffereaksjoner blir den domfelte underlagt *domstolskontroll* under gjennomføringen. Dette innebærer at den domfelte under gjennomføringen må ha hyppige møter med en dommer som fører kontroll med hvorvidt vilkårene er overholdt, og at det er progresjon i rehabiliteringen.¹²⁶ Domstolskontrollen blir ansett som vesentlig for gjennomføringen.

ND-programmet kjennetegnes av å vektlegge et individuelt tilpasset innhold i straffen. Straffegjennomføringen foregår i frihet, men under et relativt strengt regulert regime med tett oppfølging og kontroll av et ND-senter eller et friomsorgskontor. Etter en avsagt ND-dom får den domfelte kartlagt sine behov på sitt lokale friomsorgskontor eller et av ND-sentrene. Kontaktpersonen, den domfelte og eventuelt en bredere sammensatt ansvarsgruppe ved det respektive ND-senter eller friomsorgskontor utarbeider et forslag til gjennomføringsplan som domstolen må godkjenne. Innholdet kan være knyttet til et bredt spekter av tiltak, som rusbehandling, opplæring, helsetjenester, nettverksarbeid, økonomirådgivning og fritidsaktiviteter.

Straffegjennomføringen foregår gjennom fire faser, som fastsettes etter «en individuell vurdering og under hensyn til en realistisk progresjon», jf. forskriftens § 7. Disse fasene består av *iverksettelses-*

fasen, der kartleggingen av behov og ønsker hos den domfelte står sentralt, *stabiliseringsfasen*, som handler om å gjøre den domfelte vant med en mer stabil hverdag, *ansvarsfasen* og *videreføringsfasen*. Overgangen mellom de ulike fasene markeres ved at den domfelte sammen med en ansatt i kriminalomsorgen møter opp i domstolen. Retten skal vurdere og eventuelt avsi en kjennelse om at den domfelte kan gå videre til neste fase. Den domfelte må også møte i retten ved statusmøter, startmøter og ved eventuelle brudd på de rettslige vilkårene.

De ansatte ved ND-senteret og friomsorgskontorene skal jobbe tett på den domfelte og ha en koordinatorrolle i det tverrsektorielle arbeidet med den enkelte. Dette innebærer å legge til rette for og organisere møter og avtaler med eksterne aktører, sette den domfelte i kontakt med ulike helse- og velferdstjenester og opplærings- og arbeidstreningstiltak, slik at disse kan yte sine lovbestemte tjenester til den domfelte. De domfelte må avlegge regelmessige urinprøver under straffegjennomføringen for å kontrollere for rusmiddelbruk.

Manglende eller for sent oppmøte, å møte ruspåvirket til avtaler samt ikke å følge opp fastsatte tiltak eller ruskontroll anses som brudd på vilkårene. Dersom retten finner at en domfelt har brutt vilkårene for ND, kan det besluttes at den domfelte må sone resten av straffen i fengsel. Tiden i programmet blir da automatisk avskrevet som soningstid. Dessuten får domfelte normalt et fradrag i fengselsstraffen dersom vedkommende for en del har fulgt opp programmet. Størrelsen på fradraget avhenger av hvor lenge en person har stått i programmet, hvordan vedkommende har fulgt opp, og grad av måloppnåelse. Retten kan også gi reaksjon på brudd i form av forlengelse av prøvetid, eventuelt omgjøre deler av straffen til fengsel, slik at domfelte fortsetter i programmet etter en kortere soning.

Det har vært en markant økning i antall ND-dommer etter at straffereaksjonen ble gjort landsdekkende i 2017. I 2016 var antallet 32, i 2017 132, og i 2018 ble det avsagt 163 ND-dommer på landsbasis.¹²⁷ Imidlertid er det mange som ønsker å sone ND-dom, men som ikke blir vurdert som egnet eller aktuell. 454 personundersøkelser ble rekvirert av ND-sentrene/friomsorgen i 2018, men bare 182 av de domfelte ble betraktet som «egnet», det vil si at omtrent 60 prosent av sakene ikke ble brakt inn for videre prøving i domstolen.

ND er et tiltak forbeholdt en selektert gruppe særlig motiverte, med få unge. Gjennomsnittsalderen for ND-deltagere er 36,8 år. Mange har

¹²⁴ Den såkalte personundersøkelsen er grunnlaget for denne vurderingen, se KRUS (2016).

¹²⁵ KRUS (2016) s. 36.

¹²⁶ KDI (udatert b).

¹²⁷ KDI (2018).

tidligere behandlingserfaring, om lag en fjerdedel (40) av de domfelte er pasienter i LAR. 15 personer fullførte ND-dom i 2018. 46 av sakene ble brutt på grunn av ny kriminalitet eller andre brudd på vilkår og ordinær straff ilagt. Oversikten over registrerte tiltak som ble iverksatt, viser at svært mange blir henvist til behandling. Dette gjaldt omtrent 75 prosent av deltagerne (118 personer).

Vurderingen av ND må ta i betraktning at dette er et tiltak for en gruppe belastede gjengangere med sammensatte behov med stor tilbakefallsrisiko, og som trenger oppfølging som fengsler vanskelig kan ivareta.

Tilbakefallsstudier kan være en indikator på et straffetiltaks effektivitet og virkninger. Det kan gi kunnskap om hvilke programmer som fungerer slik samfunnet ønsker, og bidra til å forbedre dagens straffesystem.¹²⁸

Mens tilbakefallet er 24 prosent for alle løslatte, har domfelte som soner ND betydelig høyere tilbakefall. 49 prosent av de domfelte ble registrert med nytt straffbart forhold innen 3 år.¹²⁹ Tilbakefallet for dem som sonet under narkotikaprogram med domstolskontroll i årene 2010–2014 økte til 62 prosent når målingen ble gjort etter 5 år.¹³⁰

I en evaluering av tiltaket i 2014¹³¹ ble det påpekt at muligheten for tilbakeføring må vurde-

res opp mot at tilbakefallsfaren for rusavhengige gjengangere som er dømt til fengselsstraff for narkotikakriminalitet, i utgangspunktet er betydelig høyere enn for andre domfelte.

Undersøkelsen viste at omtrent en tredjedel fullfører straffegjennomføringen. Disse resultatene synes å være tilfredsstillende, sammenlignet med resultater fra tilsvarende tiltak i andre land.¹³² Sett i forhold til tilbudene ved norske rusbehandlingsinstitusjoner kan også resultatene anses som relativt gode, ettersom en vanlig gjennomføringsrate i rusbehandlingsinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten ligger på rundt 20–30 prosent.¹³³ Selvrappotereringen om rusmiddelbruk, kriminalitet, psykisk og fysisk helse, utdanning, arbeid og sosialt nettverk, viser at de som fullfører ND-dom, kom bedre ut enn de som dropper ut av programmet.

ND synes også å ha en viktig koordinatorrolle ved å samordne ulike tiltak og innsatser for personer med sammensatte behov, noe som skaper bedre betingelser for rusmestring og mer lovlige liv.¹³⁴ ND kan dermed på mange måter synes å være et konstruktivt tiltak som gir noen straffebelastede personer en bedre rus- og livsmestring, i en situasjon der fengselsstraff er eneste alternativ.

Styrking av ulike straffalternativer og behandlingstiltak i og utenfor fengsel vil kunne ha stor betydning for i hvilken grad samfunnet er i stand til å møte den enkelte bruker av narkotika med «hensiktsmessige og tilpassede tilbud og oppfølging», som er rusreformens mål.

¹²⁸ Kortere oppfølgingsperiode vil kunne gi lavere tilbakefallstall. For en nærmere drøfting, se Andersen og Skarøhamar (2013).

¹²⁹ Kilde: Ragnar Kristoffersen, KRUS.

¹³⁰ Det må tas forbehold om at tilbakefallet er målt etter iverksatt dom – det vil si fra den dagen de påbegynner soningen, og at det i denne studien ikke foreligger egne tilbakefallstall på de som fullfører soningen.

¹³¹ Falck (2014).

¹³² Sammenlignet med Drug Treatment Court (DTC) i andre land, Falck (2016) s. 45–46.

¹³³ Falck (2014) s. 7.

¹³⁴ Haukland og Oppegaard (2018).

Kapittel 11

Forebyggende tiltak og oppfølging utenfor straffesak

11.1 Innledning

I dette kapitlet beskrives sentrale forebyggende strategier og oppfølging av saker om mindre narkotikalovbrudd utenfor straffesak. Det legges vekt på samarbeidstiltak som har blitt opprettet de siste tiårene for å styrke det tverrsektorielle forebyggende arbeidet.

Forebygging i denne sammenhengen er en betegnelse på tiltak som skal bidra til å hindre at «rusrelaterede problemer, helseskade eller andre rusmiddelproblemer oppstår og utvikler seg».¹ Det kan skilles mellom tre grunnleggende forebyggingsformer: *universelle tiltak*, som har hele eller store deler av befolkningen som målgruppe, *selektive tiltak*, som er rettet mot kjente risikogrupper, og *indikative tiltak*, som er innsatser som skal sørge for at personer som allerede har et problem, får hjelp til å begrense og hindre videre problemutvikling.

Det er mange samfunnsaktører som bidrar i det kriminalitetsforebyggende arbeidet, og tiltakene er omfattende. I gjennomgangen redegjøres det for kommunenes forebyggende arbeid (punkt 11.2), skolenes forebyggende arbeid (punkt 11.3) politiets forebyggende arbeid, rolle og strategier (punkt 11.4), det formaliserte kriminalitets- og rusforebyggende arbeidet (SLT) (punkt 11.5) og «frivillige ruskontrakter» (punkt 11.6).

11.2 Kommunenes plikt til å drive forebyggende arbeid

11.2.1 Folkehelsearbeidet

Forebygging handler generelt om å skape gode betingelser og iverksette tiltak som forhindrer utvikling og konsolidering av uønskede tilstander. Plikten til å drive forebyggingsarbeid i helse-

sammenheng er regulert i folkehelseloven.² I folkehelseloven § 1 heter det:

«Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.»

Loven gjelder for statlige organer så vel som for fylkeskommunale og kommunale myndigheter. Folkehelseloven vil i hovedsak omfatte universell forebygging, vanligvis forstått som tiltak og innsatser som styrker helsetilstanden i befolkningen som sådan, begrenser risikofaktorer og styrker beskyttelsesfaktorer.³ Innsatsen kan være regulatorisk, som for eksempel alkohollovgivningen, opplysende, som for eksempel Helsedirektoratets kampanje «Alkoholfritt svangerskap», eller støttende, som gjennom utdeling av ulike former for materiell til bruk i forebyggingsarbeid.⁴

Offentlige virksomheter er også pålagt å ivareta forebyggende hensyn i sitt planarbeid etter plan- og bygningsloven, jf. § 3-1 f, hvor det fremkommer at planer etter denne loven skal «fremme befolkningens helse og motvirke sosiale forskjeller samt bidra til å forebygge kriminalitet».

11.2.2 Tidlig identifisering og intervensjon

Kommunene organiserer sitt forebyggende arbeid på forskjellig vis. 216 kommuner oppga i 2018 at de har et tverrgående system for identifisering av personer med behov for tidlig intervensjon ved rusrelatert problematikk. Utvalget viser

¹ Helse- og omsorgsdepartementet (2013) og Justis- og beredskapsdepartementet (2013).

² Lov 24. juni. 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid.

³ Se FHI's nettsider om risiko- og beskyttelsesfaktorer, for eksempel Ostling mfl. (2014) og FHI (2014).

⁴ Se også Helsedirektoratet (2017d), program i regi av Helsedirektoratet, som skal styrke kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse og livskvalitet. Se omtale av folkehelseprogrammet på Helsedirektoratets nettsider.

her til SINTEF's rapportering for 2018 for omtale av hvordan dette arbeidet organiseres, og hvilke tiltak som kan inngå.⁵

Satsingen på forebyggende tiltak med unge som målgruppe har vært vektlagt de siste årene, og det er tydeliggjort at mange kommunale aktører, samt skole og politi, spiller sentrale roller.⁶

Det er en erkjennelse at det er en sammenheng mellom tidlig rusdebut, fremtidig utvikling av problemadferd og marginalisering.⁷ Det forutsettes således at de rus- og kriminalitetsforebyggende innsatsene settes inn på et så tidlig tidspunkt som mulig for å lykkes i å forhindre en negativ utvikling.

For å utsette unges debut med rusmidler og sørge for «rett innsats til rett tid» er myndighetene avhengig av å identifisere barn og unge som står i fare for å utvikle problemer, og av at intervensjonene rettes mot de bakenforliggende faktorene som øker risikoen for negativ adferd. Forebygging fremstilles samtidig som samfunnsøkonomisk kostnadsbesparende:

«På grunnlag av økt kunnskap om unge menneskers utvikling av kriminelle løpebaner, de sosiale forholds betydning for utvikling av gjeng- og gjengangerkriminalitet, og ikke minst økt kunnskap om kriminalitetens utvikling og samlede kostnader i samfunnet, ønsker Regjeringen i sterkere grad å satse på forebygging av kriminalitet. Dersom samfunnet lykkes i sin forebyggende innsats må en kunne forvente færre saker i straffesaksjeden og samfunnsøkonomiske besparelser.»⁸

Generelt har forebygging blitt styrket. Tilgjengelig kunnskap er gjort mer praksisvennlig ved at en rekke veiledere på en rekke myndighetsområder knyttet til forebygging har blitt utviklet de senere år. I 2012 ble nettstedet *tidligintervensjon.no* opprettet for å gi aktuelle etater veiledning i avdekking og oppfølging av rusrelaterte problemer. Utvalget viser her også til Helsedirektoratets kommende nasjonale faglige retningslinje for tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge.

11.2.3 Oppsøkende sosialt arbeid

Oppsøkende sosialt arbeid har tradisjonelt blitt oppfattet som et sentralt virkemiddel i kommunenes folkehelse-, forebyggings- og tidlig intervensjonsarbeid rettet mot ungdom og unge voksne.⁹ 90 av landets kommuner har etablert oppsøkende tjenester,¹⁰ selv om tjenesten ikke er lovpålagt. Utekontaktene har en viktig forebyggende rolle i å nå ut til utsatte og vanskeligstilte grupper som står i fare for å involvere seg i rus og kriminalitet og utvikle psykiske helseproblemer, og som det vanligvis er vanskelig å nå med andre tilnærminger. På bakgrunn av målet om tidlig innsats er oppfølging av ungdom en av de viktigste arbeidsoppgavene for feltarbeiderne i de oppsøkende tjenestene.¹¹ En viktig forutsetning for kontakten er at den er basert på frivillighet fra ungdommens side og taushetsplikt. I det oppsøkende arbeidet legges det vekt på høy grad av fleksibilitet og tilgjengelighet, ved å være til stede både på dagtid og kveldstid hver dag hele året, utenfor mange av de offentlige tjenestetilbudenes ordinære åpningstider. Det tilstrebes lavest mulig terskel for kontakt med målgruppen, uten krav til henvisning eller egenbetaling. De oppsøkende tjenestene bruker relasjonsbygging for å skape og opprettholde kontakt med grupper eller enkeltpersoner i utsatte miljøer.¹² Det benyttes personer med erfaringskompetanse som personalressurs for å styrke brukerperspektivet og likepersonsarbeid, der unge med egenerfaring hjelper andre unge gjennom ung-til-ung-formidling.

For utekontakter gjøres oppsøkende arbeid særlig på arenaer der utsatte ungdommer befinner seg. Noen hovedarenaer er offentlige uteområder, som gater, plasser og T-baneholdplasser, buss- og togstasjoner, samt innendørsarenaer som kjøpesentre, skoler, kafeer og ungdomsklubber. En utfordring for utekontakten er at ungdom i betydelig mindre grad enn tidligere benytter sin fritid i det offentlige rom og i større grad tilbringer tid hjemme, på digitale arenaer. Derfor satses det nå i større grad på oppsøkende arbeid på skoler.¹³ Gjennom kontakten med unge

⁵ Ose mfl. (2018).

⁶ Departementene (Q-16/2013) s. 2–3.

⁷ Skogen (2013).

⁸ St.meld. nr. 42 (2004–2005) *Politiets rolle og oppgaver*, kapittel 7.2.2 «Strategisk tilnærming».

⁹ Oppsøkende sosialt arbeid ble etablert som et kommunalt tiltak i 1969, da Uteseksjonen i Oslo ble opprettet. Betegnelsene på slike oppsøkende virksomheter varierer, men «uteseksjon», «utekontakt» og «ungdomskontakt» er vanligst.

¹⁰ KoRus Oslo (2018). Tallet på antall kommuner er oppdatert 27. august 2018.

¹¹ Henningsen, Gotaas og Feiring (2008).

¹² Erdal (2006).

¹³ Island mfl. (2013).

initieres egne støttetiltak, og det opprettes samarbeid med andre hjelpetjenester, foreldre, nettverk, skole og andre ved behov. Hensikten er å skape positive endringer i den enkelte ungdoms livsbetaingelser. Gjennom kartlegging, samtaler og aktiviteter skal det legges til rette for en endringsprosess knyttet til uønsket adferd og en belastende livssituasjon.

Utekontaktene bidrar også med systematisk kartlegging og lokal informasjon om nye trender og rusbruk i utsatte ungdomsmiljøer som det øvrige hjelpeapparatet er lite kjent med, blant annet gjennom såkalt *hurtig kartlegging og handling* (HKH). Dette utgjør en viktig kunnskapskilde for kommunenes tiltakskjede for å målrette innsatsene i det forebyggende arbeidet rettet mot særlig sårbare unge som har stor marginaliseringsrisiko.

11.3 Skolenes forebyggende rolle

Skolene spiller en viktig rolle i livet til barn og unge. Elevene tilbringer mye tid på skolen, og skolen er en arena som kan bidra til positiv utvikling i unge menneskers liv. På skolene arbeides det også både med universelle, selektive og indikative tiltak, og det er utarbeidet faglig støttemateriell og kunnskapsgrunnlag for det forebyggende arbeidet i skolen.¹⁴

Samarbeid med foresatte fremstilles som avgjørende. Gjennom et tillitsfullt skole-hjem-samarbeid og gode relasjoner mellom lærer og foreldre kan det utveksles informasjon og opprettes dialog om elevens trivsel og fungering og om bekymringsfulle forhold knyttet til risikoadferd og bruk av rusmidler. Etter forskrift til opplæringslova § 20-4 er skolen forpliktet til å gi foreldre til ikke myndige elever viktig informasjon om eleven. Det legges til grunn at en slik varslingsplikt inntreffer dersom det avdekkes at eleven er involvert i bruk, besittelse, kjøp eller salg av rusmidler i skoletiden.¹⁵ Dersom eleven er myndig kan foreldrene bare gis slik informasjon hvis eleven har samtykket til det.

Skolehelsetjenestene, som er en gratis «drop-in»-tjeneste for elever og deres foreldre,¹⁶ skal være et lett tilgjengelig tjenestetilbud for elever med rusmiddelproblematikk. Disse tjenestene skal blant annet drive oppsøkende virksomhet ved

behov og skal ha rutiner for å sende melding til koordinerende enhet i kommunen om barn med behov for oppfølging og individuell plan.¹⁷

Utdanningssetater eller representanter for skoler inngår dessuten i forebyggende samarbeid med andre offentlige instanser og organisasjoner, for eksempel i den såkalte SLT-modellen (omtalt nedenfor) som benyttes i mange kommuner, og i Samarbeidsforum for foreldrefokusert forebygging i Oslo.¹⁸ Skolen skal bistå med hjelp til å formidle kontakt med hjelpetjenestene og tilrettelegge for samarbeid ved behov for individuell oppfølging.

Skolen skal videre bidra med kunnskap om, refleksjon over og bevisstgjøring om rusmiddelbruk.¹⁹ Narkotika skal i tråd med læreplanverket være undervisningstema på slutten av ungdomsskolen og i videregående skole. Det skilles mellom *didaktiske* og *interaktive* tiltak.²⁰ Didaktiske tiltak innebærer faktaorientert klasseromsbasert kunnskapsformidling, noen ganger ved hjelp av undervisning av ulike eksperter, som politi og personer med brukererfaring. Interaktive tiltak er basert på elevens medvirkning og ferdighetstrening, som skal styrke den enkeltes evne til å foreta reflekterte valg. Forskning viser at skolebaserte programmer gir bedre kunnskapsnivå om rusmidlers skadevirkninger, men at ren faktaorientert kunnskapsformidling (didaktiske tiltak) ikke påvirker elevenes holdninger til og bruk av rusmidler.²¹ Interaktive programmer, der elevene aktivt involveres, kan imidlertid ha en noe positiv virkning på endring i adferd på kort sikt.²² Imidlertid er det lite kunnskap om utbredelsen av ulike forebyggingstiltak i skolen og hvordan dette gjøres i praksis. Det etterlyses mer kunnskap om hvordan forebyggingstiltak tas i bruk i skolen, og hvilke tiltak som kan begrense risikofylt og skadelig bruk av rusmidler.²³

¹⁶ Se Helsedirektoratet (2017f) og forskrift 19. oktober 2018 nr. 1584 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 3 fjerde ledd.

¹⁷ Se Helsedirektoratet (2017f) kapittel 2 og forskrift 19. oktober 2018 nr. 1584 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 6 bokstav e.

¹⁸ For eksempel SAMFOR i Oslo.

¹⁹ Helsedirektoratet (2014a).

²⁰ NOU 2003: 4 *Forskning på rusmiddelfeltet* s. 79.

²¹ NOU 2003: 4 s. 80. Rossow og Pape (2019) s. 129.

²² NOU 2003: 4 s. 81.

²³ Rossow og Pape (2019) s. 126–140.

¹⁴ Se Helsedirektoratet (2012a); Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (2000) og Andresen mfl. (2014).

¹⁵ Osloskolen (2019) s 11.

11.4 Politiets forebyggende rolle

11.4.1 Strategier og mål

11.4.1.1 Oversikt

I *Handlingsplanen mot barne- og ungdomskriminalitet* skisseres de ulike myndighetsinstansenes rolle i arbeidet med barn og unge.²⁴ Politiet tillegges her en hovedrolle.

I politiloven § 6 beskrives overordnede regler om hvordan polititjenesten skal utføres:

«Tjenesteoppdragets mål skal søkes nådd gjennom opplysning, råd, pålegg eller advarsel eller ved iverksettelse av regulerende eller forebyggende tiltak.

Politiet skal ikke ta i bruk sterkere midler uten at svakere midler må antas utilstrekkelige eller uhensiktsmessige, eller uten at slike forgojes har vært forsøkt. De midler som anvendes, må være nødvendige og stå i forhold til situasjonens alvor, tjenestehandlingens formål og omstendighetene for øvrig.

Politiet skal opptre saklig og upartisk og med omtanke for personers integritet, slik at den som er gjenstand for inngrep fra politiet, ikke utsettes for offentlig eksponering i større grad enn gjennomføringen av tjenestehandlingen krever.

Politiet kan anvende makt under tjenesteførelsen i den utstrekning det er nødvendig og forsvarlig.»

Politiet gjennomfører eller deltar per i dag i en rekke tiltak knyttet til forebygging av kriminalitet.²⁵ I politiets virksomhetsplan frem mot 2025 er kriminalitetsforebygging ett av fire overordnede strategiske tema.²⁶ Forebygging fremstilles som politiets primærstrategi på alle kriminalitetsområder. Dette overordnede målet for politiets virksomhet er beskrevet i politiloven § 1 annet ledd:

«Politiet skal gjennom forebyggende, håndhevende og hjelpende virksomhet være et ledd i samfunnets samlede innsats for å fremme og befeste borgernes rettssikkerhet, trygghet og alminnelige velferd for øvrig.»

Forebyggingen skal skje i et nært og forpliktende samarbeid med øvrige offentlige instanser. Videre presiseres det at kriminalitetsbekjempelsen skal basere seg på en kombinasjon av forebyggende og reaktive strategier, og at disse strategiene er samvirkende elementer, som må kombineres i politiets arbeid.

Forebygging omfatter tiltak for å hindre at kriminalitet oppstår. Vektlegging av forebygging som primærstrategi begrunnes i den samfunnsøkonomiske gevinsten som oppstår ved å hindre skader som følge av at straffbare forhold begås. Dette er en viktig del av politiets arbeid. Politiets primærforebyggende aktiviteter skjer på rusfeltet gjennom holdningsskapende informasjonsarbeid om skadepotensial ved ulike typer narkotika og følgene av å bryte forbudet mot bruk av narkotika.

11.4.1.2 Kunnskapsbasert politiarbeid

Kunnskapsbasert politiarbeid blir ansett som det mest effektive virkemidlet i det forebyggende arbeidet og skal være politiets hovedstrategi.²⁷ Kunnskapsbasert politiarbeid innebærer å systematisk innhente og kombinere et bredt spekter av tverrfaglige, erfaringsbaserte og vitenskapelige kunnskapskilder, med det formål å skape et best mulig grunnlag for treffsikre forebyggende tiltak, i tett samarbeid med andre instanser.²⁸

På rusfeltet vil forebyggingstiltak både være rettet mot å forhindre bruk av narkotika og nyrekruttering og mot å forebygge skader som følge av rusbruk. Mens det *proaktive* arbeidet viser til politimetoder som tas i bruk for å forhindre at lovbrudd oppstår, er *reaktive* metoder polititiltak som settes inn i etterkant av lovbrudd.²⁹ Videre kan politiets innsats mot narkotika deles inn i to strategier, ut fra hvilket nivå i narkotikadistribusjonskjeden som er målet.

Det kan skilles mellom forebygging, som bidrar til *tilgjengelighetsreduksjon*, der formålet er å redusere produksjon, innførsel og omsetning, og tiltak som bidrar til *etterspørselsreduksjon*.³⁰ På den ene side skal politiet drive med kriminalitetsbekjempelse rettet mot bakmenn og organiserte kriminelle nettverk. Samtidig skal de forebygge rusproblemer og sørge for at personer ikke

²⁴ Justis- og beredskapsdepartementet (2013). Dette er den siste handlingsplanen som er utgitt.

²⁵ Dette ble vektlagt i St.meld. nr. 42 (2004–2005) *Politiets rolle og oppgaver*, der det presiseres at politiet, i samarbeid med andre offentlige og private aktører, skal ha kriminalitetsforebygging som hovedstrategi.

²⁶ Politidirektoratet har utarbeidet en delstrategi for politiets virksomhetsplan frem mot 2025, se POD (2018).

²⁷ POD (2018) s. 4.

²⁸ NOU 2009: 12 *Et ansvarlig politi – Åpenhet, kontroll og læring*, pkt. 12.2.1.

²⁹ Knutsson og Søvik (2005). Se også Runhovde og Skjevraak (2018)

³⁰ Larsson (2015).

begynner å bruke narkotika. Forebyggende strategier tar utgangspunkt i at:

«politiet skal komme bort fra det tradisjonelle reaktive og hendelsesstyrte politiarbeidet, hvor politiet bare rykker ut og griper inn overfor enkelthendelser, og hvor man ikke gjenfinner noen innsats som påvirker de forhold som skaper hendelsene»³¹.

På narkotikafeltet underbygges dette av forskning som viser at reaktive metoder som intensivt politiinnsats og straffeforfølgning av mindre mengder narkotika, har begrenset forebyggende og kriminalitetsreducerende effekt og heller kan bidra til stigmatisering, sosial utstøting og ytterligere marginalisering av vanskeligstilte brukere.³² Politiarbeid skal ha en preventiv funksjon, med virkemidler og løsninger som innebærer at det tradisjonelle rettsapparatet i mindre utstrekning tas i bruk.

11.4.2 Politiets forebyggende innsats overfor barn og unge

Tidlig innsats overfor unge lovbrøyttere skal være en prioritert oppgave hos politiet.³³ Dette arbeidet skal organiseres i retning av generell forebygging mot ungdomsgruppen og gjennom å arbeide mot konkrete personer eller grupper som befinner seg i risiko for å tidlig debut og bruk av rusmidler. Videre skal politiet drive lokalorientert forebygging ved å sette inn tiltak i konkrete situasjoner og områder som er ansett som særlig kriminalitetsbelastede og kriminalitetsfremmende.

Det vektlegges at politiet skal være i dialog med risikoutsatt ungdom, og at politiet samhandler med foreldre og skole. Videre fremheves samarbeid med kommunale etater og den såkalte SLT-modellen (se punkt 11.5) og politiråd³⁴ som sentrale verktøy. Politiets primære oppgaver i dette samarbeidet beskrives som å bidra med kartlegging av enkelte ungdommer og ungdomsmiljøer og å melde fra om bekymringsfulle forhold.³⁵ Det vektlegges at god kriminalitetsforebygging krever grunnleggende kartlegging av hva som foregår i utsatte miljøer, og at det arbeides med å skaffe oversikt over den registrerte barne- og ungdoms-

kriminaliteten. Politiet skal gi sine samarbeidspartnere systematisk informasjon gjennom bruk av analyse- og registreringsverktøy, sine observasjoner og kontakter i barne- og ungdomsmiljøene. Ut fra den samlede informasjonen kan politiet og kommunen i fellesskap analysere barne- og ungdomsmiljøene og sette inn målrettede tiltak.

Det er videre politiets plikt å ta hånd om barn som påtreffes under omstendigheter som klart innebærer en alvorlig risiko for barnets helse og utvikling. Dersom personer under 18 år påtreffes ruset eller i tilknytning til rusmiljøer, skal politiet bringe barnet til sine foresatte. Det skal også vurderes om det skal sendes bekymringsmelding til barnevernsmyndighetene. Politiets samarbeidsplikt, jf. politiinstruksen § 15-1, innebærer at politiet skal samarbeide med andre offentlige instanser og særlig skal det innledes samarbeid, med skole og sosiale myndigheter. Politiet skal gi disse instansene informasjon om forhold som kan være av betydning for deres virksomhet. Videre har politiet mulighet til å informere skole og andre offentlige myndigheter om ellers taushetsbelagt informasjon når det er kjent at en elev bruker narkotika, eller det er risiko for at narkotika vil kunne bli omsatt på skolen, jf. politiregisterloven § 27. Politiets rolle i tiltakskjeden er å gjøre relevante samarbeidsinstanser oppmerksom på unge som har risikoadferd knyttet til bruk av rusmidler, og å ha en pådriverrolle for å bidra til at disse får nødvendig oppfølging av kommunen.

11.4.3 Bekymringsamtale

11.4.3.1 Oversikt over ordningen

Et av politiets viktigste forebyggende tiltak overfor unge som utøver risikoadferd og kriminalitet, er samtaleverktøyet «bekymringsamtalen».³⁶ Bekymringsamtale er fremstilt som et av de mest brukte og viktigste personrettede forebyggende virkemidler utenfor straffesaksbehandling.³⁷ Det er imidlertid ikke mulig å fastslå omfanget av slike samtaler knyttet til narkotika, fordi dette ikke registreres i politiets driftsstatistikk. Bekymringsamtalen brukes overfor ungdom som har begått en straffbar handling, eller som politiet mistenker har gjort det.³⁸ Samtalen kan gjennomføres etter initiativ fra politiet eller etter ønske fra foresatte eller andre.

³¹ Knutsson og Søvik (2005) s.10.

³² Houborg, Frank og Bjerge (2014); Olsen (2017).

³³ Justis- og beredskapsdepartementet (2013) s. 25; Oslo politidistrikt (2017).

³⁴ POD (2007).

³⁵ Kompetansesenter for kriminalitetsforebygging (2019).

³⁶ POD (2011).

³⁷ POD (2011).

³⁸ Lie (2011) s. 118–119.

Bekymringssamtalen kan innledes i ett av to hovedspor. Politiet kan invitere til en frivillig samtale med den unge alene og/eller eventuelt den unges foresatte. Dette krever ikke lovhjemmel, men kan knyttes til politiets lovpålagte oppdrag med å forebygge kriminalitet og ordensforstyrrelser. Dersom det er grunn til å tro at et barn har begått en straffbar handling (eller en person under 15 år har begått en handling som ville vært straffbar hvis personen var over 15 år på gjerningstidspunktet), kan barnet og foreldrene pålegges å møte til en bekymringssamtale for å forebygge ytterligere lovbrudd, jf. politiloven § 13 fjerde ledd. Uttrykket «grunn til å tro» innebærer at det ikke stilles strenge krav til bevis for at barnet har begått den aktuelle handlingen. Ved unnlatt oppmøte uten lovlig forfall kan politiet beslutte å avhente barnet og foreldrene for å gjennomføre samtalen, jf. § 13 femte ledd. Verdifulle opplysninger som fremkommer i bekymringssamtalen, skal registreres.

Politidirektoratet har laget en veileder for gjennomføring av bekymringssamtalen for å sørge for bedre rutiner og likhet og for å sikre god og trygg informasjonsdeling mellom aktører.³⁹

I veilederen fremgår det at bekymringssamtalen skal bidra til å kartlegge ungdommens livssituasjon, nettverk, årsaker til rusbruk og risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer for gjentatt kriminalitet. Et formål med samtalen er å ansvarliggjøre den enkelte ungdom og å prøve å finne ut av hvilken motivasjon og hvilke ønsker og mål ungdommen selv har. Aktuelle tiltak for å hindre videre rusbruk og eventuelle hjelpebehov skal diskuteres med den enkelte. Det kan gjøres nærmere avtale om både kortsiktige og langsiktige mål for hvordan ungdommen selv kan bidra til å forebygge egen kriminalitet, hva de foresatte skal gjøre, og hva politiet skal gjøre. Ved behov og etter eget ønske kan det også settes opp oppfølgingssamtaler.

11.4.3.2 Vurdering av bekymringssamtalen

Bekymringssamtalen kan være et viktig virkemiddel for tidlig innsats, ved å generere støttetiltak for vanskeligstilt ungdom som står i risiko for å få et problematisk forhold til rusmidler, og som hjelpeapparatet ellers ikke har fanget opp. Tidlig cannabisdebut kan ha særlig negative langsiktige konsekvenser,⁴⁰ og avdekking og oppfølging gjennom bekymringssamtalen kan være en avgjø-

rende start for å snu en negativ utvikling i tide. Bekymringssamtalen kan være et konstruktivt tiltak hvis det bidrar til å aktivere ungdommenes endringsressurser og støtteapparatet rundt.⁴¹

Flere forhold kan påvirke effekten av samtalen. De personlige kvalifikasjonene til personellet som leder samtalen, kan ha vesentlig betydning for muligheten for å komme i posisjon overfor den enkelte ungdom og dermed for virkningen av ulike tiltak. Muligheten for positiv påvirkning handler også om viktigheten av å formidle saklig informasjon om narkotika og skadevirkningene og unngå moraliserende kommunikasjon.⁴²

Samtidig kan bruk av bekymringssamtale være et betydelig inngrep i barn og unges liv. Det er derfor et vesentlig problem at forskningen på bruk og effekt av bekymringssamtale som et forebyggende virkemiddel er mangelfull – på alle kriminalitetsområder generelt og knyttet til rusmiddelbruk spesielt. Det foreligger ikke statistikk over hvor ofte slike samtaler benyttes i saker om narkotikabruk, og heller ikke over utfallet av samtaler. Det er derfor vanskelig å vurdere kvalitene ved dette som et kriminalitetsforebyggende tiltak og om dette kan bygges videre på som et tiltak i en kommende rusreform.

Forskningslitteraturen belyser imidlertid at det kan knytte seg flere problematiske forhold til politiets bruk av bekymringssamtale. Et generelt kritisk punkt i tiltak som er basert på tidlig intervensjon, er faren for uhensiktsmessig stempling og stigmatisering.⁴³ Særlig problematisk kan dette være når bekymringssamtalen er påtvunget. Selv om tidlig intervensjon gjennom bekymringssamtalen i mange tilfeller vil være et bidrag for å bevisstgjøre, informere og påvirke ungdom, er det samtidig viktig at politiet er bevisst på å vurdere hensiktsmessigheten av iverksetting av en bekymringssamtale. Når politiet velger å involvere seg, må de også vurdere mulige konsekvenser. For enkelte ungdommer kan en slik kontakt

⁴¹ Runhovde og Skjevrak (2018) s. 48–49.

⁴² Lie (2015).

⁴³ Runhovde og Skjevrak (2018). Avhenting ved unnlatt oppmøte, jf. politiloven § 19, blir i veilederen for bekymringssamtalen påpekt som et stigmatisk inngrep:

«Avhenting ved unnlatt oppmøte bør imidlertid vurderes nøye. Avhenting må veies opp mot blant annet stigmatisering/ stempling og hvilken betydning avhenting kan få for den unges og de foresattes tillitsforhold til politiet og muligheten for videre konstruktiv kommunikasjon i bekymringssamtalen. Som et alternativ bør det vurderes å gi flere muligheter til å møte, foreslå hjemmebesøk eller møte andre mer egnede steder enn på politistasjonen, lensmannskontoret eller politiposten.»

Se POD (2011) s. 19.

³⁹ POD (2011).

⁴⁰ Bramness og Rossow (2019) s. 69–84.

oppleves mer som et belastende inngrep enn som hjelp. Intervensjon gjort på feil tid og på feil måte kan ha negative konsekvenser i den forstand at den kan forsterke den individuelle skamfølelsen og opplevelsen av å være annerledes og mindreverdige, samtidig som den subkulturelle statusen knyttet til et kriminelt utenforskap og rus kan utvikles og forsterkes.⁴⁴

I mange tilfeller kan det være mer hensiktsmessig at hjelpeinstansene gjennomfører en samtale uten politiets tilstedeværelse.

Informasjonsdeling er vesentlig for det tverrsektorielle kriminalitetsforebyggende arbeidet. Imidlertid er det en utfordring for å ivareta et til-litsforhold til den enkelte ungdom dersom politiet bruker bekymringsamtalen til å skaffe seg opplysninger som senere brukes i en kontrollerende og straffende heller enn forebyggende hensikt.⁴⁵ Det understrekes at hensikten med bekymringsamtalen ikke er å være en informasjonskanal for politiet om andre kriminelle forhold.⁴⁶ Samtalen skal fungere forebyggende og hjelpe den unge, ikke politiet.

11.5 Rus- og kriminalitetsforebyggende samarbeid gjennom SLT-modellen

11.5.1 Innledning

Rus- og kriminalitetsforebyggende arbeid er en del av kommunens generelle plikt til å drive forebyggende arbeid, særlig overfor barn og unge.⁴⁷ Kommunene er ikke pålagt å organisere dette arbeidet på noen spesiell måte, men om lag 200 kommuner organiserer dette arbeidet i samarbeid med politiet etter SLT-modellen. Utvalget bruker her denne modellen som eksempel på systematisk rus- og kriminalitetsforebyggende arbeid.

SLT står for *Samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak* og ble utviklet på 1990-tallet. SLT-modellen har som hovedformål å skape en felles strategi for samordning mellom politi, kommune og øvrige lokale virksomheter i det rus- og kriminalitetsforebyggende arbeidet overfor barn og unge under 23 år.⁴⁸ Målet er at kommunens barn og unge skal få riktig hjelp til

riktig tid av et hjelpeapparat som samarbeider godt på tvers av etater og faggrupper.

Modellen skal sørge for bedre informasjonsflyt, kunnskap og ressursbruk og mer forpliktende samarbeid mellom politi og relevante kommunale enheter. Hensikten med slike tverrsektorielle møteplasser er å gi bedre kunnskapsnivå og erfaringsoverføring og legge til rette for at bekymringsfulle forhold fanges opp, og at tiltak kan settes inn tidligere, samtidig som risikoen for dobbeltarbeid og overlapping reduseres.

Kompetansesenter for kriminalitetsforebygging (Kfk) har ansvaret for å følge opp kommunene som har opprettet SLT-samarbeid.

SLT-modellen organiseres på tre nivåer: det *styrende*, det *koordinerende* og det *utførende* nivået. De tre nivåene skal sørge for en klar ansvarsfordeling, styring, koordinering og utføring av det forebyggende samarbeidet på tvers av sektorer og være forankret i linjen fra toppledernivå til utførernivå.

Styringsnivået. SLT-modellen skal forankres på øverste nivå i kommuneledelsen og politiet i en styringsgruppe. Styringsgruppen har ansvaret for kommunens samlede innsats for forebygging av rus og kriminalitet. Gruppen skal sørge for å innhente nødvendig kunnskap, angi klare mål og prioriteringer og innlemme disse målene i det kommunale planverket for rus- og kriminalitetsforebygging. Styringsgruppen skal gi nødvendige fullmakter direkte til de koordinerende og utøvende nivåene.

Koordineringsgruppen. Koordineringsnivået består av et nettverk av representanter for de tiltakene som arbeider med den aldersgruppen innsatsen skal rettes mot. Viktige instanser knyttet til rusproblematikk vil være politi, barnevern, skole, helse, utekontakt, konfliktråd, oppfølgingsteam og videregående skole. Koordineringsgruppen har ansvaret for den praktiske koordineringen av kommunens rus- og kriminalitetsforebyggende arbeid på tvers av etatene. Gruppen skal innhente tverrsektoriell kunnskap og innspill som er nødvendig for å avdekke problemer og utfordringer, og ut fra dette gi råd om hva hver enkelt sektor bør sette i gang av kortsiktige og langsiktige tiltak.

Det utførende nivået. Det utførende nivået består av deltagerne i rus- og kriminalitetsforebygging i praksis. Alle som er i direkte kontakt med barn og unge, skal delta. Det kan være ansatte i kommunale virksomheter og forebyggende politi, og frivillige organisasjoner og lokalt næringsliv kan inkluderes når dette er hensiktsmessig i forebyggingssammenheng.

⁴⁴ Kuvoame (2015); Sandberg og Pedersen (2006); Oslo kommune (2016).

⁴⁵ Runhovde og Skjevrek (2018) s. 48–49.

⁴⁶ Lie (2015).

⁴⁷ Departementene (Q-16/2013).

⁴⁸ Se Kompetansesenter for kriminalitetsforebygging (2019) for en mer detaljert beskrivelse av modellen.

Modellen er basert på en SLT-koordinator ansatt i kommunen i hel- eller deltidsstilling som har en nøkkelrolle ved både å ha et administrativt og faglig ansvar og å delta i møteaktiviteter på alle styringsnivåer. Koordinatoren skal sikre at alle som deltar i rus- og kriminalitetsforebyggende arbeid, møtes regelmessig, avdekker behov og ressurser, oppnår en felles problemforståelse og samordner sine tiltak. SLT-koordinator skal være en pådriver og et bindeledd i samarbeidet.

SLT-modellen er fleksibel for å kunne implementeres i kommuner med svært ulike utfordringer når det gjelder forebygging av kriminalitet. Modellen bygger på ideer om selvstyring og betydningen av å danne lokale nettverk og forebyggingsløsninger.

11.5.2 Vurdering av SLT

Evalueringsene av SLT har primært fokusert på å vurdere selve organiseringens betydning for samarbeid og mindre på å gi kunnskap om og vurdere konkrete tiltak og modellens forebyggende effekter.⁴⁹ Selv om samarbeidet erfares som godt på systemnivå, behøver ikke dette nødvendigvis å resultere i det som oppleves som treffsikre løsninger for mottagerne av tiltakene.

Undersøkelsene viser at SLT-modellen gir god informasjons- og erfaringsutveksling, dialog og samarbeid, som fører til bedre koordinering av partenes innsats og avklaring av ansvar mellom aktørene. SLT-arbeidet bidrar til at avdekking, initierting av tiltak og samarbeid bygger på et bredt og tverrfaglig sammensatt kunnskapsgrunnlag.

Evalueringsene viser at en høyt plassert koordinatorstilling er vesentlig for at arbeidet skal bli en sentral del av kommunens totale samordning og helhetlige innsats mot kriminalitet.

Samtidig viser undersøkelsene at SLT er godt forankret i kommunens planer, og at det er viktig at politiledelsen er sterkt inne som støttespillere for modellen.

Imidlertid påpekes det at SLT-modellens trenivåmodell for organisering av det kommunale samarbeidet ikke er like egnet for alle kommuner. Norske kommuner representerer stor variasjon. Noen kommuner mangler et naturlig mellomnivå mellom styringsnivå og utføringsnivå. Dette har ført til at nesten halvparten av SLT-kommunene er

organisert etter en tonivåmodell. For disse kommunene representerer trenivåmodellen en lite egnet samarbeidsstruktur, og trenivåstrukturen kan oppleves som unødvendig byråkratisk.

Det blir påpekt at det er liten grad av bruker-involvering og medbestemmelse fra ungdom i utvalgene, og det er heller ikke prosesser som sikrer at deres stemme blir hørt.

En sentral utfordring i slike tverrsektorielle samarbeid som SLT representerer, er at for dem som deltar, vil taushetsplikten i varierende grad utgjøre en hindring for utveksling av informasjon knyttet til enkeltpersoner. Imidlertid viser en spørreundersøkelse blant samarbeidspartnerne i SLT at de involverte i liten grad opplever taushetsplikten som noe vesentlig hinder.⁵⁰ Dette kan skyldes at aktørene ikke har forstått hvilke begrensninger som følger av taushetsplikten. Undersøkelsen viser også at de yrkesgruppene som er strengest regulert av taushetsplikt, som helsepersonell, i mindre grad opplever det som et hinder enn politiet, som i minst utstrekning har krav om taushetsplikt. Politiet er den eneste etaten som har et formålsbestemt unntak fra taushetsplikten når formålet er å forebygge kriminalitet. At politiet opplever taushetsplikten som mer begrensende, selv om de er minst begrenset av lovverket, kan skyldes at politiet opplever at taushetsplikten kan hindre *andre aktører* fra å bidra med opplysninger som politiet finner det formålstjenlig å ha for å utøve sitt forebyggende arbeid.

11.6 Ruskontrakter

11.6.1 Innledning

«Ruskontrakt» innebærer at en person inngår en avtale med politiet, kommunen eller andre myndigheter om rustesting over en gitt tidsperiode. «Ruskontrakt» benyttes enten som ledd i behandlingen av en straffesak, ved at ruskontrakten utgjør et vilkår for å avgjøre saken ved en påtaleunntakelse for mindre alvorlige narkotikalovbrudd, eller som et rent frivillig tilbud, uten at personen er anmeldt for narkotikalovbrudd.

«Ruskontrakt» som gjennomføres som et vilkår i forbindelse med en betinget påtaleunntakelse

⁴⁹ Modellen ble evaluert første gang av NIBR, se NIBR (1995), siden i 2008, se Gundhus mfl. (2008). SLT-modellens funksjon i fem norske storbykommuner ble evaluert samme år, se Egge mfl. (2008). Undersøkelsene baserer seg både på kvalitative data fra ulike SLT-enheter og på kvantitative spørreundersøkelser.

⁵⁰ I en spørreundersøkelse til samarbeidspartnerne i SLT oppga størstedelen av respondentene at taushetsplikten i svært liten grad eller i liten grad var til hinder for samarbeidet. Bare en tredjedel av SLT-koordinatorne oppgir imidlertid at det er utarbeidet rutiner for hvordan taushetsplikten skal håndteres mellom samarbeidspartnerne. Se Gundhus mfl. (2008) s. 175–188.

latelse, omtales særskilt i kapittel 10 om straffettslige reaksjoner.

Frivillig ruskontrakt, eller *frivillig rusmiddelkontroll*, er først og fremst et forebyggende tiltak. Hovedmålgruppen er ungdom opp til 18 år, men mange steder tilbys kontrakter til unge opp til 24 år. «Kontrakten» innebærer at den enkelte og foresatte frivillig inngår en formalisert avtale med hjelpeapparatet om jevnlig urintesting for å kontrollere hvorvidt den unge avstår fra å bruke narkotika. Ofte er det foreldres bekymring som er foranledningen for tiltaket. Ungdommens motivasjon oppgis ofte å være knyttet til behovet for å gjenopprette tillit til sine foreldre, men kan også ha sammenheng med en opplevelse av press. Kontrakten har vanligvis en varighet på seks til tolv måneder. Den enkelte skal også få tilbud om å bli fulgt opp gjennom samtaler eller andre oppfølgings- og behandlingstiltak i regi av helse- og sosialtjenesten. Den enkelte kommune avgjør om det er helsesøstre ved skolen eller helsestasjon for ungdom, barneverntjenesten, fastlege eller andre som skal følge opp ungdommene. «Frivillig ruskontrakt» skiller seg fra ruskontrakt som vilkår ved påtaleunntatelse ved at partene i prinsippet når som helst kan avslutte kontrakten uten juridiske konsekvenser.

Utvalget er ikke kjent med at det foreligger noen oversikt over omfanget av bruk av «frivillige ruskontrakter» i Norge. Det er ikke utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for tiltaket.

Tilbudet om forebyggende tiltak og oppfølging knyttet til bruk av rusmidler er i praksis sterkt varierende. Noen av disse tiltakene, og variasjoner i erfaringene med og studiene av dem, fremstilles i det følgende.

11.6.2 Vurdering av frivillige ruskontrakter

En studie gjort av «frivillige ruskontrakter» for ungdom mellom 13 og 18 år i ulike bydeler i Oslo og kommuner i Follo politidistrikt, sett fra praksisfeltets side, viser at bruk av ruskontrakter er sterkt varierende.⁵¹ Selv om målgruppen er ungdom som eksperimenterer med rus, og ikke ungdommer med etablert rusproblematikk, er det i praksis store variasjoner når det gjelder hvem som tilbys kontrakt. Det er hovedsakelig gutter

som tilbys kontrakt, og hovedvekten ligger på ungdom i videregående skole. Både førstegangsbrukere av cannabis og ungdom med etablert problembruk deltar.

I undersøkelsen fremgår det at det er betydelige forskjeller mellom bydelene i Oslo i hvordan tiltakene fungerer. I Oslo øst er kontraktene et tilbud som i stor grad er rettet mot risikoutsatte minoritetsgutter. I Oslo vest⁵² er det i større grad majoritetsungdom i «godt integrerte familier» som deltar.⁵³ Oppfølgingstilbudet varierer også langs disse sosiale skillelinjene. I vest brukes mest tid på samtaler og familierelatert oppfølging. I øst bærer «ruskontraktene» mer preg av å være et kontrolltiltak, med vekt på testing og mindre familieinvolvering.

Hvem som gjennomfører og finansierer tiltaket, varierer. Økonomi kan ha betydning for om tiltaket blir tatt i bruk. Det påpekes at det er mangelfull dokumentasjon av samtaler og utvikling underveis i prosessen med den enkelte ungdom. Videre er det også et problem at det er mangelfulle rutiner for oppfølging etter fullført kontrakt.

Undersøkelsen viser at praksisfeltet har ulike oppfatninger om hvorvidt «ruskontrakter» er et nyttig tiltak og fungerer. Det vektlegges at deler av praksisfeltet i liten grad kommuniserer at frivillig ruskontrakt faktisk er et kontrolltiltak, og at det er avgjørende at de involverte er klar over følgene av kontraktsbrudd. Foreldrenes engasjement i arbeidet er viktig, men anledningen til og forutsetningene for å bidra er ulike. Studien gir imidlertid ingen kunnskap om ungdommenes erfaringer, noe som er nødvendig for å vurdere den forebyggende effekten av slike tiltak.

En innvending mot «ruskontraktene» er forutsetningen om frivillighet. Samtykket til å inngå kontrakt kan være preget av et visst påtrykk og en opplevelse av tvang selv om det ikke nødvendigvis foreligger en formell straffetruassel dersom kontrakten ikke inngås eller brytes. Generelt vet vi for lite om hvorvidt slike tiltak bidrar til varige endringer. Selv om noen kan oppleve tiltaket som positivt, bidrar ikke «ruskontraktene» nødvendigvis til langvarig endring etter kontraktens opphør. Dette forsterkes av at det i mange tilfeller er mangelfulle rutiner for oppfølging etter fullført kontrakt.

Undersøkelsen viser også at de mest ressurssterke ungdommene har større tilbøyelighet til og bedre forutsetninger for å gjennomføre kontrak-

⁵¹ Denne fremstillingen av sentrale trekk ved Oslo-modellen er basert på rapporten *Flinkiser og «dropouts»* som inneholder en kartlegging av bruk av «frivillige ruskontrakter» i bydeler i Oslo og kommunene i Follo politidistrikt. Rapporten er basert på en spørreundersøkelse og 13 intervjuer med ansatte som jobber med frivillige ruskontrakter. Se Lien og Larsen (2015).

⁵² «Vest» betyr her tiltak som sorterer under Majorstua politistasjon.

⁵³ Lien og Larsen (2015) s. 38.

tene. Ungdommers sosioøkonomiske bakgrunn og foreldres grad av involvering og støtte har stor betydning for livsmestring og fungering.⁵⁴

Selv om mange ungdom eksperimenterer med cannabis og andre rusmidler, er det svært få som utvikler et rusproblem.⁵⁵ Mange av disse ungdommene har tilstrekkelige ressurser, nettverk, fungerer bra, har ikke problem med rus og vil klare seg godt, også uten systematisk oppfølging fra hjelpeinstansene. Variasjonene mellom ungdommene som har kontrakt, er store, og hjelpetiltakene bør justeres deretter.

Det er manglende føringer og sentraliserte maler for «ruskontrakter» både hos politi, kommune og helsevesen. Manglende systematikk i kontraktene har blitt påpekt som et problem. Det foreligger ikke noen standard for ruskontrakt. Kommuner, bydeler og politistasjoner har egne kontrakter og rutiner for oppfølging av både frivillig ruskontrakt og kontrakt som vilkår for påtaleunntatelse.⁵⁶ Noen steder er de «frivillige ruskontraktene» utformet etter samme mal som ruskontrakter med påtaleunntatelse, andre steder ikke.⁵⁷ Forskjellene gjelder hvilket tidsrom kontraktene gjelder for, hvilket innhold kontraktene har, og hvilke reaksjoner som iverksettes ved brudd på kontrakten. Videre vises det til at rutiner knyttet til registrering og oppfølging av kontrakter noen steder er mangelfulle.

«Kontraktene» mangler enkelte steder et tilbud om helsemessig oppfølging, noe som svekker den forebyggende funksjonen med kontraktene. Et videre problem er mangel på kvalitetssikring av urintester. Det er også variasjoner i hvilke instanser som bærer kostnadene med urinprøvekontroll. Enkelte steder må ungdommene og deres foresatte selv betale. Dette kan gjøre at vanskeligstilte som selv ønsker og har nytte av det, ikke får mulighet til å velge alternative løsninger til straff og dermed ikke får nødvendig hjelp. Økonomi bør ikke være styrende for bruk av ruskontrakter hvis dette er ønsket av foreldre og ungdom.

Det etterlyses bedre og felles rutiner for gjennomføring av testene, og at det økonomiske ansvaret for testene avklares. I 2014 kom veilederen *Prosedyrer for rustesting*, der det fastsettes kvalitetskrav for prøvetaking, screening og tolkning av prøvesvar, som kan bidra til mer enhetlige og forsvarlige metoder.⁵⁸

Det kan stilles spørsmål ved om det er hensiktsmessig at det enkelte steder brukes rusprøvekontroller for alle ungdommer der det avdekkes bruk av narkotika. Førstegangsbrukere har ikke nødvendigvis nytte av kontrakt, men kan trenge andre, mindre inngripende tiltak. Ungdommer som har et etablert rusproblem, kan på sin side trenge tettere oppfølging. At kontroll er en standardløsning for ungdommer som ikke har nytte av det og burde hatt andre tilbud for å få treffsikker hjelp, er problematisk. I verste fall kan slike tiltak virke mot sin hensikt ved å påføre ungdommene unødvendige belastninger og stigma, som virker demotiverende.⁵⁹ Det kan dermed stilles spørsmål om hvorvidt slik ressursbruk og slike inngrep overfor normalt fungerende ungdom i mange tilfeller er både unødvendig og uforholdsmessig, og om den omfattende oppfølgingen bør forbeholdes dem som virkelig trenger hjelp.

Det ser også ut til at det kan være en tendens til en klasse- og kjønnskjevhet i hvem som tilbys «ruskontrakter», og hvordan de implementeres. Selv om mange jenter eksperimenterer med rus, er det hovedsakelig gutter som tilbys ruskontrakter. Videre synes det også som ruskontrakter i en del tilfeller brukes i en mer kontrolldrevet hensikt overfor de mest vanskeligstilte ungdommene med mer sammensatte problemer og risikoadferd. Dette ser ut til å gjelde særlig minoritetsgutter på Oslo øst, ifølge Lien og Larsen:

«Vi synes altså å skimte en tendens til at marginaliserte unge gutter fra Oslo øst får ruskontrakt først og fremst som et kontroll- og straffetiltak, mens majoritetsguttene fra vest får ruskontrakt som et hjelpetiltak der kontroll er et element sammen med samtaler og støtte. Det kan synes som om ruskontrakt, slik det praktiseres i Oslo i dag, fungerer best for de unge som har mest ressurser fra før.»⁶⁰

Denne studien tyder på at de som har best forutsetninger for å klare seg, får mer og bedre hjelp enn ungdom som har større utfordringer. Denne sosiale skjevheten kan indikere at «ruskontrakter» i praksis ikke virker som et like godt forebyggende virkemiddel for mange av de ungdommene som har det vanskeligst.

Urinprøvekontrakter og samordnet innsats uten eksplisitt tillatelse til utveksling av opplysninger fra personen det samordnes rundt, er store og omfattende inngrep, som frem til nå er gjennom-

⁵⁴ Bakken (2018a).

⁵⁵ Bramness og Rossow (2019) s. 69–84.

⁵⁶ Bresil (2012).

⁵⁷ Lien og Larsen (2015); Sandøy (2018).

⁵⁸ Helsedirektoratet (2014d).

⁵⁹ Sandøy (2018).

⁶⁰ Lien og Larsen (2015) s. 38–39.

ført uten effektstudier. Det er nødvendig med mer kunnskap om ungdommenes erfaring med oppfølgingen de får, både for å hindre uheldig bruk av unødig ressurskrevende og inngripende tiltak og

for å vite hva som gir best hjelp til alle. Utvalget viser her også til sine vurderinger av for eksempel urinprøvetaking i utredningens kapittel 15.

Del IV
Utvalgets vurderinger og forslag

Kapittel 12

Hensyn for og imot avkriminalisering

12.1 Innledning

Utvalgets mandat er å utrede og foreslå en modell for å oppnå formålet med regjeringens rusreform. Mandatet bruker ikke uttrykket «avkriminalisering». Derimot er det en forutsetning i mandatet at «ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til egen bruk overføres fra justissektoren til helsetjenesten». Videre er utvalget bedt om å vurdere særskilt erfaringene fra Portugal, der bruk av narkotika og erverv og innehav av narkotika til egen bruk ble avkriminalisert og gjort til administrative lovbrudd i 2001 (se kapittel 6).

Formålet som søkes oppnådd med regjeringens rusreform, og henvisningen til erfaringene fra Portugal, innebærer at utvalget bør behandle de hensyn som taler henholdsvis for og imot avkriminalisering av bruk av narkotika, samt av erverv og innehav som henger sammen med personens egen bruk av narkotika, og hvordan en eventuell avkriminalisering av slike handlinger kan gjennomføres i en norsk kontekst.

Hvilke hensyn som taler for og imot en endringene som reformen innebærer, kan ikke bare bestå av en analyse av virkningene av å *opphøve* enkelte eksisterende regler. Analysen må også omfatte betydningen av nye regler som *innføres*. Den samlede vurderingen av hvilke virkninger som kan forventes som følge av utvalgets foreslåtte reform, kan følgelig ikke innsnevres til et spørsmål om hva som kan tenkes å skje med narkotikabruken i Norge som følge av et *bortfall av en straffetrussel* mot bruk og tilhørende befatning med narkotika. Vurderingen må også ta inn i seg hvordan den nye *sivilrettslige reaksjonsmodellen* som utvalget foreslår, vil fungere. Ulike aspekter ved den foreslåtte nye modellen er drøftet og beskrevet i kapittel 14–16.

Det inneværende kapitlet fokuserer på spørsmål som direkte knytter seg til straffleggingen av narkotikabruk og tilhørende befatning med narkotika. Først gis en oversikt over grunnleggende normative utgangspunkter for å vurdere

rettmessigheten og hensiktsmessigheten av å bruke strafferettslige virkemidler for å motvirke en bestemt type adferd i samfunnet se punkt 12.2. Deretter, i punkt 12.3, beskrives mer eller mindre sannsynlige tilsiktede og utilsiktede konsekvenser av avkriminalisering. Slike konsekvensers innbyrdes sammenheng og vekt behandles i et avsluttende punkt 12.4.

Det saklige virkeområdet for utvalgets foreslåtte modell, og dermed den konkrete avgrensningen av avkriminalisering, behandles i kapittel 13. Der drøftes blant annet forholdet til ulike grupper i befolkningen, ulike typer stoffer som er å regne som narkotika etter legemiddelloven § 22 og narkotikaforskriften, og hvilken mengde av slike stoffer som bør anses som innehav til egen bruk, som faller innenfor utvalgets foreslåtte modell.

12.2 Utgangspunkter for å vurdere rettmessigheten og hensiktsmessigheten av bruk av straff

Utvalget tar utgangspunkt i at straff er samfunnets sterkeste virkemiddel for å motvirke og fordømme innbyggernes uønskede handlinger. Bruk av straff innebærer menneskelige kostnader for den som straffes og vedkommendes familie, som varierer avhengig av hvilken type straff som benyttes.

I nyere norsk kriminalpolitikk anses straff gjennomgående som et middel og ikke som et mål i seg selv. For ordens skyld presiseres det at det med «virkemiddel» også menes de tilfeller der handlinger strafflegges med det formål å påvirke holdninger i befolkningen eller å gi uttrykk for grunnleggende verdier. Strafflegging, som innebærer at staten er beredt til å påføre sine innbyggere en tilsiktet lidelse, må derfor ha en «solid begrunnelse».¹ Det enkelte straffebud må følgelig ha et identifisert formål, og det må vises hvordan strafflegging er egnet til å oppnå dette formålet på

en slik måte at straffens menneskelige og økonomiske kostnader rettferdiggjøres. I dette ligger at byrdene ved bruk av straff må stå i et rimelig forhold til straffens tilsiktede virkninger. Det er altså forventningen om de eventuelle samlede tilsiktede og utilsiktede konsekvenser av bruk av straff – og at fordelene i tilstrekkelig grad veier opp for ulempene strafflegging innebærer – som eventuelt kan rettferdiggjøre samfunnets bruk av straff.

Ettersom en rekke umiddelbare kostnader ved strafflegging, både i økonomisk og menneskelig forstand, nærmest er uløselig knyttet til vårt begrep om straff, ligger argumentasjons- og bevisbyrden på dem som ønsker at staten skal straffe sine innbyggere for en bestemt type handling. Mangel på god kunnskap om virkningene av strafflegging av en bestemt type adferd tilsier derfor stor varsomhet med bruk av straff, slik at man ikke påfører menneskelige og økonomiske kostnader til liten eller ingen nytte. Dersom tilgjengelig kunnskap tilsier at formålene ved bruk av straff ikke oppnås gjennom strafflegging, bortfaller også rettferdiggjørelsen av straffleggingen, og det kan konstateres en «feilinvestering i straff».² Slike feilinvesteringer i straff innebærer at den moralske (konsekvensetiske) rettferdiggjøringen av statens tilsiktede påføring av et onde på egne innbyggere svikter. Fra en samfunnsøkonomisk synsvinkel kan det tilføyes at feilinvestering i straff utgjør en lite formålstjenlig, og kanskje til og med kontraproduktiv, bruk av felleskapets ressurser.

Spørsmålet er så hvilke tilsiktede virkninger av straff som kan rettferdiggjøre kostnadene. Et alminnelig akseptert utgangspunkt i norsk kriminalpolitikk er at straff bare bør benyttes for å motvirke handlinger som er til skade for andre (*skadefølgeprinsippet*). Handlinger som primært bare rammer en selv (for eksempel selvskadning eller ekstremsport som innebærer stor risiko for skade) skal, i henhold til skadefølgeprinsippet, i utgangspunktet ikke strafflegges. Skadefølgeprinsippet reiser imidlertid utfordringer når det skal anvendes i praksis, særlig når det gjelder hva som skal regnes som en relevant «skade» som påføres andre. For eksempel anses det å skade samfunnets økono-

miske interesser som en straffverdig handling når staten risikerer å miste inntekter forårsaket av en grovt uaktsom feil i skattemeldingen, men ikke når staten påføres utgifter til en redningsaksjon forårsaket av en dumdrstig og dårlig planlagt fjelltur. Det har vært ansett som en relevant *indirekte* skade av bruk av narkotika at bruken medfører psykiske skader og belastninger for gjerningspersonenes nære pårørende.³

Vurderingen av om en bestemt skade kan rettferdiggjøre bruk av straff, knytter seg på denne måten uløselig til en (ofte implisitt) vurdering av den moralske statusen til handlingen skaden springer ut av.⁴ Skadefølgeprinsippet er dermed vagt, og det anvendes heller ikke uten unntak i straffelovgivning. Det finnes såkalte paternalistiske straffebud,⁵ som kun er ment å verne mennesker mot skade på seg selv, og straffebud som kun ivaretar kontroll- eller effektivitetshensyn.⁶

I norsk ruspolitikk er det bred enighet om et mål om å «reduere alle negative konsekvenser av narkotikabruk for enkeltpersoner, for tredjeparter og for samfunnet».⁷ Det er naturlig for utvalget å ta utgangspunkt i dette målet ved vurderingen av bruk av straff innen rusmiddelpolitikk og å vurdere om strafflegging av befatning med narkotika til egen bruk er egnet til å fremme et slikt mål. Samtidig må det være klart, ut fra den norske strafferettslige tradisjonen, at det må stilles krav om nødvendighet og forholdsmessighet; ikke enhver negativ konsekvens av narkotikabruk for andre eller for samfunnet kan anses som så alvorlig at det vil være rimelig å strafflegge handlingen. I forarbeidene til straffeloven er dette formulert som to tilleggskrav til skadefølgeprinsippet:

«(1) Straff bør bare benyttes dersom andre reaksjoner og sanksjoner ikke finnes eller

¹ Ot.prp. nr. 90 (2003–2004) *Om lov om straff (straffeloven)* s. 77. Se også Rt. 1977 s. 1207 på s. 1209, under henvisning til professor Johs. Andenæs: «Straff er et onde som staten tilføyer en lovovertreder på grunn av lovovertreddelsen, i den hensikt at han skal føle det som et onde.»

² Professor i strafferett Johs. Andenæs, en nestor innen norsk strafferett, anvendte denne terminologien da han stilte spørsmålet om hvorvidt en i fremtiden vil anse narkotikapolitikken som «vårt århundres største feilinvestering i straff», se Andenæs (1994a) s. 628.

³ Ot.prp. nr. 90 (2003–2004) kapittel 7.5.2.5.

⁴ Slik også Frøberg (2010).

⁵ Se Ot.prp. nr. 90 (2003–2004) s. 85. Et eksempel på et paternalistisk straffebud er det straffbelagte påbudet om bruk av flytevest ved ferdsel i småbåt, jf. småbåtloven § 23 a første ledd, jf. § 37 første ledd. Uttrykket «paternalisme», som kommer av det latinske ordet for «faderlig», innebærer at styresmaktene i slike tilfeller strafflegger for å få rettssubjektene til å handle på en måte som styresmaktene mener vil være til rettssubjektene eget beste.

⁶ Ot.prp. nr. 90 (2003–2004) kapittel 7.5.2.6. Der brukes som eksempel det straffbelagte forbudet mot å innta alkohol de seks første timene etter kjøring som kan lede til politietterforskning, jf. vegtrafikkloven § 22 annet ledd, jf. § 31, og straffbelagte påbud om regnskapsføring som gir grunnlag for kontroll for (annen) økonomisk kriminalitet.

⁷ Innst. 207 S (2012–2013) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk: alkohol – narkotika – doping*, kapittel 2.1.

åpenbart ikke vil være tilstrekkelige. (2) Straff bør bare brukes dersom nyttevirkningene er klart større enn skadevirkningene.»⁸

Ved den konkrete vurderingen av straffens tilsiktete og utilsiktede konsekvenser vil det nødvendigvis bero på en skjønnsvurdering hvilken grad av sikkerhet som kreves i kunnskapsgrunnlaget. Det ligger i sakens natur at det kan være krevende og i noen tilfeller umulig å etablere sikker kunnskap om hvilken innvirkning en bestemt faktor har på innbyggernes handlemåte i et åpent og komplekst samfunn hvor ulike faktorer må antas å virke inn, både på samfunns- og individnivå. Når det gjelder innbyggernes befatning med narkotika, kompliseres bildet av at det finnes lite sikker informasjon om omfanget per i dag. Mørketallene for bruk av narkotika, forstått som tilfeller av bruk som ikke anmeldes, antas å være svært høye.⁹ Gitt at ulovlig befatning med narkotika til egen bruk er straffbart, har innbyggerne et insentiv til hemmelighold som også kan påvirke opplysninger som gis i spørreundersøkelser og i andre sammenhenger, noe som svekker informasjonsgrunnlaget.

Det må også antas å være store individuelle variasjoner i hvordan enkeltpersoner reagerer på straffereaksjoner, og hvordan enkeltpersoner reagerer på opplevelser med rusmidler. Spørsmålet om hva som kan forventes å inntre som følge av en kriminalisering eller avkriminalisering, beror imidlertid på empiriske spørsmål om nåværende adferd og teorier om hvordan endrede samfunnsforhold kan medføre endringer i adferd. Dette er med andre ord spørsmål om deskriptive forhold. Den normative vurderingen – det ruspolitiske verdivalget – ligger i hvordan ulike sannsynlige konsekvenser bør vektas mot hverandre.

I norsk strafferett har avkriminalisering i stor grad skjedd gjennom fjerning av straffebud som tiden har løpt fra. Et velkjent eksempel på dette er avkriminaliseringen av seksuell omgang mellom menn og av konkubinats (samboerskap) i 1972.¹⁰ Det finnes likevel noen eksempler på avkriminali-

sering av handlinger som jevnlig ble strafforfulgt helt frem til lovendringen, som er av en viss retts-historisk interesse. Som eksempler på dette kan nevnes avkriminaliseringen av overtredelser av parkometerbestemmelser i 1963, der det ble innført en sivilrettslig tilleggsavgift (parkeringsgebyr) til erstatning for strafferettslig bøtestraff.¹¹ Også avkriminaliseringen av åpenbar beruselse på offentlig sted i 1970 gjaldt et straffebud som hadde praktisk anvendelse frem til lovendringen. Feilparkering og åpenbar beruselse på offentlig sted anses fremdeles som uønskede handlinger som det offentlige bør kunne gripe inn overfor, og avkriminaliseringen skyldtes kun at straff ikke lenger ble ansett som det rette virkemiddelet for inngripen. I forarbeidene til lovendringen som avkriminaliserte åpenbar beruselse på offentlig sted, ble det lagt vekt på at erfaringer med avkriminalisering i Sverige og Finland viste at straffebudet ikke syntes å ha de tilsiktete preventive virkningene, og at bruk av straff ikke fremsto som nødvendig.¹²

12.3 Tilsiktete og mulige utilsiktede konsekvenser av avkriminalisering

12.3.1 Innledning

Variasjoner i rusmidlers skadevirkninger, både på samfunnsnivå og individnivå, påvirkes av et stort antall faktorer, herunder faktorer som styresmak-tene ikke direkte rår over. En modell som tar sikte

⁸ Ot.prp. nr. 90 (2003–2004) s. 88.

⁹ POD (2019a) s. 116–118. Det er mange usikkerhetsfaktorer knyttet til estimeringen av slike mørketall. Politidirektoratet har angitt 95 prosent som et mulig estimat.

¹⁰ I Innst. O. XI (1971–72) *Om lov om endringer i den alminnelige borgerlige straffelov 22. mai 1902 nr. 10* ble det lagt til grunn at straffebudet mot homofilt samleie «i de senere år meget sjelden» hadde vært anvendt i praksis (s. 3), og at straffebudet mot konkubinats «ikke har vært brukt i nyere tid» (s. 5).

¹¹ Midlertidig lov 21. juni 1963 om adgang til å kreve avgift for parkering av kjøretøy. Se omtale i Rt. 1964 s. 454. Se også Ot.prp. nr. 71 (1961–63) *Om midlertidig lov om adgang til å kreve avgift for parkering av kjøretøyer*, s. 2: «Hensett til økningen i motorvognparken og den økende trafikk, og dermed økningen i bruk av parkometere og overtredelser av parkometerbestemmelsene, finner departementet det maktpåliggende å så snart som mulig å søke innført en enklere saksbehandling ved overtredelser av parkometerbestemmelsene. Departementet antar heller ikke at det av generalpreventive grunner skulle være nødvendig at overtredelser av parkometerbestemmelsene bøtelegges, og de bøtelagte innføres i politiets bøteregeister.»

¹² Det ble vist til forskning i Sverige og Finland, der en fant at straffen for beruselse «verken har nevneverdig spesialpreventiv eller generalpreventiv betydning», se Innst. O. X (1969–70), s. 6. Det ble også vist til at «[f]or den ellers lovlidige borger må det antas at selve risikoen for arrestasjon og anbringelse i drukkenskapsarrest har tilstrekkelig avskrekkende virkning, og at en eventuell etterfølgende bot ikke vil ha noen selvstendig preventiv effekt» (op.cit., s. 8). Adgangen til å arrestere åpenbart berusede personer ble opprettholdt uinnskrenket ved avkriminaliseringen. Etter gjeldende rett har politiet adgang til å innbringe og sette i arrest personer som på grunn av beruselse forstyrrer den offentlige ro og orden eller den lovlige ferdsel, forulemper andre eller voldter fare for seg selv eller andre, jf. politiloven § 9 første ledd.

på å forklare sammenhenger mellom faktorer og rusmiddelbruk i befolkningen, må derfor ta høyde for en lang rekke forhold, og utvalget vil ikke forsøke å gi en uttømmende analyse av alle slike faktorer. Som en innledning til drøftelsen av mulige konsekvenser av avkriminalisering er det likevel av betydning å peke på noen slike faktorer, for å sette betydningen av den formelle juridiske reguleringen i en kontekst.

Det kan gjøres en inndeling i ulike grupper av faktorer som kan antas å ha betydning for omfang og konsekvenser av rusmiddelbruk, henholdsvis faktorer knyttet til *bruk og brukere av narkotika*, faktorer knyttet til *markedsmekanismer for narkotikaomsetning*, faktorer knyttet til *helse-, omsorgs- og velferdstjenester* og faktorer knyttet til *ulike reguleringer og normsett i samfunnet*. Det vil samtidig være innbyrdes gjensidig påvirkning mellom faktorene. Dette er fremstilt visuelt i figur 12.1.

Spørsmålet om hvorvidt enkelte handlinger knyttet til egen narkotikabruk skal møtes med en strafferettslig reaksjon, må ses i en slik større sammenheng, hvor den formelle rettslige reguleringen i samfunnet bare utgjør én av mange faktorer.

Stilt overfor et slikt sammensatt fenomen, med til dels ukjente årsakssammenhenger, er det av betydning å unngå å fokusere innsatsen på ett isolert problem, eller ett bestemt virkemiddel, for eksempel fordi dette fremstår håndgripelig eller synes å innebære en enkel løsning.¹³

I det følgende drøftes mulige tilsiktede og utiliserte konsekvenser av avkriminalisering. Det kan bemerkes generelt at det empiriske grunnlaget for kunnskap om virkninger på befolkningen av lovendringer isolert sett er begrenset.

12.3.2 Tilsiktede konsekvenser av avkriminalisering

12.3.2.1 Redusert stigmatisering av personer som bruker rusmidler?

Redusert stigma er et eksplisitt mål med rusreformen. Straffetiltaksapparatets påføring av stigma i det nåværende systemet blir samtidig fremstilt som et av de sentrale hindrene for å nå ruspolitiske mål om en helserettet og human ruspolitikk. I tråd med dette har regjeringen i utvalgets mandat lagt til grunn at straffeforfølgning av bruk og

besittelse av illegale rusmidler til egen bruk «har bidratt til stigmatisering, marginalisering og sosial utstøting». Samtidig er det i liten grad klargjort hva stigma er og eventuelt hvilke forhold i straffesakskjeden som faktisk virker stigmatiserende og på hvilken måte. Et videre spørsmål er i hvilken grad redusert stigma kan forventes ved bortfall av straff.

Uttrykket «stigma» kommer av det greske ordet for «merke», eller «sårmerke», og kan brukes i billedlig forstand om et mindreverdighetsstempel.¹⁴ I det antikke Hellas var stigma et helt konkret brennmerke som ble påført slaver og lovbrøyttere.¹⁵ Stigma er en nedvurderende kategorisering av en person som overgår alle andre og langt viktigere personlige kjennetegn, og som befestes seg i samhandling med andre med definisjonsmakt.¹⁶ Dette innebærer en generalisering der ett bestemt særtrekk ved personen definerer vedkommendes allmenne karakter. En stigmatiseringsprosess innebærer at personen selv aksepterer denne nedvurderingen av seg selv, og at følelsen av mindreverdighet preger personens selvforståelse og identitet. Stigma virker ofte gjensidig forsterkende ved at personen etter hvert oppfatter seg selv og opptrer som om den stigmatiserte identiteten er vesentlig i sosial samhandling. Dermed bekreftes betydningen av dette overfor andre, noe som igjen utløser vedvarende negative responser. Dette gjør at personens avvikende adferd kan befestes og forverres.

Stigma har gradsforskjeller, og det vil være varierende hvilke sosiale konsekvenser merkingen har, og i hvilken grad den setter personen utenfor i bestemte sammenhenger.¹⁷ Den stigmatiserte personen kan bli sterkere eller svakere assosiert med en rekke negative egenskaper eller personlige kjennetegn, og avvisingen kan være mer eller mindre uttalt. En stigmatiserende myndighetsbruk innebærer å degradere og ekskludere mennesker fra deltagelse, å redusere deres mulighet for å kommunisere og si sin mening, og å basere seg på nedlatende karakteristikker og praksiser som får den enkelte til å føle skam og

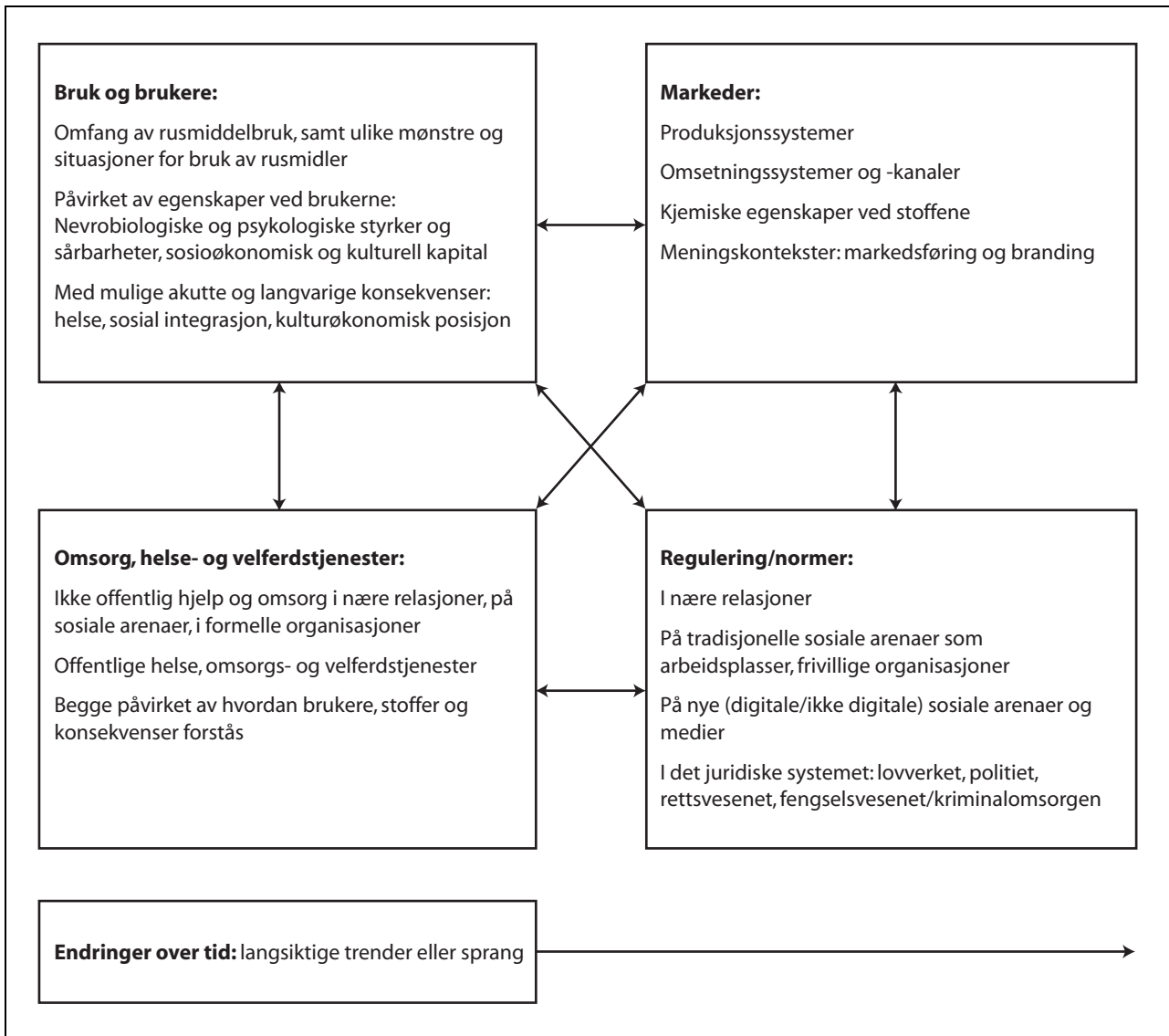
¹⁴ Gundersen (2019).

¹⁵ Rössler (2016). Slaver ble brennmerket med forbokstaven i det greske ordet for slave, se Encyclopædia Britannica (2016).

¹⁶ Et stigma, slik sosiologen Erving Goffman lanserte begrepet i samfunnsforskningen i 1963, defineres som en stereotypisk og nedlatende måte å karakterisere mennesker på. Stigmaet gjøres til det mest sentrale kjennetegnet ved personen og preger statusforhold og relasjoner. Se Goffman (1963).

¹⁷ Lyngstad (2000).

¹³ Som fremholdt for utvalget i foredrag fra postdoktor Torgeir Gilje Lid, Regionalt kompetansesenter for rusmiddel-forskning i Helse Vest, under henvisning til litteratur innen kompleksitetsteori.



Figur 12.1 Faktorer som kan antas å ha betydning for konsekvensene av rusmidler i samfunnet.

skyldfølelse for sine problemer og annerledeshet.¹⁸

Stigma antas å virke negativt inn på den enkeltes velferd og en gruppes muligheter for å bli hørt av offentlige myndigheter og samfunnet for øvrig. Stigmatiseringen kan videre prege personens handlingsvalg på en negativ måte, fordi andre ressurser og egenskaper ved personen ikke blir tilstrekkelig sett eller verdsatt på arenaer som kan skape livskvalitet og sosial mobilitet, i møte med hjelpeapparat, skole og arbeidsliv. En konsekvens av opplevelsen av stigma er at det kan skape en mistillit og en motstand som kan få vanskeligstilte til å unnlate å søke hjelp når de trenger det. I mange tilfeller har personer med rusproblemer psykiske vansker eller lidel-

ser, de kan ha vært utsatt for traumatiske livshendelser, for eksempel vold og overgrep, omsorgssvikt og mobbing i barndommen.¹⁹ I slike tilfeller vil stigmatisering knyttet til narkotikabruk utgjøre en ytterligere byrde i en allerede krevende hverdag.

Straffeforfølgning er det sterkeste virkemiddel et samfunn kan ta i bruk for å markere sitt syn på uønskede handlinger. I forarbeidene til straffeloven legges det til grunn at strafflegging innebærer en stigmatisering av lovbryteren.²⁰ Stigmatisering er der omtalt som en «i og for seg uøn-

¹⁹ For en oversikt over nyere forskning, se Halpern mfl. (2018). Se også UNODC (2018) s. 22–33.

²⁰ Slik også Ot.prp. nr. 90 (2003–2004) *Om lov om straff* s. 124: «Skal straffen nå sitt formål må imidlertid ileggingen av straff være offentlig, og da er stigmatisering ikke til å unngå.»

¹⁸ Spicker (1984). Lundeberg og Mjåland (2014) s. 214.

sket, men likevel meget virkningsfull del av straffen».²¹ Spørsmålet er konkret hvilke mekanismer som gjør at strafflegging og ileggelse av straffereaksjoner kan skape stigmatisering, marginalisering og sosial utstøting.

Politiets, påtalemyndighetens, domstolenes og kriminalomsorgens utførelse av oppgaver på ulike trinn i straffesakskjeden, fra pågripelsen til etterforskningen, irettføringen og straffarten, kan ha betydning for hvilken grad av stigma straffleggingen innebærer. Ser man nærmere på lovovertræderes kontakt med straffesakskjeden, er det særlig prosessuelle faktorer, som hvorvidt politiet og domstolene opptrådte på en respektfull, rettferdig og upartisk måte – måten den enkelte ble møtt, sett, hørt og behandlet på – som har avgjørende betydning for opplevelsen av stigma og tilliten til myndighetene.²² Dette må ses i sammenheng med at effekten av kontakterfaring på tillit til strafferettsapparatet synes å være asymmetrisk i den forstand at negative opplevelser har større effekt enn positive opplevelser. Dermed er det en utfordring at det kan være enklere å miste tillit enn å øke tillit ved kontakt. Dette gjelder på tvers av demografiske og sosioøkonomiske variabler i befolkningen, som kjønn, etnisitet, bo- og yrkesstatus. Slike forhold er gjennomgående funnet å ha større betydning for folks rettsfølelse enn de mer instrumentelle sidene ved møtet, slik som utfallet av strafferettsapparatets saksbehandling og oppfatninger om effektivitet.²³

Politiets såkalte «stopp og sjekk» av personer og kontroll knyttet til straffeforfølgning, blir i forskningen trukket frem som et stigmasensitivt område. Pågrepelse og eventuelt ransaking på offentlig sted, eller foran nærstående, kolleger eller klassekamerater, vil rimeligvis kunne virke stigmatiserende for den det gjelder. Når det gjel-

der opplevelsen av å bli pågrepet på skolen, er dette for eksempel omtalt i evalueringen av TIUR-modellen:

«De ungdommene som ble avdekket på skolen var svært kritisk til dette. De følte seg stigmatisert og følte at personvernet deres ikke ble ivaretatt. Flere forteller at ryktene sprer seg og at foreldre til kamerater vet om at de er tatt.»²⁴

Det er gode grunner til å ønske å vite mer om hvorvidt det er særskilte mekanismer som gjør seg gjeldende spesifikt for personer som straffes for *narkotikalovbrudd*, herunder personer i ulike livssituasjoner (for eksempel unge eksperimentelle brukere og eldre brukere med langvarig bruk av narkotika) og ulike typer narkotiske stoffer.

Opplevelsen av stigma knyttet til kontroll og straff vil imidlertid variere mellom ulike brukergrupper og i ulike kontekster. Kjønnetegnet ved brukere, som type og omfang av rusmiddelbruk, varighet av bruk, alder, kjønn og etnisitet vil ha betydning for samfunnets reaksjoner og grad av inngrep. Noen i befolkningen blir gjenstand for mer systematisk kontroll og straffeforfølgning for sin narkotikabruk enn andre. Problembrukere eller utsatt ungdom som fra før er marginalisert, kan oppleve å bli ytterligere stigmatisert fordi politiet oftere tar kontakt i en adferdskorrigerende, kontrollerende og straffeforfølgende hensikt og følger med på hva de gjør.²⁵ Å bli hyppig utsatt for kontroll i det offentlige rom bidrar til å forsterke den individuelle skamfølelsen knyttet til bruk av rusmidler og opplevelsen av å være annerledes og mindreverdige.

På samme tid finnes det rekreasjonsbrukere som i liten grad berøres av stigmaet. Statistikk fra Oslo tyder på at stigmaet rammer skjevt. Svar på spørreundersøkelsen *Ung i Oslo* viser at en høyere andel personer med norskfødte foreldre har prøvd cannabis enn unge med innvandrerbakgrunn. Når det kommer til andelen av unge som har prøvd cannabis, topper bydelen Frogner i Oslo vest statistikken, og mange bydeler i vest har et høyere nivå enn bydeler i øst.²⁶ Til tross for

²¹ Ot.prp. nr. 90 (2003–2004) s. 124.

²² Undersøkelser fra en rekke land har vist hvordan prosessuelle forhold i straffesakskjeden – de konkrete møtene med representantene for systemet og hvordan de opplever å bli omtalt og hørt i saken om seg selv – har avgjørende betydning for borgernes rettsfølelse. Betydningen av prosessrettferdighet handler ikke bare om hvordan man skal unngå stigmatiserende myndighetsbruk, men om at gevinstene av dette er at det skaper best mulige forutsetninger for samarbeid og lovlydig adferd. Utgangspunktet for oppmerksomheten om prosessrettferdighet og den etter hvert omfattende internasjonale forskningen på dette, er Tom Tylers bøker *Why People obey the Law* (1990) og *Trust in the Law: Encouraging Public Cooperation with the Police and Courts* (2002). Prosessrettferdighet fokuserer på måten myndighetene griper inn på, og hvilke fremgangsmåter som bør ligge til grunn for at inngrepet i størst mulig grad skal oppleves som legitimt av befolkningen. Se blant annet Thomassen (2017).

²³ Thomassen (2017) s. 32.

²⁴ Baklien og Bye (2018) s. 34.

²⁵ Olsen (2017); Kuvoame (2015); Lundeborg og Mjåland (2017); Sandberg og Pedersen (2014); Solhjell mfl. (2018).

²⁶ Se Bakken (2018a) s. 61. I for eksempel bydelene Alna, Stovner og Grorud oppgir henholdsvis 10, 11 og 12 prosent av de spurte å ha prøvd hasj eller marihuana. I for eksempel bydelene St. Hanshaugen, Ullern og Frogner er de tilsvarende prosentandelene 18, 20 og 22. Blant de spurte i undersøkelsen med norskfødte foreldre oppga 17 prosent å ha prøvd det samme. Den tilsvarende prosentandelen for unge med innvandrerbakgrunn var 11.

dette synes det å være en høyere grad av avdekking av cannabis i utsatte områder på østkanten enn på vestkanten i Oslo.²⁷ En gjennomgang foretatt av NRK i 2018 viste at det i 2017 ble registrert nesten tre ganger så mange narkotikaforhold hos ungdom på politihuset på Grønland som ved Majorstua politistasjon. En politileder som uttalte seg i saken, så dette i sammenheng med at befolkningen på østkanten kan bo i trange leiligheter, og derfor oppholder seg mer utendørs, enn på vestkanten.²⁸

Det gjør seg videre gjeldende et klasseperspektiv ved at cannabisbrukere fra sosioøkonomisk vanskeligstilt bakgrunn oftere blir anmeldt.²⁹ En nylig studie gjennomført i Oslo viste at bruken av cannabis var høyere blant ungdom med foreldre med høy utdanning. Imidlertid var risikoen for å bli «tatt» av politiet mer enn syv ganger høyere for ungdom som har foreldre med lav utdanning, når andre forhold er like.³⁰ Et utilsikket problem med stigma knyttet til straffefølgning er dermed at den rammer sosialt skjevt og kan gjøre vanskeligstilte brukere mer skadelidende enn andre.³¹

Det er viktig å være varsom med å generalisere utenlandske forskningsresultater til norske forhold, ettersom bruksmønster, politi- og rettsvesen og tiltaksapparat ofte skiller seg betraktelig fra land til land. Samtidig kan det være interessant å dra veksler på internasjonale studier av stigma hos narkotikabrukere. En amerikansk studie som gjorde bruk av teoretisk baserte stigma- og diskrimineringsmål som følge av narkotikabruk, fant at marginaliserte brukere opplevde høye nivåer av stigma og diskriminering, samt at disse erfaringene var assosiert med svak mental og fysisk helse.³²

Britiske forskere har påpekt at det bare er en minoritet av dem som bruker, eller som for den saks skyld omsetter, narkotika, som blir straffet med de konsekvensene som følger med stempling som kriminell og avvikende. Mer sosialt privilegerte brukere unngår rutinemessige pågrep og sanksjoner og er heller ikke gjenstand for forskning.³³ Kanskje derfor knyttes bildet av bru-

kere av narkotika til karakteristikk ved de gruppene som oftest blir straffet – karakteristikk som ikke nødvendigvis trenger å være relatert utelukkende til selve rusbruken, som for eksempel lav sosioøkonomisk status, psykiske vansker og lignende.³⁴ En skotsk studie har antydning at en straffbasert narkotikapolitikk som kobler rusbruk med avhengighet, kriminalitet og antisosial adferd, ikke var kompatibel med studiedeltagernes egne erfaringer. En politikk som ble vurdert som stigmatiserende, førte til at ikke-avvikende og produktive samfunnsmedlemmer som brukte narkotika, skjulte rusmiddelbruken og iverksatte identitetskontrollstrategier og metoder for å unngå sosiale krenkelser.³⁵

Et annet konkret utslag av stigmatisering er at strafferettslige reaksjoner for overtredelse av narkotikalovgivningen registreres i reaksjonsregisteret. Dette kan anmerkes på politiattest for personen, for eksempel politiattest som kreves for å kunne ha stillinger eller verv som innebærer et ansvarsforhold overfor mindreårige.³⁶ Stigma- og krenkelsesprosesser knyttet til å sone straff er behørig dokumentert i norsk og internasjonal forskning.³⁷ Straff innebærer å bli moralsk degradert i andres og egne øyne, å bli ekskludert fra det sosiale fellesskapet, å miste sin personlige autonomi og å bli underlagt andres kontroll.³⁸

Innsatte med rusproblemer er en særlig utsatt gruppe som kan oppleve stigma sterkere enn andre, både under og etter soning.³⁹ Den enkeltes «rushistorikk» og avhengighet av rusmidler er viktige bestanddeler i det moralske

³³ Askew og Salinas (2019).

³⁴ Askew og Salinas (2019).

³⁵ McPhee mfl. (2019).

³⁶ Politiregisterlovens bestemmelser om hvilke straffereaksjoner som anmerkes på politiattesten, innebærer at reaksjoner som er ilagt for mange år siden, eller straffereaksjoner for handlinger begått av mindreårige, i mange tilfeller ikke vil fremgå av politiattesten. Se politiregisterloven §§ 39–41.

³⁷ På tross av store forskjeller i soningsforhold mellom land og ulike soningsanstalter har fengselsforskningen i Norge og internasjonalt fra Gresham Sykes' (1958) klassiske studie og frem til i dag gjennomgående vist at det smertefulle ved soning handler om å bli moralsk degradert, å miste frihet, å bli underlagt kontroll og å miste råderetten over personlige eiendeler og mulighet for seksuelle relasjoner. For norske studier, se blant annet Mjåland (2015), Ugelvik (2011), Shammas (2017) og Smith og Ugelvik (2017).

³⁸ Ugelvik (2011).

³⁹ Etnografiske studier (Mjåland (2015) og Ugelvik (2011)) viser hvordan statusforskjeller mellom innsatte kommer til uttrykk i fengslens hverdagsliv, og at rusmisbrukere er en særlig stigmatisert gruppe som ofte blir betraktet som mer umoralske, svake, selvtilstrekkelige og ressursfattige enn andre.

²⁷ Pedersen (2017); Oslo kommune (2016).

²⁸ Acharki (2018). Sitatet fra politilederen lyder: «Cannabis brukes mer i det offentlige rom på østkanten. Man bor kanskje i trange leiligheter og oppholder seg mer utendørs enn det vi ser på vestkanten.»

²⁹ Pedersen og Von Soest (under publisering).

³⁰ Pedersen (2019). Se også Pedersen og Von Soest (under publisering).

³¹ Pedersen og Von Soest (under publisering).

³² Ahern, Stuber og Galea (2007).

grensearbeidet som utspiller seg i fengselshverdagen, og som får betydning for hvordan den enkelte blir sett, hørt, fulgt opp og behandlet.⁴⁰ Personer som bruker narkotika, opplever at rettsapparatet møter dem med en hjelpe- og kontrollambivalens (se kapittel 3 og 10).⁴¹ Dels blir mennesker med rusproblemer i dag møtt med større anerkjennelse, oppmerksomhet og forståelse enn tidligere. Bruk blir forstått som et helseanliggende som kan gi grunnlag for pasientstatus og bli betraktet som en formildende omstendighet og gir mulighet for en alternativ reaksjon med vekt på rehabilitering. Samtidig kan brukere oppleve at de lett blir stemplet som mindre troverdige, endringsvillige og ansvarlige, med økt risiko for tilbakefall.⁴² Som både innsatt, kriminell og «rusavhengig» med belastet bakgrunn blir den domfelte gjenstand for et mangefasettert stigma, som forsterker vanskelighetene med tilbakeføring, endring, evne til livsutfoldelse og livskvalitet.⁴³

Et annet spørsmål er hvilket forhold det er mellom stigmatisering som kommer av strafflegging som sådan, og stigmatisering som kan komme av andre mekanismer i samfunnet.

Erfaringsmessig må det legges til grunn at deler av befolkningen har negative oppfatninger om enkelte handlinger eller livsstiler som ikke nødvendigvis er ulovlige eller straffbare, for eksempel røyking av tobakk.⁴⁴ Også forhold ved bruken av narkotika i seg selv har en stigmatiserende effekt. Bruk av rusmidler kan svekke en persons evne til egenomsorg, slik at vedkommende fremstår uflidd og skiller seg betydelig fra majoriteten. I tillegg vil rusmiddelbruk ofte føre til en mindre kritisk vurdering av egen adferd, som også vil kunne medføre at vedkommende blir sett på som annerledes og i enkelte sammenhenger truende eller ubehagelig. Narkotikabruk skiller seg fra alkoholbruk i så måte, da alkoholbruken ofte foregår i en mer sosialt

akseptert sammenheng, som for eksempel fredags- og lørdagsfyll.

Det er derfor grunn til å tro at stigma mot personer med rusrelaterte lidelser – samt mot personer som bruker narkotika uten å ha rusrelaterte lidelser – vil eksistere også etter en avkriminalisering, siden bruken av slike rusmidler trolig fremdeles vil oppfattes som uakseptabel adferd i mange sammenhenger og med risiko for helseskader eller andre negative konsekvenser.

Utbredelsen og virkningene av stigma er, i sin natur, vanskelig å kvantifisere, og enda vanskeligere dersom en krever kunnskap om konkrete grupper av personer som bruker narkotika. Fraværet av en nærmere beskrivelse i forskning av hvilken stigmatisering av personer som bruker narkotika, som kan tilskrives straffbarheten isolert sett, og hva som kan tilskrives andre forhold i samfunnet, innebærer etter utvalgets syn ikke en svekkelse av antagelsen om at strafflegging av en handling fører til stigmatisering. Det ligger så å si i straffens natur at den til en viss grad virker stigmatiserende, noe som også er lagt til grunn i forarbeidene til straffeloven omtalt ovenfor.

Avkriminalisering fremstår som et nødvendig skritt å ta dersom en skal kunne redusere stigmatisering av personer med rusproblemer eller som står i fare for å utvikle et rusproblem. Selv om det kan stilles spørsmål ved hvor mye avkriminaliseringen isolert sett reduserer stigmaet, vil det legge til rette for ytterligere tiltak for å endre holdninger mot denne gruppen i befolkningen. Når straff er samfunnets sterkeste virkemiddel for å fordømme en handling, er det vanskelig å se et rom for å redusere stigmatiseringen av personer med ruslidelser, eller personer som står i fare for å utvikle et rusproblem, uten at personenes egen bruk av narkotika er avkriminalisert.

12.3.2.2 Styrking av skadereduksjon og hjelpesøkende adferd?

I regjeringens mandat til utvalget heter det at straffeforfølgning av bruk og besittelse av illegale rusmidler til egen bruk «kan ha stått i veien for å møte den enkelte bruker med hensiktsmessige og tilpassede tilbud og oppfølging». Det kan tenkes at straffbarheten av ulovlig bruk og befatning med narkotika gjør at personer skjuler sin rusmiddelbruk fra andre.

Dersom personer oppfatter politiet som den rette offentlige instansen å henvende seg til for hjelp og oppfølging for egen eller andres rusmid-

⁴⁰ Lundeberg og Mjåland (2019).

⁴¹ Giertsen og Rua (2014); Helgesen (2017); Mjåland (2015); Mjåland og Lundeberg (2014).

⁴² Mjåland (2015).

⁴³ Lundeberg (2017).

⁴⁴ Se også beskrivelse av denormaliseringsstrategier i tobakkspolitikken i Sæbø (2012). Tobakksskadeloven § 25 fastsetter et såkalt røykeforbud. Bestemmelsens første ledd slår fast at luften i lokaler og transportmidler hvor allmennheten har adgang, skal være røykfri. Bestemmelsen gir eieren, driveren eller den som disponerer eller er ansvarlig for lokalet, området eller transportmidlene, en plikt til å sørge for at regelen blir overholdt. Bestemmelsens fjerde ledd gir pliktsubjektet hjemmel til å bortvise personer som på tross av advarsel overtrer røykeforbudet.

delbruk, kan det også antas at de vegrer seg mot å søke hjelp, i frykt for at politiet skal opprette en straffesak mot vedkommende. I innspill til utvalget har det blitt gitt uttrykk for at avkriminalisering vil kunne senke terskelen for å tilkalle helsehjelp⁴⁵ og å snakke om egen rusmiddelbruk med helsepersonell.⁴⁶ Utvalget ser meget alvorlig på at blant annet pårørende til personer med rusproblemer opplever at kriminaliseringen av personer som bruker narkotika, fungerer som en barriere mot å oppsøke helsehjelp. De empiriske studiene utvalget har funnet om emnet, støtter inntrykket som gis i innspillene. Forskning på åpne rus-scener viser at områder med høyt kontroll- og straffenivå kan hindre skadereduksjon.⁴⁷ Brukere planlegger livet sitt for å unngå kontakt med politiet og begrenser sin bruk av offentlige rom og nærliggende hjelpetiltak av frykt for å bli gjenstand for politiets inngripen. Dette kan også føre til mer risikabel rusmiddelbruk, for eksempel ved at injisering må foregå raskt, uhygienisk og uten tilgang til bistand for eksempel ved overdose. Denne dynamikken vil kunne svekkes hvis politiet får mulighet til å opptre med en tydelig hjelpeorientert tilnærming i tett samarbeid med hjelpeinstansene.

En nylig studie som omfattet land med ulik grad av liberalisering av narkotikapolitikken, indikerer at personer som bruker narkotika, har større tillit til helsetjenester i land der det føres en mindre restriktiv politikk overfor narkotikabrukere.⁴⁸ En aktuell svensk undersøkelse viste at så mange som 40 prosent av de spurte ville utsette i det lengste å kontakte medisinske nødtjenester, eller under ingen omstendigheter ville kontakte slike tjenester, dersom det inntraff en narkotikarelatert medisinsk nødsituasjon.⁴⁹ Dette knyttes i artikkelen til den forholdsvis strenge narkotikapolitikken som har vært ført i Sverige.

Straffeforfølgning kan videre hindre hjelp ved å skape motstand og mistillit, basert på en oppfatning av at en stigmatiserende og uforholdsmessig maktbruk overfor brukere mangler legitimitet. Et aspekt knyttet til virkningen av kontroll og straffetiltak som kan hindre hjelpeoppsøkende adferd, er

knyttet til den såkalte gatekapitalen i utsatte miljøer der bruk av rusmidler ufarliggjøres. Gatekapital er kompetanse og ferdigheter som utvikles for å lykkes med å unngå straff i et fellesskap der narkotika brukes og omsettes.⁵⁰ Kjennskap til og eksperimentering med rusmidler blir av gruppe-medlemmene forherliget og anerkjent som utforsking av en alternativ livsstil i opposisjon mot samfunnets konformitetspress. Ferdigheter som å unngå politiets oppmerksomhet – det vil si å unngå å bli stoppet, sjekket eller arrestert – og å vise motstand og ikke samarbeide med politiet gir anerkjennelse og respekt. Manglende lovlidighet blir rettferdiggjort som en reaksjon på samfunnets maktbruk, måten myndighetene griper inn på, og de verdier som ligger til grunn for inngrepet. Innsatsen for å bekjempe narkotika gjennom stigma, strafferettslige virkemidler og den moralske forargelsen og bekymringen brukere blir møtt med, kan dermed paradoksal nok gjøre at den subkulturelle verdien av å være involvert i narkotikakriminalitet forsterkes. Resultatet er at det oppstår et u hensiktsmessig motsetningsforhold som gjør det vanskeligere å komme i en konstruktiv dialog med vanskeligstilt ungdom og andre som står i fare for å bli ytterligere marginalisert og trenger hjelp.

Mulighetene for å nå frem med skadereduserende tiltak og helsehjelp til personer med problematisk rusmiddelbruk vil påvirkes av hvorvidt personer i disse miljøene er i stand til og villig til å oppsøke hjelp. Det er naturlig å se problemstillingen i sammenheng med stigmatisering av personer med rusrelaterte problemer som er omtalt ovenfor i punkt 12.3.2.1.

Særlig problembelastet og marginalisert ungdom kan ha et anstrengt forhold til politiet og være preget av skepsis og mistillit til offentlige myndigheter og deler ikke med letthet informasjon om sine problemer og vanskeligheter.⁵¹ Dette kommer kan hende også til uttrykk ved at ungdommer fra Oslo øst som er på «urinprøvekontrakter», opplever tiltaket mer som straff og kontroll enn ungdom fra Oslo vest, som opplever at tiltaket bærer mer preg av hjelp.⁵² En betydningsfull barriere er mangelfull kunnskap om det eksisterende hjelpetilbudet utenfor straffesak (se kapittel 11). Dette gjelder særlig utsatte ungdommer og vanskeligstilte familier. Et problem er at

⁴⁵ Skriftlig innspill fra organisasjonen Ivareta – pårørende berørt av rus.

⁴⁶ Muntlig innspill under innspillmøtet i Tromsø og i gruppeintervju med Uteseksjonen i Oslo kommune.

⁴⁷ Bourgois (2003); Bourgois og Schonberg (2009); Houborg, Frank og Bjerge (2014); Olsen (2017); Lundeberg og Mjåland (2017); Parkin (2013); Small mfl. (2006); Stevens (2013); Waal, Gjersing og Clausen (2011).

⁴⁸ Benfer mfl. (2018).

⁴⁹ Soussan og Kjellgren (2019).

⁵⁰ Kuvoame (2015); Sandberg og Pedersen (2010); Smith-Solbakken og Tungland (1997).

⁵¹ Kuvoame (2015); Sandberg og Pedersen (2010); Oslo kommune (2016).

⁵² Lien og Larsen (2015).

ungdom med minoritetsbakgrunn og deres foresatte i mindre grad er kjent med, og sjeldnere oppsøker, hjelpeapparatet ved behov.⁵³

Det fremstår krevende å samle sikker kunnskap om barrierer mot å oppsøke eller ta imot tilbud om helsehjelp for rusrelaterte problemer. Likevel våges påstanden om at slike barrierer finnes. Narkotikabrukere kan oppleve å få mangelfull tilgang på hjelp, fordi avholdenhet fra rusmidler kan være en forutsetning for å få visse tjenester. At narkotikabruk er straffbart og kan få konsekvenser for den enkelte på flere områder, kan også hindre personer fra å gi informasjon om bruk av rusmidler overfor kontroll- og hjelpeapparatet når dette er nødvendig for å gi tilfredsstillende oppfølging.

Videre kan det opplevde stigmaet knyttet til rusmiddelbruk være et hinder for tillit mellom den enkelte og hjelpeapparatet; en person kan oppleve å bli vurdert som mindre kompetent og mindre i stand til å foreta rasjonelle valg som følge av bruken av rusmidler. Antagelser om mangelfull autonomi på grunn av ruspåvirkning og skader knyttet til rusbruk kan gjøre at personens vurderinger og informasjon om seg selv i mindre grad blir anerkjent og tatt hensyn til.

Mottatte innspill og de studiene som er beskrevet ovenfor, gir grunnlag for å anta at innretningen av det offentlige reaksjoner på rusmiddelbruk har betydning for graden av hjelpesøkende adferd hos personer med problematisk bruk av narkotika, og at fjerning av straffereaksjoner mot brukere av slike rusmidler vil kunne bidra til å styrke kontakten med det offentlige hjelpeapparatet. Utvalget har ikke funnet holdepunkter som svekker antagelsen i mandatet om at straffeforfølgningen kan ha stått i veien for å møte den enkelte bruker med hensiktsmessige og tilpassede tilbud og oppfølging.

12.3.2.3 Mer åpenhet og tillit mellom politiet og brukere av narkotika?

Københavns politi har i møte med utvalgets sekretariat fremholdt at den såkalte frisonen i København vest har gjort det enklere å skape kontakt mellom politiet og brukermiljøene. Under utvalgets studietur til Portugal ga representanter for politiet i Lisboa uttrykk for en tilsvarende erfaring etter avkriminalisering. Utvalget har fått innspill fra politi også i Norge om at en god dialog med personer i brukermiljøene gir muligheter til å avdekke distribusjonsledd, og at det kan være

aktuelt å ikke «stresse» brukere som selv gjør noen småsalg, fordi brukerne i stedet kan hjelpe politiet med å etterforske personer lenger opp i distribusjonsskjeden.⁵⁴

Erfaringsmessig kan personer i rusmiljøer være utsatt for større risiko for ulike former for kriminalitet enn befolkningen for øvrig. Dette innebærer et behov for bistand og trygghet som en slik styrket kontakt med politiet kan gi. Også etter en avkriminalisering av visse former for befatning med narkotika til egen bruk vil politiet måtte håndtere straffesaker som springer ut av rusmiljøer, enten i form av straffbare narkotikalovbrudd eller i form av rusrelatert kriminalitet.

En avkriminalisering av befatning med narkotika til egen bruk vil utvide den rettslige vitneplikten om de avkriminaliserte handlingene, simpelthen fordi de ikke lenger er straffbare. Personer som er mistenkt eller siktet, kan nekte å forklare seg, jf. straffeprosessloven § 90. Vitner i saken kan etter gjeldende rett nekte å svare på spørsmål dersom de risikerer å utsette seg selv eller nære familiemedlemmer for straffansvar, jf. straffeprosessloven § 123. Gitt at bruk og besittelse av narkotika er straffbart, kan vitner for eksempel nekte å svare på om de selv eller familiemedlemmer var påvirket av narkotika i en gitt situasjon som er av interesse for politiet. Den begrensningen av vitneplikten som kriminalisering av handlinger innebærer, ble i 1928 fremholdt av Oslo politikammer som et argument mot å kriminalisere kjøpere av narkotika (se kapittel 3).

Etter en avkriminalisering vil vitneplikten i straffesaker som hovedregel omhandle befatning med narkotika til egen bruk. Straffeprosessloven § 123 første ledd tredje punktum gir likevel retten adgang til å fritta for forklaring ved vesentlig tap av sosialt omdømme eller vesentlig velferdstap av annen art for vitnet eller vitnets nærstående, når det ut fra en vurdering av sakens art, forklarings betydning for sakens opplysning og forholdene ellers ville være urimelig å pålegge vitnet å forklare seg. Hvorvidt unntaket fra vitneplikt kommer til anvendelse, vil avhenge av omstendighetene i den konkrete saken. Det er lagt til grunn i rettspraksis at unntaksregelen må brukes med varsomhet.⁵⁵

⁵⁴ Innspill fra politiet i Stavanger og Ryfylke under utvalgets innspillsmøte i Stavanger.

⁵⁵ Jf. for eksempel Rt. 1998 s. 2001. Det ble tilføyd et nytt annet punktum i bestemmelsen i 2008 som gjør at det Høyesterett omtaler som annet punktum, er nåværende tredje punktum.

⁵³ Bergengen og Larsen (2008).

12.3.2.4 Rolleavklaring mellom helse- og velferdstjenester og justissektoren

Noen nåværende og tidligere polititjenestepersoner som har uttalt seg til utvalget, har gitt uttrykk for at helse- og velferdstjenester i kommunene i utilstrekkelig grad har tatt ansvar for oppfølging av personer som bruker narkotika. Dette har, hevder de, medført at politiet har måttet gripe inn med sine straffeprosessuelle hjemler, selv om straffeforfølgning i og for seg har vært ansett som lite formålstjenlig. Dette forklares med at det uten politiets inngripen ikke ville være noen offentlig instans som engasjerte seg i en uakseptabel situasjon.

Dette skaper en dobbeltrolle for politiet, hvor politiet anvender strafferettslige virkemidler – for eksempel anmeldelse av forholdet og avgjørelse av saken med en påtaleunntatelse med vilkår – der polititjenestepersoner selv anser formålet med inngrepet å være hjelp og ikke straff.⁵⁶ I evalueringen av politireformen svarte politiets samarbeidspartnere på det forebyggende området at det er viktig å klargjøre politiets rolle i skjæringsfeltet mellom ordensmakt og hjelpeutøver.⁵⁷ Det blir lagt vekt på at et av suksesskriteriene for det kriminalitetsforebyggende arbeidet handler om at politiet ikke påtar seg andre myndigheters arbeidsoppgaver, men konsentrerer seg om de politifaglige oppgavene de er pålagt. Det er blitt pekt på at en klarere rollefordeling kan gjøre det enklere for hjelpetjenestene, for eksempel utekontakter og andre oppsøkende tjenester, å oppnå tillit og etablere kontakt med marginaliserte grupper, fordi tjenesten ikke assosieres med «ordensmakten».⁵⁸

En overføring «fra straff til helse», som regjeringens mandat til utvalget forutsetter, kan innebære en klarere plassering av ansvar hos kommunens helse-, omsorgs- og sosialtjenester, og det

følger av mandatet at utvalgets foreslåtte løsning skal legge til rette for en god rollefordeling.

Rolleavklaringen kan også gjøre det tydeligere for det alminnelige publikum hvilken del av det offentlige som bør kontaktes for å få hjelp og oppfølging for egen eller andres bruk av narkotika.

12.3.2.5 Reduksjon av menneskelige og økonomiske kostnader knyttet til strafflegging?

Straffens økonomiske og menneskelige kostnader er omtalt innledningsvis i dette kapitlet. De menneskelige kostnader ved strafflegging er i hovedsak beskrevet i punkt 12.3.2.1 om stigma. Det har vært gjort forsøk på å tilpasse straffereaksjoner til de særlige hensyn som gjør seg gjeldende der kriminaliteten er knyttet til lovbryterens egen bruk av narkotika, såkalte alternative straffereaksjoner. Disse er omtalt i kapittel 10 om strafferettslige reaksjoner.

Utvalgets modell og formålet med rusreformen tar sikte på å bidra til å redusere de menneskelige kostnadene ved narkotikabruken i seg selv gjennom å tilby adekvate helse- og velferdstjenester og gjennom fraværet av strafferettslige reaksjoner.

Straffarter som bøtelegging og frihetsberøvelse kan også ha en indirekte negativ virkning på den straffedes nærmeste pårørende. Det er trukket frem som en av straffens «største skyggesider» at uskyldige personer på denne måten indirekte rammes av straff.⁵⁹ I tilfeller der personer med dårlig økonomi blir ilagt bøter, kan nærstående oppleve et press om å betale boten for å unngå at kravet vokser som følge av inndrivelseskostnader, eller at den bøtelagte må sone den subsidiære fengselsstraffen. Det finnes ingen statistikk som viser hvor stor andel av bøter som betales av andre enn domfelte selv, men tematikken anses velkjent blant pårørende til straffede personer. Problematikken trekkes frem i et innspill til utvalget fra en mor som hadde betalt en rekke bøter for sin datter for å forhindre at datterens situasjon skulle forverres som følge av fengselsstraff.

Det kan antas at gjentatt strafflegging for mindre alvorlige narkotikalovbrudd på denne måten legger en psykologisk og økonomisk byrde på den straffedes nærmeste pårørende som kommer i tillegg til andre problemer og

⁵⁶ Spenningen mellom hjelp og straff illustreres godt av et utsagn i Bastesens intervjuer med anonymiserte polititjenestepersoner (Bastesen 2016, s. 71):

«Ja altså, de unge, de kan fort få en brukersak på seg. Men det er jo kun i forebyggende øyemed. For i det du har anmeldt noen så er det ikke sånn at de bare skal få en straff i form av fengsel eller bøter, ofte så kan man kjøre det, eller, det er jo en straff å få en betinget påtaleunntatelse, det er jo en påtaleavgjørelse. Men når man kjører det i den retningen der så er det i hensyn for å hjelpe dem ut, eventuelt finne ut bakenforliggende årsaker til hvorfor og hjelpe dem derifra så de ikke skal gå noe dypere inn i miljøet i hver (sic) fall. [...] Og det er jo kjempebra, for da har du ris bak speilet dersom de bryter vilkårene.»

⁵⁷ St.meld. nr. 42 (2004–2005) s. 81. Runhovde og Skjevraak (2018).

⁵⁸ Kuvoame (2015).

⁵⁹ Andenæs (2016) s. 100. Se også Condry og Smith (2018) for en litteraturgjennomgang av forskning på de straffedømtes familier.

bekymringer som narkotikabruken kan medføre for de pårørende.⁶⁰ Å fjerne straffereaksjonene mot personer som har en narkotikabruk av et visst omfang, kan derfor isolert sett antas å lette byrden for de pårørende.

For personer i en livssituasjon preget av narkotikabruk og narkotikarelatert kriminalitet vil strafflegging av bruk og befatning med narkotika til egen bruk ofte kun utgjøre ett av flere straffbare forhold som påtalemyndigheten reagerer overfor. Dette innebærer at personer som i dag straffes *blant annet* for mindre alvorlige narkotikalovbrudd, ikke nødvendigvis vil gå klar av straffansvar etter rusreformen, men de vil ikke lenger straffes for de minst alvorlige narkotikalovbruddene.

Utvalget har fått utredet økonomiske kontrollkostnader knyttet til dagens regulering. Dette er beskrevet i rapport fra Oslo Economics.⁶¹ Grunnet mangel på data om hvor mange av straffesakene etter straffeloven § 231 som gjelder erverv eller oppbevaring av små mengder narkotika til egen bruk, knytter det seg usikkerhet til estimeringen av kostnader direkte knyttet til straffleggingen av slike handlinger.

Oslo Economics har også utarbeidet et notat om kostnader knyttet til utvalgets foreslåtte modell.⁶² Også her vil det hefte usikkerhet ved estimatet. Utvalget antar likevel at de samlede kontrollkostnadene under dagens regulering vil overstige de kostnadene som vil oppstå som følge av utvalgets forslag til ny modell for overføring av samfunnets reaksjoner på narkotikabruk og tilhørende befatning med narkotika til egen bruk fra justissektoren til helsetjenesten. I tillegg kommer den mer langsiktige reduksjon av samfunnsmessige kostnader knyttet til narkotikabruk som følge av en ny modell som i større grad tar sikte på tilby hjelp og oppfølging.

For nærmere redegjørelser av de økonomiske kontrollkostnadene vises det til Oslo Economics rapport og notat samt utredningens kapittel 19 om økonomiske og administrative konsekvenser.

12.3.3 Mulige utilsiktede konsekvenser av avkriminalisering

12.3.3.1 Vil avkriminalisering føre til økt bruk av og en lavere terskel for eksperimentering med narkotika?

I tidligere drøftelser av avkriminalisering av bruk av narkotika, samt erverv og innehav av narkotika til egen bruk, har et sentralt argument for å beholde straffebudet vært at en ikke ønsket å sende et uheldig signal til unge personer i en valgsituasjon.⁶³ Det har i den forbindelse vært anført at avkriminalisering kan oppfattes dit hen at det å bruke narkotika ikke lenger anses som skadelig eller farlig. Det har også vært hevdet at også politiske diskusjoner om avkriminalisering påvirker ungdommers holdninger til narkotika på en uheldig måte.⁶⁴

Det kan tenkes en rekke ulike mekanismer som gjør at et straffebud, eller illeggelse av en straffereaksjon i den enkelte sak, kan ha en forebyggende effekt, og ulike måter å systematisere teorier om slike virkninger på.

Myhrer har skjematisk fremstilt mulige forebyggende virkninger av straff, fordelt på ulike målgrupper i befolkningen, i et forebyggingsperspektiv, se tabell 12.1.⁶⁵

En annen, og noe enklere, måte å systematisere teorier om straffens forebyggende virkninger på, er å trekke en linje mellom *allmennprevensjon* (også kalt generalprevensjon), som dreier seg om straffens forebyggende virkninger på befolkningen samlet sett, og *individualprevensjon* (også kalt spesialprevensjon), som dreier seg om straffens virkning på den straffede lovbrøyten.⁶⁶

Hvilke forebyggende virkninger som eventuelt gjør seg gjeldende, kan stille seg ulikt avhengig av hvilken type kriminalitet det er tale om, og om en vurderer effekten på befolkningen samlet eller på

⁶⁰ I Ot.prp. nr. 22 (2008–2009) der Justis- og beredskapsdepartementet ikke tok til følge Straffelovkommissjonens forslag om å avkriminalisere bruk av narkotika og erverv og besittelse av narkotika til egen bruk, ble det pekt på at bruk av narkotika har indirekte skadevirkninger på brukerens familie og sosiale miljø (se s. 23).

⁶¹ Oslo Economics rapport, se digitale vedlegg.

⁶² Oslo Economics notat, se digitale vedlegg.

⁶³ Ot.prp. nr. 90 (2003–2004), kapittel 7.5.2.5 og Ot.prp. nr. 22 (2008–2009) s. 93–94.

⁶⁴ Se for eksempel Kjellstad (2019):

«Vi ser hvor stor virkning det allerede har hatt i befolkningen når politikere snakker om avkriminalisering av narkotika. Dette påvirker ungdommen i stor grad, og deres holdning til narkotika har endret seg betydelig de siste årene, blant annet som følge av debatten om avkriminalisering.»

Noen av innspillene til utvalget har også gitt uttrykk for at en slik oppfatning spres blant unge, blant annet innspill fra politiet og Stavanger kommune under utvalgets innspillmøte samme sted.

⁶⁵ Myhrer (2011) s. 89. Myhrer understreker at det ikke er noe skarpt skille mellom de ulike forebyggende virkningene, og han påpeker at plasseringen i noen tilfeller kan diskuteres.

⁶⁶ Se for eksempel Andenæs (2016) kapittel 7.

Tabell 12.1 Myrers skjematiske fremstilling av ulike mulige forebyggende virkninger av straff

	Hele befolkningen (primærforebygging)	Risikogrupper (sekundærforebygging)	Problemgrupper (tertiærforebygging)
Virkning:	Automatisk lovlydighet	Opprettholdelse av den sosiale ro (mentalhygienisk virkning)	Forbedrende virkning
	Moraldannende virkning	Kost/nytte-virkningen	Avskrekkende virkning
	Vanedannende virkning	Moralunderbyggende virkning	Uskadeliggjørende (inkapasiterende) virkning

bestemte grupper. Litteratur om straffens preventive virkning er preget av at det er krevende å forske på hvilken virkning straff isolert sett har for forekomsten av straffbare handlinger i et gitt samfunn.

I det følgende drøftes mulige forebyggende virkninger som fremstår relevante å ta i betraktning når det gjelder bruk av narkotika samt erverv og innehav av en liten mengde narkotika til egen bruk.

Allmennprevensjon

Som nevnt ovenfor er det flere mulige mekanismer som gjør at straff kan virke allmennpreventivt. En slik mekanisme er straffens rent avskrekkende virkning, forstått som at risikoen for straff virker inn på innbyggernes overveielser om å begå en straffbar handling, og fører til at flere avstår fra å begå den aktuelle handlingen på grunn av risikoen for å bli straffet. Det er naturlig å se straffens avskrekkende virkning for bestemte handlingstyper i sammenheng med om handlingstypen kan antas å være resultatet av overveide beslutninger, og hva som er oppdagelsesrisikoen for den forbudte handlingen.⁶⁷

Ved siden av straffens avskrekkende virkning har det vært lagt til grunn at straffebud kan ha en normforsterkende, eller holdningsskapende, funksjon: Fellesskapet kommuniserer gjennom straffleggingen at en type handlinger er uakseptable og straffverdige, og disse verdioppfatningene kan internaliseres av innbyggerne selv. Den allmennpreventive mekanismen består da i at innbyggere avstår fra de forbudte handlingene ikke bare for å unngå straff, men fordi de selv har kommet til å anse handlingene som gale.⁶⁸ Straffebud kan på denne måten rette søkelys mot negative konsekvenser av de forbudte handlingene.

⁶⁷ Se for eksempel Robinson og Darley (2004).

Det kan være vanskelig å si med sikkerhet hvordan lovgivning i seg selv påvirker holdninger, blant annet fordi det er uklart i hvilken grad befolkningen faktisk kjenner innholdet i lovgivningen, og fordi selve medieoppmerksomheten rettet mot samfunnsproblemet som har ledet til vedtagelsen av en gitt lovbestemmelse, i seg selv kan tenkes å ha virket inn på holdningene. Myrer har brukt straffleggingen av kjøring i ruspåvirket tilstand som eksempel på at langvarig, streng og konsekvent håndheving av et straffebud bidrar til å skape en moralsk norm. Holdningene som er skapt gjennom straffleggingen, forebygger ifølge Myrer den forbudte handlingen også der oppdagelsesrisikoen er meget liten, eller når nordmenn er i land der lovgivningen er annerledes.⁶⁹ Kjøp av seksuelle tjenester ble kriminalisert i 2009. Ifølge en studie gjennomført i 2008–2009 av holdninger til omsetning av seksuelle tjenester var lovendringen ikke forbundet med endringer i holdninger i befolkningen sett under ett.⁷⁰ Personer bosatt i Oslo – hvor prostitusjon er og har vært mer synlig enn mange andre steder i landet – fikk derimot noe mer negative holdninger til omsetning av seksuelle tjenester enn de hadde før lovendringen. Det er imidlertid vanskelig å isolere effekten av selve lovendringen som sådan fra effekten av det

⁶⁸ Se for eksempel Ot.prp. nr. 22 (2008–2009), s. 94: «Kriminaliseringen av narkotikabruk er etter departementets oppfatning også viktig for å markere grunnleggende verdier i samfunnet. Straffen utgjør slik sett et viktig element i den pedagogiske påvirkning som samfunnet ellers står for, for eksempel i hjem og skole.»

Andenæs uttrykte det samme på følgende måte, se (2016) s. 83–84: «Generelt sett må en tro at det faktisk at et rettsapparat griper inn med straff overfor grovere brudd på den gjeldende samfunnsordning, skaper større klarhet og større alvor over borgernes moralbegreper enn de ellers ville hatt. Straffelov og straffehandhevelse virker, kan en si, som en anskuelig moralpropaganda.»

⁶⁹ Myrer (2011) s. 91. Påstanden er imidlertid ikke belagt med empiri.

⁷⁰ Kotsadam og Jakobsson (2011).

offentlige ordskiftet og den politiske situasjonen som foranlediget lovendringen.

Det er også hevdet at lovgivning kan ha en vanedannende effekt, hvor innbyggere avstår fra å bryte loven uten noen nærmere avveining av mulige fordeler og ulemper ved den forbudte handlingen, simpelthen *fordi handlingen er ulovlig*.⁷¹ Der en slik vanemessig lovlidighet kan oppnås, antas dette å være den mest effektive formen for allmennprevensjon.⁷² Dette er det imidlertid ikke lett å finne eksempler på i praksis, utenfor kontrollerte kontekster der det legges vekt på innøving av disiplin, slik som i politiet og militærvesenet.⁷³

Individualprevensjon

«Individualprevensjon» er en betegnelse på straffens virkninger for den enkelte lovbrøyer som ilegges en straffereaksjon.

En mekanisme for individualprevensjon er at straffen kan *inkapasitere* lovbrøyeren, det vil si at straffen gjør lovbrøyeren ute av stand til å begå nye lovbrudd. Dette vil først og fremst være relevant for frihetsstraffer, som i mindre grad er relevant som reaksjon på bruk av narkotika, eller erverv eller besittelse/oppbevaring av mindre mengder narkotika. Når det gjelder narkotikalovbrudd, er det ikke slik at en frihetsstraff nødvendigvis setter den straffede ute av stand til å begå nye narkotikalovbrudd: Smugling av narkotika og deling av narkotika mellom de innsatte er et kjent problem.⁷⁴

Det antas at straff vil kunne ha en *oppdragende* effekt for den straffede. Reaksjoner som formelt er strafferettslige, slik som påtaleunntatelse med vilkår om at lovbrøyeren inngår og gjennomfører en ungdomskontrakt med ruskontroll, kan bringe det offentlige i en posisjon til å intervensere i en negativ utvikling. Det er varier-

ende erfaringer med bruk av såkalte «ruskontrakter» og ulike oppfatninger om ruskontrakter er nyttige tiltak og fungerer, se utredningens kapittel 10 om straffereaksjoner og 11 om forebyggende innsatser og ruskontrakt. Det er et problem at det i liten grad er gjort undersøkelser av ungdommers erfaringer med oppfølgingen de får og om den langsiktige forebyggende effekten av slike alternative straffetiltak. For en del unge ser det imidlertid ut som ruskontrakter under gitte forutsetninger trolig kan ha en positiv effekt. Et gjennomgående tema blant ungdom, foreldre og ansatte i de undersøkelsene som er gjort er at oppfølging gjennom *samtaler* er det viktigste forebyggende hjelpemidlet, og at kontrollrevet rustesting uten videre støttetiltak/hjelpetilbud tilpasset den enkeltes behov både er problematisk og lite effektivt. En del ungdom, foreldre og ansatte opplever urinprøvekontroll som et konstruktivt virkemiddel når hjelpehensynet er det overordnede formålet. Et problem med ruskontrakter er imidlertid at det i en del tilfeller brukes mer i en straffende og kontrollrevet hensikt, og at dette kan føre til at de mest vanskeligstilte ungdommene, som har mer sammensatte problemer og risikoatferd, og som trenger mest hjelp, står i fare for uhenksommessig stigmatisering og ytterligere marginalisering. Videre fremstilles forutsetningen om *frivillighet* som avgjørende for endringsmotivasjon. En slik forutsetning om frivillighet kan være særlig krevende i en situasjon ved påtaleunntatelse når det foreligger en formell straffetrussel dersom kontrakten brytes. Mange ungdommer samtykker i praksis til hjelpe- og kontrolltiltak uten å ha tilstrekkelig innsikt i hva de har samtykket til. Begrepet *kontrakt* tilsier at det bør være en form for likeverd og gjensidighet mellom partene. Det kan stilles spørsmål ved graden av slik likeverd og gjensidighet i «kontrakter» som gir den ene parten anledning til å bruke inngripende virkemidler som ofte ikke er klart fastsatt, og der bruk av en ordinær straffereaksjon er eneste tilgjengelige alternativ til inngåelse av kontrakten. Det er ikke uten videre klart at det er nødvendig å bruke en slik underliggende trussel om straff overfor de av ungdommene som oppgir positive endringer etter gjennomført ruskontrakt. For personer som ikke er i målgruppen for ungdomskontrakt, vil forelegg (bot) være en praktisk viktig reaksjon. Det har vært reist spørsmål om hvorvidt bøtestraff, og trusselen om den subsidiære fengselsstraffen, kan *føre til* at den bøtelagte begår vinningskriminalitet for å betale boten⁷⁵, se kapittel 10.

⁷¹ Myhrer (2011) omtaler dette som «ønsket, men moralsk indifferent atferd», se s. 91.

⁷² Se Andenæs (2016) s. 84.

⁷³ Myhrer (2011) s. 92 og Andenæs (2016) s. 84. Myhrer trekker frem bilbeltepåbudet som en sanksjonstrussel som har ført til at mange i dag tar på seg bilbelte av ren vane.

⁷⁴ Ifølge statistikk som utvalget har mottatt fra Kriminalomsorgen ble det gjort 1164 funn av narkotika (inkludert narkotiske tabletter) og dopingmidler i fengslene i 2018 og 1333 funn av brukerstyr eller lignende. Av 15 366 urinprøver som ble avlagt i fengslene i 2018, var 1524, det vil si 9,92 prosent, positive. Positivt resultat betyr i denne sammenhengen at narkotika ble påvist, og inntaket ikke var skjedd utenfor fengselet eller ikke skyldtes «legal medisinering, metadon og lignende». Som positivt resultat telles også tilfeller der en innsatt var pålagt å avgi prøve, men nektet. Se også Bukten mfl. (2016) og Mjåland (2014).

Når det gjelder narkotikalovbrudd i form av bruk av narkotika, samt erverv og innehav eller oppbevaring av narkotika til egen bruk, som begås av voksne, anses de viktigste straffereaksjonene i praksis å være forelegg eller påtaleunntatelse med vilkår. Utvalget er ikke kjent med studier av hvilken effekt et forelegg i tråd med politidistriktenes gjeldende påtaledirektiver om narkotikalovbrudd har på lovbyteren med tanke på sannsynligheten for fremtidig narkotikabruk eller andre lovbrudd.

Empirisk forskning på om avkriminalisering fører til økt bruk, og overføringsverdien av slike forskningsfunn til Norge

For personer med avhengighet av et rusmiddel, en lidelse kjennetegnet ved at personen har vanskelig for å la være å bruke rusmiddelet, fremstår det nokså klart at et straffebud med lav oppdagelsesrisiko vil være lite virkningsfullt med tanke på å avskrekke bruk av rusmiddelet. Dette har blitt fremholdt for utvalget gjennomgående i mottatte innspill.

Derimot har det blitt uttalt i flere innspill til utvalget at avkriminalisering kan få negative konsekvenser særlig for arbeidet med å forebygge at barn og unge eksperimenterer med narkotika og utvikler rusproblemer. Andre har gitt uttrykk for at avkriminalisering neppe vil ha en nevneverdig selvstendig virkning på bruk.

Det vises til *kapittel 6*, særlig punkt 6.4, der det er gjennomgått forskning på virkninger av avkriminalisering i andre land på innbyggernes bruk av narkotika. Der er det også kort drøftet momenter av betydning for overføringsverdien av slike funn til Norge. Det samlede inntrykket av denne forskningen er at det ikke finnes et godt empirisk grunnlag for å anta at avkriminalisering som sådan vil forårsake en nevneverdig økning i narkotikabruk i befolkningen. Basert på denne foreliggende forskningen må det kunne sies å hefte en sterk tvil ved påstanden om at straffebud mot bruk av narkotika og tilhørende befatning med narkotika til egen bruk har en påviselig selvstendig preventiv virkning.

⁷⁵ Se Holmboe (2016). Holmboe gjengir blant annet følgende betraktning fra flertallets votum i Høyesteretts dom inntatt i Rt. 2005 s. 38, der vurderingstemaet var om en tilbakefall-slovbryter skulle idømmes bot eller ubetinget fengsel. Flertallet idømte ubetinget fengsel, og uttalte: «Dersom man skal reagere med bot, vil det etter min oppfatning kunne stimulere til ytterligere vinningskriminalitet. Alternativt vil en bøtestraff overfor dette klientellet lett medføre at den subsidiære fengselsstraff må fullbyrdes, og det vil da i praksis bli liten forskjell fra ubetinget fengsel.»

Det er flere forhold som gjør at et slikt funn ikke fremstår som overraskende. Det er svært lav oppdagelsesrisiko for bruk av narkotika. For virkningen av en lovendring i Norge vil det trolig kunne ha betydning at en ikke ubetydelig del av befolkningen har overtrådt straffebudet som rammer selve bruken og straffebudene mot slike handlinger som henger tett sammen med bruk, nemlig erverv og besittelse, jf. legemiddeloven § 31 og straffeloven § 231. Undersøkelser gjennomført i 2015–2017 viste at 22 prosent av befolkningen i Norge mellom 16 og 64 år hadde prøvd cannabis. Prosentandelen var 29,9 blant respondenter mellom 16 og 34 år. Det fremgår av en undersøkelse i utelivet i Oslo at mer enn halvparten av respondentene hadde prøvd cannabis noen gang,⁷⁶ og 38 prosent av gutter i tredje trinn på videregående skoler i Oslo oppga å ha prøvd hasj eller marihuana.⁷⁷ I innspill til utvalget har det blitt gitt uttrykk for at mindreårige i noen miljøer opplever det som vanlig at det brukes cannabis på fester, og at det oppfattes mer normalt enn tidligere. Dette innebærer at mange i befolkningen vil ha direkte kjennskap til, eller personlig erfaring med, at forbudet brytes. Som følge av den lave oppdagelsesrisikoen for bruk av narkotika må det legges til grunn at mesteparten av denne bruken skjer uten rettslige konsekvenser. Dette svekker straffetrusselens troverdighet og dermed dens alminnelige *avskrekkende* virkning.

Det finnes lite empiri om straffens *holdnings- skapende* virkning, og som følge av den nødvendige forbindelsen mellom politikk og lovgivning er det vanskelig å måle effekten av lovgivningen som sådan. Om det er en slik effekt, må den sees i sammenheng med omfanget i befolkningen som har prøvd cannabis noen gang, og den plass cannabis har fått i populærkulturen i blant annet USA – hvor omsetning av stoffet til ikke-medisinsk bruk er legalisert i mange delstater. Når normer i lovgivningen ikke harmonerer med observert atferd og trender i populærkulturen, er det nærliggende å anta at den holdningsskapende virkningen av et straffebud vil være svekket.

Endringer i lovgivningen om befatning med narkotika til egen bruk kunne også tenkes å ha virkninger for prissettingen i markedet for slike rusmidler, som igjen kan påvirke adferden til personer som bruker rusmidlene. Det er imidlertid ikke uten videre klart hvordan prisen på narkotika i sluttbrukerleddet skulle bli lavere som følge av

⁷⁶ Ifølge innspill mottatt til utvalget fra Folkehelseinstituttet v/Anne Line Bretteville-Jensen.

⁷⁷ Bakken (2018a) s. 60.

en avkriminalisering av brukere av narkotika. Som påpekt av Bretteville-Jensen skal en avkriminalisering «i prinsippet ikke bidra til reduserte salgspriser på cannabis, siden produksjon og salg fremdeles er ulovlig.⁷⁸» Dette vil i prinsippet gjelde likt også for andre stoffer. Omsetning av narkotika vil, også etter en avkriminalisering av handlingene til dem som bruker narkotika, kunne straffes med inntil 21 års fengsel, og ethvert tilfelle av salg vil etter lovens ordlyd kvalifisere til frihetsstraff i inntil 2 år. Den høye strafferammen for slike lovbrudd innebærer at det fremdeles vil være forbundet med risiko for strengt straffansvar å omsette narkotika. Det er uvisst i hvilken grad denne risikoen per i dag har betydning for prisdannelsen, men det fremstår som en rimelig antagelse at bakmenn og selgere tar en slik risiko i betraktning. Risikoen for et strengt straffansvar vil også gjøre seg gjeldende etter gjennomføringen av en reform slik utvalget foreslår. En empirisk undersøkelse av narkotikamarkedet i Portugal konkluderte med at avkriminaliseringen av brukere som ble gjennomført i 2001, ikke forårsaket lavere priser.⁷⁹

Straffebudene mot selgere og bakmenn, som det ikke ligger innenfor utvalgets mandat å vurdere endringer i, uttrykker et meget klart signal om at slike rusmidler er uønsket og utgjør et alvorlig samfunnsproblem. Det viser også at myndighetene tar spredningen av slike rusmidler på det største alvor. Også etter en avkriminalisering innenfor den modellen utvalget foreslår, vil altså signalet som innbyggerne kan få fra lovgivningen, være at narkotika som sådan er uønsket.

Ved vurderingen av virkningene av avkriminalisering må det dessuten tas hensyn til hvilke andre endringer som gjennomføres på samme tid. Utvalgets foreslåtte modell innebærer at bruk av narkotika, samt tilhørende befatning med narkotika til egen bruk, vil møtes med en reaksjon, se kapittel 15. Det foreslås undersøkelseshjemler for politiet, og narkotika vil kunne beslaglegges, se utredningens kapittel 14 om avdekking mv. I lys av den lovhjemlede adgangen det offentlige vil ha til å intervensere i den personlige sfære, er det vanskelig å se noe rimelig grunnlag for å forstå den foreslåtte reformen som et signal om at det er lovlig eller ufarlig å bruke narkotika.

Utvalget har konkludert med at den beste tilgjengelige kunnskapen per i dag tilsier at det er lite trolig at avkriminalisering som sådan vil forårsake en nevneverdig endring i bruken av narko-

tika. Det vil like fullt være av betydning å overvåke gjennomføringen av rusreformen, herunder om det forekommer endringer i befolkningens bruk av rusmidler. En eventuell reduksjon eller økning i bruk, eller andre endringer i bruksmønstre, kan ha betydning for innretningen av de nærmere detaljene i modellen, som vil kunne justeres i lys av erfaringene etter gjennomføringen. Evaluering og overvåking er nærmere omtalt i kapittel 17.

12.3.3.2 Folkehelseperspektivet på bruk av narkotika i befolkningen – virkninger av en eventuell endring i bruk

Bruk av rusmidler er forbundet med skadevirkninger. I flere innspill utvalget har mottatt, gis det uttrykk for bekymring for hva avkriminalisering kan bety i et folkehelseperspektiv. Resonnementet som ligger til grunn for en slik bekymring, omtales gjerne som *totalkonsummodellen*, en modell som i mange år har ligget til grunn for norsk alkoholpolitikk.⁸⁰ Modellen tar utgangspunkt i at det er befolkningens totale konsum av alkohol, og endringer i dette, som vil ha størst betydning for skadevirkninger som kan relateres til alkoholbruk, enten det er sykdom, avhengighet, sykdommer, ulykker, kriminalitet, herunder voldshandlinger, med videre. Hvordan forbruket fordeles seg i befolkningen, vil ikke nødvendigvis endre seg med økt totalkonsum, men konsumet per person som drikker, vil gå opp. I et samfunn med et høyt gjennomsnittskonsum, vil det være mange storforbrukere av alkohol, mens et lavere gjennomsnitt gir færre slike storkonsumenter. Med økt totalkonsum antas også antallet storkonsumenter å øke.

Uavhengig av variasjoner i totalforbruket og av variasjoner i drikkevaner, vil et fåtall i samfunnet stå for en stor del av det samlede alkoholkonsumet. Vanligvis anslås det at 10 prosent av den delen av befolkningen som drikker mest, consumerer om lag 50 prosent av all alkoholen som drikkes.⁸¹

Atferden til den delen av befolkningen som drikker moderat, antas imidlertid å ha større konsekvenser for omfanget av de samlede skadevirkningene av alkohol på aggregert nivå. Tanke-

⁷⁸ Bretteville-Jensen (2019b) s 221.

⁷⁹ Félix og Portugal (2017).

⁸⁰ Om totalkonsummodellen og prevensjonsparadokset, se for eksempel St.meld. nr. 17 (1987–88) *Alkohol og folkehelse*, NOU 1995: 24 *Alkoholpolitikken i endring* s. 72–77 og Bramness (2019) s. 135–140.

⁸¹ NOU 1995: 24 s. 72–77.

gangen er klart formulert i for eksempel St.meld. nr. 17 (1987–88) *Alkohol og folkehelse*:

«Fordi antallet lavkonsumenter er så mye større enn antallet storkonsumenter, er lavkonsumentene som gruppe ansvarlig for en større del av det totale antallet alkoholulykker.»⁸²

Dette er bakgrunnen for det såkalte *prevensjonsparadokset*, eller *forebyggingsparadokset*, i alkoholpolitikken. Forholdsvis små reduksjoner i det totale forbruket av alkohol i samfunnet antas å medføre en større nedgang i alkoholrelaterte problemer enn det en forholdsvis større nedgang i stordrikkernes forbruk isolert sett vil føre til. Det er disse forholdene som gjør at det er et mål i ruspolitikken å begrense bruken av rusmidler i befolkningen som helhet. Disse forutsetningene tilsier at alkoholpolitiske virkemidler, for å være mest effektive med hensyn til å redusere de samlede skadevirkningene på samfunnsnivå som følge av alkoholbruk, ikke nødvendigvis skal rettes spesielt mot storbrukerne, men mot bruken av alkohol i samfunnet generelt.

Dersom en legger til grunn som en faktisk premiss at avkriminalisering vil lede til at bruken av narkotika øker i befolkningen, tilsier totalkonsummodellen at dette kan innebære skadevirkninger av mange forskjellige slag. Dette gjelder med tanke på økt konsum, både i gruppene som allerede bruker narkotika, så vel som i nye grupper som følge av den såkalte signaleffekten som utvalget har omtalt i punkt 12.3.2.1 ovenfor og i utredningens kapittel 6. Hvorvidt den faktiske premissen om økt bruk som følge av en avkriminalisering kan belegges med empiri, har en avgjørende betydning for om totalkonsummodellen kan anses å forutsi skadevirkninger som følge av avkriminalisering. Hva som vil være konsekvensene av en eventuell økning i bruken vil dessuten avhenge av *hvem* som begynner å bruke, og *hvordan* det brukes.⁸³

12.3.3.3 Samfunnssikkerhetsperspektiver på bruk av narkotika i befolkningen – virkninger av en eventuell endring i bruk

Bruk av narkotika kan ha betydning for sikkerheten. Dette gjelder for eksempel bruk blant personer som innehar funksjoner som har betydning for samfunnssikkerheten, militært personell,

politi, flygere og annet luftfartspersonell, helsepersonell med videre. Problematikken er løftet frem for utvalget blant annet i innspill fra Forsvaret. Det kan også pekes på åpenbare farer ved rusmiddelbruk i tilknytning til veitrafikk og andre aktiviteter der beruselse medfører fare for skade på brukeren selv eller andre personer.

Utvalgets mandat knytter seg ikke til å endre reglene om ruspåvirket kjøring, regler om pliktmessig avhold for bestemte yrker eller i bestemte situasjoner og lignende regler som direkte retter seg mot å bekjempe rusmiddelbruk som kan ha betydning for samfunnssikkerhet. Det er med andre ord klart nok ikke tale om å avkriminalisere det å føre motorvogn under påvirkning av narkotika eller å fjerne bestemmelser om pliktmessig avhold eller lignende.

Utvalget mener videre at krav om pliktmessig avhold i visse yrker, samt adgangen til å sanksjonere der rusbruk i slike tilfeller avdekkes, ivaretar samfunnssikkerhetsmessige interesser knyttet til både legale og illegale rusmidler i kritiske yrker. Reguleringen av pliktmessig avhold, og kontroll på grunnlag av mistanke om rusmiddelbruk, i slike yrker, vil kunne gjøres uavhengig av et generelt straffebud mot bruk av narkotika i befolkningen.

I tillegg viser utvalget til at avkriminalisering ikke vil medføre endringer i dagens reguleringer av andre straffbare forhold relatert til bruk av narkotika.

Politiet vil ha samme anledning som før rusreformen til for eksempel å tilbakekalle retten til å føre motorvogn med bakgrunn i en vurdering av edruelighetskrav etter vegtrafikkloven § 34, eventuelt ikke gi slik førerrett etter § 24 fjerde ledd i samme lov. Utvalget viser i den sammenhengen også til bestemmelser i helse- og velferdslovgivningen om taushets- og opplysningsplikt og peker spesielt på lege, psykolog og optikers opplysningsplikt etter helsepersonelloven § 34 vedrørende pasienter med førerkort for motorvogn eller sertifikat for luftfartøy som ikke oppfyller de helsemessige kravene som stilles.

Videre vil politiet ha de samme hjemler for å utlevere opplysninger etter politiregisterloven § 27, for eksempel i det kriminalitetsforebyggende arbeidet, og etter § 30, som gir politiet adgang til å utlevere opplysninger til andre offentlige organer i deres interesse, dersom dette er nødvendig for å fremme mottagerorganets oppgaver etter lov eller for å hindre at virksomhet blir utøvd på en ufor-svarlig måte.

Dette informasjonstilfanget kan likevel bli redusert dersom politiet nedprioriterer avdekking av bruk av narkotika til fordel for etterforskning

⁸² St.meld. nr. 17 (1987–88) s. 7. Se også Ragnar Hauge (1989).

⁸³ Bretteville-Jensen (2019b) s. 231.

av straffbare handlinger, eller dersom politiets reelle muligheter til å foreta slik avdekking blir redusert.

Spørsmålet er derfor hvorvidt det å endre samfunnets reaksjoner overfor brukere av narkotika fra strafferettslige virkemidler til helse- og velferdstiltak isolert sett kan antas å ha noen innvirkning på samfunnssikkerheten. For å besvare et slikt spørsmål positivt må det legges til grunn en faktisk premiss om at avkriminalisering leder til en økning eller endring av bruken i befolkningen, eller en holdningsendring som påvirker innbyggernes tilbøyelighet til å bryte andre straffebud som ikke fjernes, for eksempel straffebudet mot å føre motorvogn under påvirkning av narkotika.

Som omtalt ovenfor tilsier den beste tilgjengelige kunnskapen per i dag, etter utvalgets syn, at avkriminalisering som sådan lite trolig vil føre til noen nevneverdig økning i bruken av narkotika.

12.3.3.4 Bortfall av mulige positive effekter av strafferettslige reaksjoner?

Ved siden av straffens allmennpreventive virkning, som er omtalt ovenfor, kan straff også føre til at den straffede personen blir mindre tilbøyelig til å begå nye lovbrudd. Dette omtales gjerne som straffens *individualpreventive virkning*.

Påtalemyndigheten og kriminalomsorgen forvalter en rekke alternative straffereaksjoner som er utformet spesielt med tanke på personer med rusrelaterte problemer. Dette er strafferettslige reaksjoner, men de er i større grad enn tradisjonelle straffereaksjoner tilpasset behovene til personer med rusrelaterte problemer.

Eksempler på dette er såkalt ruskontrakt (betinget påtaleunndlatelse, som regel på vilkår om deltagelse i oppfølgingssamtaler og avleggelse av urinprøver for å kontrollere for bruk av narkotika), program mot ruspåvirket kjøring, soning i institusjon etter straffegjennomføringsloven § 12 og narkotikaprogram med domstolskontroll. Det kan tenkes at alternative straffereaksjoner stiller personen bedre enn dersom myndighetene ikke hadde grepet inn overfor personens narkotikabruk, og at slike positive effekter går tapt dersom bruk, innehav og erverv av narkotika til egen bruk avkriminaliseres. Alternative straffereaksjoner kan bare benyttes som reaksjon på straffbare handlinger.

Den store majoriteten av de alternative straffereaksjonene som hevdes å ha en positiv effekt på personer som straffes for rusrelatert kriminalitet,

er upåvirket av utvalgets forslag, idet de gjelder annen kriminalitet enn selve narkotikabruken som på ulike vis har en sammenheng med lovbrysterens egen narkotikabruk. Slike alternative straffereaksjoner vil dermed fremdeles være aktuelle for personer som bruker narkotika og begår for eksempel vinningskriminalitet, voldslovbrudd, salg av narkotika eller oppbevaring av mer enn kun en liten mengde ment til egen bruk (se kapittel 13).

Derimot vil betinget påtaleunndlatelse med vilkår som innebærer kontroll av rusfrihet og oppfølgingssamtaler – såkalte ungdomskontrakter eller ruskontrakter – ikke lenger kunne brukes for handlinger som etter utvalgets forslag skal avkriminaliseres.

I utvalgets foreslåtte modell, som er beskrevet i kapittel 15 og 16, vil det være hjemler for å gripe inn overfor personer som bruker narkotika, samt å tilby ulike former for oppfølging for rusmiddelbruken. Utvalget har i utredningens kapittel 15 drøftet ulike sider ved ruskontrakter i form av urinprøvetaking og anser at tiltaket er både inngripende og ikke alltid forholdsmessig, overtredelsen tatt i betraktning. Slike tiltak er heller ikke tilstrekkelig evaluert. Utvalgets forslag til ny reaksjonsmodell innebærer tilbud om oppfølging og behandling ved behov, basert på samtykke og uten tvangsmidler. Utvalget legger likevel ikke opp til å fjerne muligheten til å inngå avtale med helsetjenesten eller andre deler av velferdstjenesten i kommunen om urintesting basert på et informert og reelt samtykke. For å inngå slike avtaler kreves det ikke at befatningen med narkotika må være en straffbar handling. Den reelle forskjellen for slike tiltak etter rusreformen blir dermed at en ruskontrakt, som også i dag i prinsippet skal være basert på samtykke fra den det gjelder, vil bli inngått uten at personen står overfor en trussel om en tradisjonell straffereaksjon dersom personen ikke samtykker.

12.3.3.5 Mer synlig bruk av narkotika i det offentlige rom?

Når bruk, samt enhver befatning med narkotika til egen bruk, er straffbart, har personer som bruker disse rusmidlene, et klart insentiv til å bruke rusmidlene i skjul. Dersom dette insentivet bortfaller, kan det tenkes at bruk i større grad forekommer på offentlig sted, noe som kan skape en opplevelse av utrygghet eller ubehag for andre personer i nærheten.

Det er også tenkelig at det som følge av rusreformen finner sted en endring i holdningene til narkotika som gjør at bruk som tidligere har

skjedd i lukkede rom, i større grad skjer i det offentlige rom. Utvalget er ikke kjent med forskning på om avkriminalisering på nasjonalt nivå (ikke begrenset til et gitt område, for eksempel i nærheten av et lavterskel skadereduksjonstiltak eller kun i én bydel) påvirker omfanget av bruk av narkotika på offentlig sted i et samfunn.

Etter utvalgets foreslåtte modell vil politiet ha mulighet til å gjøre inngrep overfor brukere av narkotika, noe som både innebærer håndheving av det sivilrettslige forbudet som erstatter straffebudene, og kan bidra til at personen får hjelp og oppfølging for et eventuelt rusproblem. Personer vil fremdeles ha et insentiv til å unngå oppmerksomhet fra politiet, ettersom politiet vil kunne undersøke personen og beslaglegge narkotika som personen bærer på seg. Dette er beskrevet nærmere i kapittel 14.

Forstyrrelse av offentlig ro og orden eller den lovlige ferdsel, samt forulemping av andre, danner grunnlag for innbringelse og arrestasjon etter politiloven § 9. Det er derfor ikke slik at en avkriminalisering vil fjerne politiets hjemmel til å gripe inn med makt overfor utagerende berusede personer på offentlig sted samt tilintetgjøre de rusmidler vedkommende har hos seg ved anholdelsen, jf. politiloven § 9 siste ledd. Avkriminaliseringen som ligger i utvalgets forslag, rører heller ikke ved politiets rettslige adgang til å gripe inn dersom det er skjellig grunn til å mistenke at en person selger narkotika, som fra tid til annen foregår åpenlyst på åpne russcener, ettersom slike handlinger fremdeles vil være belagt med straff på inntil 2 års fengsel, jf. straffeloven § 231.

Det vil derfor ikke være slik at det offentlige etter en avkriminalisering av brukere av narkotika står uten virkemidler til å reagere overfor bruk av narkotika, og befatning med narkotika, i det offentlige rom. I hvilken grad omfanget av bruk av narkotika på offentlig sted endres i årene fremover, vil blant annet, som i dag, avhenge av hvordan politiet velger å anvende sitt håndhevelses-skjønn i møte med åpne rusmiljøer.

Åpne rusmiljøer kan antas å innebære risiko for at personer blir eksponert for narkotiske stoffer som de ellers ikke ville brukt. Det vil imidlertid være av betydning i et forebyggingsperspektiv å fange opp personer som beveger seg inn i etablerte rusmiljøer i ung alder. Det er utvalgets klare inntrykk at dette er en tematikk som prioriteres, og det må legges til grunn at den fortsatt vil bli prioritert etter en avkriminalisering.

Samtidig foregår det en utvikling i retning av digitaliserte og desentraliserte markedsplasser for narkotika.⁸⁴ Unge personer eksponeres nå for

tilbud gjennom andre kanaler enn tidligere, blant annet gjennom egne grupper i sosiale medier og det såkalte mørke nettet,⁸⁵ som for mange unge nok vil ha større tiltrekningskraft enn de tradisjonelle åpne rusmiljøene. Dette gir holdepunkter for at de tradisjonelle åpne rusmiljøene ikke i dag fremstår som den avgjørende inngangsporten til bruk av narkotika.

12.3.3.6 Endring i mulighetene for avdekking av bruk av narkotika og narkotikarelatert kriminalitet?

Så lenge all befatning med narkotika er straffbart, har politiet hjemmel til å benytte visse straffeprosessuelle tvangsmidler for å etterforske forholdet. Ved en avkriminalisering vil adgangen til å benytte straffeprosessuelle tvangsmidler for å etterforske bruk og besittelse til egen bruk som sådan falle bort. Det har vært anført i innspill til utvalget, blant annet fra Norsk Narkotika-politiforening, at politiets adgang til å bruke tvangsmidler utgjør en viktig inngang til å kunne ta opp utfordringer i livssituasjonen til personer med rusproblemer og for å avdekke annen kriminalitet.

For å bruke straffeprosessuelle tvangsmidler med sikte på etterforskning av andre lovbrudd enn egen bruk av narkotika med videre, må det per i dag foreligge skjellig grunn til mistanke om slike forhold. Utvalgets forslag medfører ingen endring i de rettslige rammene for politiets etterforskning av slike alvorlige forhold.

Det har vært hevdet at politiet gjennom å ransake en person etter skjellig grunn til mistanke om innehav av narkotika til egen bruk også i praksis avdekker annen kriminalitet som politiet ellers ikke ville ha avdekket, for eksempel ulovlig oppbevaring av våpen. Utvalget har fått presentert et slikt tilfelle i innspill under utvalgets møte i Bergen.

Utvalgets foreslåtte modell innebærer at politiet gis adgang til å undersøke personer, uten samtykke hvis det er nødvendig, med henblikk på å avdekke befatning med narkotika til egen bruk. Eventuelle funn skal kunne beslaglegges av politiet og gi grunnlag for helserettede tiltak, som beskrevet i kapittel 14–16. De inngrepshjemplene utvalget foreslår, begrenser seg til det som anses nødvendig for å danne et grunnlag for en over-

⁸⁴ Se Sætre, Hofseth og Kjenn (2018) s. 84–86.

⁸⁵ Om digitale markedsplasser for narkotika, se Bakken og Bosnes (2015). Se også nyhetssaker av Furunes og Rostad (2018) og Mordt og Didriken (2019).

føring til helse- og velferdstjenestenes oppfølging av personen knyttet til vedkommendes befatning med narkotika og eventuelle tjenestebehov. Dette innebærer at offentlige myndigheter opprettholder muligheten til å intervenere overfor skadelig eller potensielt skadelig bruk av narkotika i befolkningen. Det innebærer også at politiet vil kunne undersøke personer på grunnlag av at det fremstår sannsynlig at de besitter narkotika.

En rusreform gjennomført slik utvalget foreslår, innebærer dessuten, som nevnt ovenfor i punkt 12.3.2.3, at personer som bruker narkotika, eller kjøper og besitter narkotika til egen bruk, i utgangspunktet ikke lenger vil kunne nekte å avgi vitneforklaring om forholdet under henvisning til selvinkrimineringsvernet. De kan heller ikke, som hovedregel, avgi uriktig forklaring om dette uten å risikere straff for uriktig forklaring. Det kan også oppstå en bedre relasjon mellom politiet og brukermiljøene, som kan danne grunnlag for å innhente mer informasjon om miljøet.

Dette kan igjen gi grunnlag for nye arbeidsmetoder i bekjempelsen av narkotikakriminalitet. Slik ny tilgang til informasjon kommer i tillegg til de betydelige straffeprosessuelle tvangsmidlene som er tilgjengelig for politiet der det foreligger skjellig grunn til mistanke om distribusjon og salg av narkotika, som er omtalt i kapittel 9 om straffeprosessuelle tvangsmidler.

En stor del av narkotikalovbruddene etter legemiddeloven § 31 knytter seg til sakskomplekser med andre straffbare forhold, hvorav mange av sakene gjaldt kjøring i ruspåvirket tilstand.⁸⁶ Overtredelser av legemiddeloven utgjør flertallet av registrerte narkotikalovbrudd.⁸⁷ Utvalgets forslag innebærer ingen endringer i straffbarheten eller mulighetene for å avdekke ruspåvirket kjøring. Når det gjelder disse sakene, som utgjør en «stor» ikke-tallfestet andel av sakene, vil en avkriminalisering av narkotikabruk og tilhørende befatning med narkotika dermed ikke innebære noen endring i politiets muligheter til å avdekke narkotikabruken.

Etter dette fremstår den eventuelle effekten av en avkriminalisering på politiets muligheter til å avdekke bruk av narkotika og narkotikarelatert kriminalitet som usikker og begrenset. Samtidig må det anerkjennes at den foreslåtte reformen vil innebære at politiet vil måtte tenke nytt omkring brukere av narkotika og hvordan innsatsene kan forsterkes mot de såkalte *bakmennene* i narkotikahandelen.

12.3.3.7 *Konsekvenser for politiets forvaltningsvirksomhet?*

Politiets straffesaker for narkotikalovbrudd gir et tilfang av informasjon om narkotikabruk hos enkeltpersoner i befolkningen, som igjen kan danne grunnlag for forvaltningsmessige avgjørelser i politiet. Dette knytter seg til avgjørelser om blant annet våpenløyve, førerrett for motorvogn og utstedelse av politiattester som benyttes av andre aktører i samfunnet.

Isolert sett vil en avkriminalisering innebære at grunnlaget for å innhente og lagre slik informasjon faller bort. Derimot kan lagring av informasjon i forbindelse med politiets håndheving av et sivilrettslig forbud trolig danne grunnlag for et informasjonstilfang i den utstrekning dette anses forholdsmessig og saklig nødvendig.

I hvilken grad informasjonstilfanget til politiets forvaltningsvirksomhet som berører innbyggernes narkotikabruk vil bli påvirket av en avkriminalisering og innføring av et sivilrettslig forbud, vil i stor grad avhenge av politiets ressursbruk og i hvilken grad mulighetene for avdekking av bruk av narkotika endres som følge av avkriminalisering (se ovenfor).

12.3.3.8 *Statistiske utslag i oppklaringsprosent og gjennomsnittlig saksbehandlingstid for straffesaker*

De små narkotikasakene er en type straffesaker som kan oppklares relativt enkelt og relativt raskt. Dette gir seg utslag i en relativt sett høy oppklaringsprosent og kort saksbehandlingstid. I 2018 var oppklaringsprosenten for påtaleavgjorte saker om narkotikalovbrudd 79 prosent, mot 52 prosent for alle kriminalitetstyper. Den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden for narkotikalovbrudd etter legemiddeloven § 31 annet ledd var 75 dager, sammenlignet med gjennomsnittet på 101 dagers saksbehandlingstid.⁸⁸ For narkotikalovbrudd etter straffeloven § 231 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid på 125 dager, men her må det antas at noen større narkotikasaker etter § 231, som ikke vil bli påvirket av utvalgets forslag, trekker opp gjennomsnittet.⁸⁹

Ved en avkriminalisering vil denne kriminalitetstypen ikke lenger inngå i statistikken for straffesaker. Dette vil innebære at den samlede oppklaringsprosenten statistisk blir noe lavere, og

⁸⁶ POD (2019a) s. 61.

⁸⁷ POD (2019a) s. 60.

⁸⁸ POD (2019a) s. 61.

⁸⁹ POD (2019a) s. 63.

den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden statistisk muligvis blir noe lengre.

12.4 Sammenhenger mellom, og den innbyrdes vekten av, mulige tilsiktede og utilsiktede konsekvenser av avkriminalisering

Det er en utbredt enighet om at skadevirkninger av rusmiddelbruk i samfunnet bør motarbeides. Frykt for at avkriminalisering vil kunne ha en «signaleffekt» som fører til økning eller endring i bruk som øker rusmiddelrelaterte skadevirkninger i samfunnet, har vært et sentralt argument for å opprettholde straffetrukselen.

Det er etter utvalgets syn en nødvendig sammenheng mellom på den ene side mulige holdningsskapende virkninger av straffebed som rammer narkotikabruk og tilhørende befatning med narkotika til egen bruk, og på den annen side stigmatiseringen av personer som bruker narkotika. En sammenheng mellom en såkalt signaleffekt og allmennprevensjon er også lagt til grunn i forarbeidene til straffeloven og i faglitteratur om strafferett. For eksempel har jussprofessor Johs. Andenæs påpekt at omgivelsenes uvilje og forakt *mot lovovertræderen* «tjener til å styrke hemningene mot å begå lovbrudd».⁹⁰ Straffens stigmatiserende virkning kan på denne måten tenkes å fungere allmennpreventivt, men det blir vanskeligere å integrere den stigmatiserte personen i samfunnet.⁹¹

Stigmatisering av enkeltpersoner kan på denne måten anses som skyggesiden av det som iblant omtales som «signaleffekten» av straffebed som rammer den enkeltes egen bruk og innehav av narkotika til egen bruk. Tilgjengelig kunnskap om disse fenomenene tilsier, som beskrevet ovenfor, at den allmennpreventive effekten av straffebed som rammer narkotikabruk, er svært liten, om den i det hele tatt kan påvises. I alle tilfeller vil det signalet en lovendring sender, og virkningene av en slik reform på befolkningens adferd og skadevirkningene av rusmidler, også bestemmes av hva som innføres *i stedet for* straffetrukselen.

Utvalgets foreslåtte modell, som innebærer en oppmøteplikt for å muliggjøre en helserettet respons på rusmiddelbruken, viser at samfunnet tar problemer knyttet til rusmiddelbruk på alvor og ikke anser bruk av narkotika som et rent privat anliggende. Det offentlige vil på denne måten frem-

deles involvere seg i enkeltpersoners liv på grunnlag av personens forhold til narkotika. Sett i sammenheng med det strenge straffansvaret for salg av narkotika er det etter utvalgets syn tydelig at rusreformen ikke gir uttrykk for en ufarliggjøring av narkotika. De foreslåtte reglene er derimot ment å signalisere at personer som bruker disse rusmidlene, bør gis god informasjon om rusmidlenes mulige risiko samt tilbys hjelp ved behov. Bruk av narkotika anses med dette som helse-skadelig og som noe som bør forebygges, men den enkelte bruker stemples ikke av det offentlige som en kriminell lovbrøyer. Etter utvalgets syn skulle det være meget gode muligheter for å formidle dette til det alminnelige publikum, herunder ungdom og unge voksne, på en pedagogisk måte. Pedagogisk forebyggende arbeid vil, som i dag, være av stor betydning. Den eventuelle positive virkningen en straffereaksjon for narkotikalovbrudd kan ha må ses i sammenheng med det som tilføres i utvalgets foreslåtte modell.

Det har stor betydning for analysen av mulige konsekvenser av en avkriminalisering om man tror dette vil medføre en økt bruk i befolkningen eller ikke. Dette henger sammen med totalkonsummodellen, som knytter en rekke negative konsekvenser til økning i bruk på befolkningsnivå. En kunnskapsbasert ruspolitikk må ta utgangspunkt i den foreliggende forskningen på mulige virkninger av avkriminalisering. Samlet sett gir denne forskningen lite empirisk støtte til en prognose om at avkriminalisering vil føre til nevneverdige endringer av narkotikabruken i befolkningen, selv om det også finnes eksempler på at endringer har forekommet.

Utvalget anerkjenner at det er av betydning å sørge for en adekvat håndhevingsintensitet når det gjelder narkotikalovbrudd. Modellen utvalget foreslår, innebærer en adgang for politiet til å undersøke personer med sikte på å avdekke bruk og innehav av narkotika. I hvilken grad håndhevingsintensiteten endres som følge av at overtredelse av legemiddeloven § 24 ikke lenger rammes av et straffebed, men kan møtes med en reaksjon utenfor strafferetten, vil blant annet avhenge av hvilke valg som gjøres av politiet og regjeringen.

Dersom det er slik at kriminaliseringen av brukere av narkotika i dag gir muligheter for å avdekke kriminalitet som ellers ville gått uoppdaget, blir spørsmålet hvilken vekt dette skal tillegges. Utvalget antar at økt kontroll eller overvåking overfor en gruppe i befolkningen kan innebære en økt oppdagelsesrisiko for annen kriminalitet utført av personer i denne gruppen, og at

⁹⁰ Andenæs (2016) s. 99.

⁹¹ Andenæs (2016) s. 99.

dette slik sett ikke er unikt for personer som bruker narkotika. Det ville trolig avdekkes mer kriminalitet jo større andel av befolkningen som til enhver tid kunne ransakes av politiet, og dette gjelder ikke bare personer som bruker narkotika. Utvalget anser det imidlertid lite forenelig med en moderne strafferettstenkning å kriminalisere en adferd som et virkemiddel for å gi politiet adgang til å bruke straffeprosessuelle tvangsmidler med sikte på å avdekke annen mulig kriminalitet begått av disse personene. Gitt de negative konsekvensene straffereaksjoner for narkotikalovbrudd kan ha for fremtidige muligheter til blant annet karriere, reise og førerrett til motorvogn, kan skjevheten i håndhevingen av narkotikalovbrudd i verste fall bidra til å reprodusere sosioøkonomiske forskjeller i befolkningen, noe som fremstår som særlig uheldig.

Samfunnets håndtering av rusmiddelbruk i det offentlige rom er et komplekst tema som innebærer en rekke dilemmaer. Åpne rusmiljøer oppleves av mange som et ubehagelig element i bybildet. En slik reaksjon kan være utslag av fortvilelse over situasjonen til dem det gjelder, men det kan også skyldes frykt for uforutsigbar adferd. I spørreundersøkelser oppgir en stor andel av respondentene at narkotika fører til en opplevelse av utrygghet i offentlige byrom.⁹² Det er blitt hevdet at såkalte uforutsigbare grupper (det vil si personer med ruslidelser, ungdom, psykisk syke osv.) kan bidra til et inntrykk av uorden og skremme andre folk vekk.⁹³ En slik opplevelse av ubehag eller utrygghet er imidlertid ikke et avgjørende argument for å strafflegge handlingen.⁹⁴ Utvalget tar imidlertid denne opplevde utryggheten på alvor og anerkjenner dette som en negativ konsekvens av rusmiddelbruk som bør forsøkes begrenset. Samtidig nyanseres bildet gjennom undersøkelser som vurderer situasjonen for personene som selv tilhører rusmiljøet. En undersøkelse av trygghet i Skippergata og tilliggende områder i Oslo i 2007 viste at det var personene som selv var en del av det åpne rusmiljøet, som rapporterte mest utrygghet.⁹⁵

Atferden som skaper opplevd utrygghet både for utenforstående og personer som selv er del av åpne rusmiljøer, vil i mange tilfeller være utslag av en sykdom eller også av annen sosial nød eller utenforskap. De sosiale og medisinske utfordringene som kommer til syne i åpne rusmiljøer, fortjener oppmerksomhet og tiltak fra medborgere, ideelle organisasjoner og offentlige tjenester, herunder politiet, men det er på ingen måte åpenbart at tiltak av repressiv eller straffende art er best egnet til å møte slike utfordringer. Straffeforfølgning, avskrekkende og «reaktive» kontrolltiltak samt bøtelegging har vist seg å ha bare begrenset forflytningseffekt, samtidig som brukere blir skadelidende.⁹⁶ Det kan også stilles spørsmål ved rimeligheten av å bruke slike tiltak overfor en utsatt gruppe. Utvalget legger til grunn at man ikke reduserer de reelle skadevirkningene av rusmiddelbruk gjennom å tvinge rusmiddelbruken inn i mindre synlige rom og former. Tvert imot kan det bli enklere for oppsøkende tjenester og ideelle organisasjoner å komme i kontakt med hjelpetrengende personer på offentlige steder.

Utvalget har ikke et klart grunnlag for å konkludere med at bruk av narkotika i større grad kommer ut i offentlige rom etter en avkriminalisering. Som i dag vil dette blant annet avhenge av hvordan politiet og andre relevante offentlige og private aktører innretter og samordner sitt arbeid overfor narkotikabruk. Dersom det skulle skje en endring, slik at mer av rusmiddelbruken skjer offentlig, kan dette ha både positive og negative aspekter. Et positivt aspekt ved en slik utvikling er at mulighetene for å respondere på akutte nødsituasjoner knyttet til rusbruk, og dermed avverge alvorlige skader eller død, er bedre dersom personen er sammen med andre enn dersom personen bruker rusmiddelet alene. I akutte situasjoner knyttet til narkotikabruk kan liv gå tapt dersom hjelp ikke tilkalles i tide. Dette er hensyn som må tillegges betydelig vekt, samtidig som opplevelsen av utrygghet som åpne rusmiljøer kan skape hos utenforstående, anerkjennes.

På grunnlag av det ovenstående synes den beste tilgjengelige kunnskapen å gi et klarere grunnlag for å konstatere at straffleggingen av brukere av narkotika har en problematisk skyggeside, enn for å konstatere at straffleggingen har preventiv effekt som ikke kan oppnås gjennom alternative virkemidler. Indikasjoner på at denne skyggesiden kan ramme skjevent, avhengig av per-

⁹² Se Oslo kommune (2018) s. 38 og Ingebrigtsen mfl. (2018) s. 40 og 51. Se også omtale av tidligere undersøkelser i Aas mfl. (2010).

⁹³ Se omtale av litteratur i Aas mfl. (2010).

⁹⁴ Slik det også legges til grunn i forarbeidene til straffeloven, Ot.prp. nr. 90 (2003–2004), s. 90: «Et ønske om å bli beskyttet mot ulike mildere former for psykisk eller fysisk ubehag vil normalt ikke være tilstrekkelig for å nyte et strafferettslig vern.»

⁹⁵ Se omtale i Aas mfl. (2010) s. 80.

⁹⁶ Olsen (2017); Olsen og Skretting (2006).

sonens bosted og sosioøkonomiske bakgrunn, må tas på stort alvor. Ved avkriminaliseringen av åpenbar beruselse på offentlig sted i 1970 ble det lagt vekt på at personene som erfaringsmessig ble rammet av straffebudet, i stor utstrekning var personer med rusproblemer som ikke hadde anledning til å skjule sin beruselse innendørs. De kunne derfor vanskelig unngå arrestasjon.⁹⁷ Det samme argumentet for å avskaffe straffebudet gjør seg gjeldende for forbudet mot den rent personlige bruk av narkotika i dag, i hvert fall når det gjelder dem som har rusrelaterte problemer og

ikke disponerer private rom hvor rusmiddelbruken kan foregå.

Utvalget mener at det normative kravet om en «solid begrunnelse» for å strafflegge, som oppstilles i forarbeidene til straffeloven, må respekteres, idet det er denne begrunnelsen som er grunnlaget for straffens legitimitet. Som nevnt ovenfor innebærer kravet blant annet at strafflegging må anses å føre til klart større fordeler enn ulemper, og det må anses nødvendig for å oppnå disse fordelene. Når det gjelder strafflegging av innbyggernes egen bruk av narkotika, og tilhørende befatning med en liten mengde til egen bruk, kan utvalget ikke se at dette begrunnelseskravet er oppfylt.

⁹⁷ Innst. O. X. (1969–70), s. 8 venstre spalte.

Kapittel 13

Anvendelsesområdet for utvalgets foreslåtte modell

13.1 Innledning

Utvalgets foreslåtte modell innebærer å endre samfunnets reaksjoner overfor personer som har befatning med narkotika til egen bruk, fra straffettslige tiltak til helserettede tiltak. De helserettede tiltakene er beskrevet i kapittel 15.

Nær sagt enhver befatning med narkotika til egen bruk uten lovlig adgang er i dag omfattet av straffebudene i legemiddeloven § 31 og straffeloven § 231. For å muliggjøre oppfølging innenfor utvalgets foreslåtte modell bør det trekkes en ny grense for hvilken adferd som er straffbar, slik at ansvarsdelingen mellom justissektoren og helsesektoren kommer klart frem av lovverket. Det vises til kapittel 12 når det gjelder prinsipielle spørsmål om å fjerne enkelte handlinger nært knyttet til bruk av narkotika fra virkeområdet til straffebudene.

Dette innebærer at det må trekkes en ny grense mellom på den ene side adferd som fortsatt skal være straffbar, og på den annen side adferd som skal være ulovlig og møtes med helserettede tiltak innenfor utvalgets modell. Grensegangen som beskrives i dette kapitlet, vil være bestemmende for hvordan enkeltmennesker vil bli møtt av det offentlige i forbindelse med deres bruk av narkotika.

Den foreslåtte justeringen som dette medfører, vil etter utvalgets syn bidra til et tydeligere skille mellom samfunnets bruk av straff og samfunnets hjelpetiltak. Den vil også markere et tydelig skifte i synet på befatning med narkotika som direkte knytter seg til egen narkotikabruk.

Uansett de nærmere fasettene i denne grense-dragningen, skal narkotika som oppdages av politiet kunne beslaglegges og destrueres, også når de kun er ment til personens egen bruk. Utvalgets forslag innebærer dermed klart nok at det offentlige *ikke* kan anses å tillate, godkjenne eller anbefale bruk av disse rusmidlene ved avkriminalisering. Forslaget er derimot ment å signalisere en endring av det offentliges håndtering av slik adferd.

Valgene som foretas i denne forbindelse, har betydning for hvor mange mennesker som vil bli omfattet av modellen, og hvordan modellen bør innrettes for å oppnå sine formål. Det er knyttet noen presiserende merknader til disse formålene i punkt 13.2.

Tilfeller av befatning med rusmidler til egen bruk kan i prinsippet sorteres etter blant annet følgende egenskaper:

- egenskaper ved *personen*, herunder personens alder, familiesituasjon og forhold til rusmidler (punkt 13.3)
- ulike *typer handlinger* knyttet til et illegalt rusmiddel, det vil si ulike former for befatning med rusmiddelet (punkt 13.4)
- egenskaper ved *rusmiddelet* personen har befatning med, herunder type, styrkegrad og mengde (punkt 13.5)
- egenskaper ved *situasjonen*, herunder hva slags type sted handlingene foregår på, eller konteksten handlingen inngår i. Et eksempel kan være å skille mellom bruk på (en bestemt type) offentlig sted og bruk på privat sted eller etter hvorvidt bruken skjer i tilknytning til en annen bestemt type aktivitet (punkt 13.6)

Utvalgets mandat omtaler bruk og besittelse og ber utvalget ta stilling til hvor store mengder som skal omfattes av uttrykket «besittelse». Mandatet reiser også uttrykkelig spørsmål om hvorvidt forsøk på anskaffelse av rusmidler skal være omfattet av utvalgets modell. Forholdet til forsøk og medvirkning må uansett avklares også for andre handlingstyper enn anskaffelse.

13.2 Utgangspunkt: Modellens formål

Utvalget har tatt utgangspunkt i målsettingen som kommer til uttrykk i mandatet om å føre en kunnskapsbasert ruspolitikk, med mål om forebygging av rusproblemer, skadereduksjon og begrenning av skadevirkninger.

Målformuleringen i mandatet er meget vid. Mandatet er ikke innsnevret til bestemte typer personer, bestemte typer narkotika eller situasjoner knyttet til narkotika.

På grunnlag av dette har utvalget tatt sikte på å trekke grensen for modellens anvendelsesområde slik at den skal kunne bidra til at personer som ikke ennå har utviklet problematisk bruk av rusmidler, mottar forebyggende hjelp og bistand, og til at personer med et allerede etablert rusmiddelproblem skal motta hjelp til å slutte med rusmiddelbruken eller minimere skadevirkningene av bruken. Det er også vurdert om hensynet til barn som pårørende og vesentlige interesser for tredje personer berøres ved de ulike valgene som er foretatt.

For de enkelte spørsmålene som er behandlet i de følgende punktene, er det derfor lagt vekt på å velge løsninger som basert på tilgjengelig kunnskap fremstår best egnet til å redusere skadevirkninger av rusmiddelbruk, redde liv og sikre verdighet.

Vurderingene bør ses i sammenheng med kapittel 12 om hensyn som taler for og imot avkriminalisering.

13.3 Egenskaper ved personen

13.3.1 Oversikt

Mandatet omtaler på ett sted «rusavhengige» og et annet sted «bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk», uten at dette avgrenses til kun å omfatte personer med rusavhengighetslidelse, for eksempel personer diagnostisert med avhengighetssyndrom.

Utvalget har vurdert om mandatet er ment å være avgrenset til personer med avhengighetssyndrom. Flertallet, alle unntatt utvalgsmedlem Swahn, kan ikke se at ordlyden i mandatet eller de formålene som modellen er ment å ivareta, taler for å utelukke personer med andre ruslidelser enn avhengighetssyndrom, eller personer som bruker narkotika uten å være diagnostisert med en ruslidelse. *Mindretallet*, utvalgsmedlem Swahn, legger i sin dissens, som er inntatt som utredningens kapittel 20, til grunn at utvalgets mandat er avgrenset til rusavhengige personer.

I innspill til utvalget fra Actis og en rekke andre organisasjoner er det foreslått at det skilles mellom ulike grupper av personer som kan falle inn under modellen: personer under 18 år, personer med en rusrelatert lidelse eller andre egenskaper som gjør rusmiddelbruken risikofylt (for eksempel en psykisk lidelse) og andre. Den sist-

nevnte restkategorien vil omfatte voksne personer som bruker narkotika av og til og ikke oppfyller diagnosekriterier for en ruslidelse, og kan for enkelthets skyld betegnes som *rekreasjonsbrukere*.

Utvalget legger til grunn at det ofte vil være forskjellige tiltak som vil være aktuelle, avhengig av om personen er mindreårig eller ikke, og avhengig av om personen er diagnostisert med en rusrelatert lidelse eller ikke. Disse egenskapene påvirker også hvilke rettigheter personen har etter gjeldende rett, innen blant annet barnevern og spesialisthelsetjenesten.

Hvilke konkrete helserettede tiltak som vil være best egnet til å forebygge og/eller begrense skade hos den enkelte, må etter utvalgets syn bero på helse- og sosialfaglige vurderinger etter de faglige retningslinjer mv. som til enhver tid gjelder for de relevante etatene, og utvalget er ikke nedsatt for å evaluere slike faglige retningslinjer.

Utvalgets foreslåtte modell legger derimot til rette for å bringe personen saken gjelder, i kontakt med et apparat med den aktuelle fagkompetansen til å gjøre slike vurderinger. Det er knyttet noen særskilte merknader til ulike personkretser nedenfor.

Det foreligger lite sikre data om størrelsen på de ulike kategoriene av personer. Til en viss grad vil et skille mellom kategoriene av personer sammenfalle med et skille mellom ulike typer rusmidler, i den forstand at visse typer rusmiddelbruk (for eksempel injisering av heroin) alltid vil kunne betegnes som risikofylt.

13.3.2 Personens forhold til narkotika

For enkelte får rusmiddelbruk en slik betydning for fysisk og psykisk helse og livssituasjonen for øvrig at det oppfyller diagnosekriterier for ruslidelser etter diagnosestandardene som brukes i Norge.¹ I slike tilfeller har personen rett til helsehjelp for sin lidelse. Sett hen til formålet med regjeringens rusreform, må disse personene utvilsomt omfattes av utvalgets foreslåtte modell.

Når det gjelder personer som *ikke* oppfyller kriteriene for en rusdiagnose, kan det ikke legges til grunn at de har behov for behandling. Det vil likevel være ønskelig at det kan etableres en kontakt mellom personen og offentlige instanser som

¹ For eksempel ICD-10 om psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer (F10–F19), herunder akutt intoksikasjon, skadelig bruk, avhengighetssyndrom mv. Se Direktoratet for e-helse (2019).

kan bidra til å forebygge at rusmiddelbruken eventuelt utvikler seg til et helseproblem. Det kan også være andre rusrelaterede problemer i persons liv som tilsier et oppfølgingsbehov, men som ikke utgjør en ruslidelse. For å tilrettelegge for intervensjoner i forebyggende øyemed bør derfor også disse personene omfattes av utvalgets modell. Det vil også være slik at en forsvarlig vurdering av om personen har et behov for behandling eller annen oppfølging av sin rusmiddelbruk, neppe vil kunne gjøres før en faglig instans er involvert.

Utvalget finner derfor ikke grunn til å skille mellom personer med og uten en ruslidelse i medisinsk forstand. Det bør heller ikke ekskludere noen fra modellen dersom lovlige rusmidler, først og fremst alkohol eller legemidler vedkommende har lovlig adgang til å bruke, inngår som en del av personens samlede rusmiddelbruk.

13.3.3 Mindreårige

I vår rettsorden er det et gjennomgående trekk at offentlige myndigheter og foreldre eller foresatte har myndighet til å bestemme over barns liv. Begrunnelsen for dette er at barn ofte ikke er i stand til å ta informerte valg av betydning for sin egen velferd. Beslutningene og inngrepene i barnets private sfære skal alltid ta hensyn til barnets beste. Barnet tilkjennes gradvis mer autonomi og selvstendig ansvar frem til oppnådd myndighetsalder.²

Kommunen har et lovpålagt ansvar for å følge nøye med i de forhold barn lever under, og finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og adferdsproblemer, jf. barnevernloven § 3-1 første

² Fra barnet er fylt 12 år, kan det på nærmere vilkår kreve at opplysninger om barnet som pasient eller bruker ikke deles med foreldrene, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4. Ved fylte 15 år blir barnet strafferettslig tilregnelig, jf. straffeloven § 20 første ledd bokstav a. Den alminnelige myndighetsalderen er 18 år, jf. vergemålsloven § 2 tredje ledd. Femtenåringer er likevel i stand til å foreta noen enkle privatrettslige disposisjoner, for eksempel inngåelse av en arbeidsavtale og å råde over lønnen fra eget arbeid, jf. vergemålsloven §§ 10 og 12. Omtrent på samme tid i livet vil de fleste barn oppfylle sin plikt til å gjennomføre grunnskoleopplæring, jf. opplæringsloven § 2-1 første ledd. Såkalt helserettslig myndighetsalder inntreffer ved fylte 16 år, hvor barnet som hovedregel er kompetent til å samtykke til helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 første ledd bokstav b, og foreldrenes rett til å holdes informert om barnets forhold som pasient eller bruker som hovedregel faller bort, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 første ledd. Foreldrene kan på nærmere vilkår holdes erstatningspliktig for skade forvoldt av barnet helt frem til fylte 18 år, jf. skadeserstatningsloven § 1-2. Barnet har rett til nødvendige tiltak fra barnevernets side frem til det fyller 18 år, jf. barnevernloven § 1-5.

ledd. Barneverntjenesten skal søke avdekket omsorgssvikt, adferdsmessige, sosiale og emosjonelle problemer så tidlig at varige problemer kan unngås, og sette inn tiltak i forhold til dette, jf. barnevernloven § 3-1 annet ledd, og kan iverksette en rekke særlige tiltak etter lovens kapittel 4, herunder hjelpetiltak for barn og barnefamilier, jf. § 4-4.

Fra et helse- og sosialfaglig perspektiv er det klart ønskelig å utsette debuten for barn og unges bruk av rusmidler. Tidlig debut med rusmidler kan føre til økt sårbarhet sammenlignet med debut i senere alder, samtidig som det kan være uttrykk for bekymringsfulle forhold hos barnet selv eller ved barnets omsorgssituasjon. Utvalget legger derfor til grunn at det også i fremtiden må sikres adekvate hjemler for å gripe inn overfor mindreåriges bruk av narkotika – både forebyggende tiltak og tiltak etter påvist rusmiddelbruk hos barnet.

Etter utvalgets syn innebærer den foreslåtte modellen en god måte å ivareta barn på. Utvalget viser til at det etter den foreslåtte modellen vil være hjemler til undersøkelser for å avklare bruk av rusmidler og til å ta opp rusmiddelproblematikk med barnet og barnets foresatte, i tråd med kommunens og barnevernets lovpålagte oppgaver.

Barnets egen bruk av narkotika vil etter utvalgets modell ikke medføre strafferettslige konsekvenser for barnet selv. Dette antas å bidra til større åpenhet mellom foreldre, skole og offentlige myndigheter om observerte mulige tegn til rusmiddelbruk hos barnet. Det er nærliggende å anta at enkelte – men langt fra alle – foreldre under dagens ordning er varsomme med å dele slike opplysninger med offentlige etater på grunn av frykt for å utløse rettslige konsekvenser for barnet, all den tid barnet selv risikerer straffansvar for slike handlinger fra fylte 15 år.³ Det samme gjelder personer i barnets omgangskrets som kan mistenke at barnet har problemer, men

³ I Haugsbø (2018) beskrives en sak der en 15 år gammel jente anmeldte et påstått seksuelt overgrep, men selv ble anmeldt av politiet for bruk av hasj etter at de hadde gjennomgått hennes mobiltelefon og funnet bilde av hasjrøykingen. Jenta var av politiet blitt tilbudt «påtaleunntatelse på vilkår av urinprøvekontrakt». Politiadvokaten som utstedte forelegget, understreket overfor VG at «det verken er uvanlig eller ulovlig at politiet bruker overskuddsinformasjon, fra for eksempel beslaglagte telefoner, til å iverksette etterforskning av andre straffbare forhold enn det etterforskningen i utgangspunktet gjaldt». Ifølge jentas far ble tilbudet om urinprøvekontrakt avslått, fordi jenta allerede «strir med mer enn hun klarer å håndtere». Forelegget på kr 4 000 som jenta ble ilagt for bruk av narkotika, vakte oppsikt ble senere omgjort av Den høyere påtalemyndighet.

ikke ønsker å utløse rettslige konsekvenser for barnet. Terskelen kan bli lavere for å søke hjelp og bistand ved et gryende rusmiddelproblem når man kan være sikker på at personen saken gjelder, ikke vil bli utsatt for straff. Etter utvalgets syn er det sterkt ønskelig at terskelen for å melde fra er lav, slik at forebyggende innsatser kan iverksettes på et så tidlig stadium som mulig.

Tiltak som i dag gjennomføres basert på frivillighet, særlig oppfølgingssamtaler og ruskontroll som barnet selv ønsker å gjennomføre for å dokumentere rusfrihet overfor sine omsorgspersoner, vil kunne videreføres som frivillige tiltak innenfor rammen av utvalgets foreslåtte modell.

Politiet ivaretar viktige oppgaver for å sikre trygge rammer for barns oppvekst, blant annet ved at de varsler om tilfeller der barn under 15 år lever under forhold som må antas å innebære alvorlig risiko for deres helse eller utvikling, jf. politiinstruksen § 12-4 første ledd. Bestemmelsen gir anvisning på primært å varsle barnets foresatte, eller dersom det ikke er mulig eller tilrådelig, det stedlige barnevern. Utvalgets foreslåtte modell vil ikke innebære noen endring i denne bestemmelsen. Utvalget har ikke kunnskap om hvor ofte politiet varsler foresatte etter bestemmelsen. Barnevernet mottok i 2018 1 745 meldinger fra politiet som gjaldt foreldres rusbruk, og 739 meldinger knyttet til barnets egen rusmiddelbruk.⁴ Utvalgets foreslåtte modell innebærer ikke at politiet skal la være å melde fra til barnevernet om barn som lever under forhold som antas å innebære alvorlig risiko for barnets helse eller utvikling.

13.3.4 Personer med omsorg for mindreårige

Noen barn utsettes for alvorlige negative opplevelser under oppveksten som følge av foresattes bruk av alkohol eller narkotika. Kommunens plikt til å følge nøye med på barns oppvekstvilkår omtalt i forrige punkt kan tale for at det skal gjelde særskilte regler for saker vedrørende personer som har omsorg for barn, slik at det kan vurderes om det er nødvendig å iverksette tiltak for å bidra til å gi barnet gode levekår og utviklingsmuligheter, jf. barnevernloven kapittel 4. Slike tiltak kan utelukkende begrunnes med konkrete vurderinger av barnets behov i det enkelte tilfellet og skal ikke benyttes for å fremme allmennpreventive ruspolitiske formål, herunder å avskrekke bruk av narkotika eller å signalisere overfor innbyggerne at bruk av narkotika er farlig

og uønsket. Tvert imot fremstår det klart ønskelig å etablere en lav terskel for å oppnå kontakt mellom offentlige hjelpetiltak og personer med omsorg for mindreårige som kan ha et gryende rusmiddelproblem, for å forebygge en mulig problematisk utvikling som på sikt kan ha negative konsekvenser for barnet.

Utvalget ser det derfor som formålstjenlig å inkludere personer med omsorg for mindreårige i den foreslåtte modellen.

13.3.5 Personer i bestemte yrker

For en rekke yrker er det fastsatt pliktmessig avhold i lov eller med hjemmel i lov. Utvalgets foreslåtte modell innebærer ingen endring i slike bestemmelser. Der overtredelse av bestemmelser om pliktmessig avhold er straffesanksjonert, vil selve bruken av rusmidler derfor forbli straffbar også etter utvalgets forslag.

Det ligger utenfor utvalgets mandat å vurdere egnetheten av de ulike bestemmelsene om pliktmessig avhold for bestemte yrker. Behovet for slike straffesanksjonerte plikter må vurderes spesifikt ut fra de risikofaktorene som typisk gjør seg gjeldende i den aktuelle bransjen.

13.4 Typer av handlinger knyttet til et illegalt rusmiddel

13.4.1 Bruk og innehav til egen bruk

13.4.1.1 Egen bruk

Utvalgets mandat gir ikke noen nærmere avgrensning av hvilke handlinger som omfattes av uttrykket «egen bruk». Selve inntaket av et rusmiddel i egen kropp, hva enten det skjer ved for eksempel svelging, inhalering eller injeksjon, er klart nok omfattet. Et særlig spørsmål er om det å dele en brukerdose, for eksempel en sigarett med marijuana, skal anses som «egen bruk» for alle som deltar, eller om den som har skaffet sigaretten til veie og sender den videre til en annen, skal anses å ha overtrådt straffeloven § 231, som rammer det å overdra narkotika til en annen.

I alkoholloven brukes uttrykket «eget bruk» som vilkår i enkelte unntak fra plikter eller forbud. Departementet kan gi forskrifter om adgang for den som driver engrossalg, til å selge alkohol til ansatte til egen bruk, jf. § 1-4c tredje ledd. Den alminnelige bevillingsplikten for tilvirkning av alkoholholdig drikk gjelder ikke for tilvirkning til eget bruk av alkoholholdig drikk som ikke er brennevin, jf. § 6-1 første ledd. Det gis ikke opp-

⁴ SSB (2019a).

klarende merknader i departementets håndbok til alkoholloven.⁵ I forarbeidene til alkoholloven nevnes som eksempel at «egenprodusert drikk kan blandes med lovlig innkjøpt brennevin, for eksempel for å lage egen kirsebærlikør eller lignende».⁶ Etter det utvalget erfarer, praktiseres ikke vilkåret «eget bruk» i alkoholloven så strengt at for eksempel brygging av øl som deles med venner i eget hjem, anses som tilvirkning i strid med alkoholloven § 6-1. Overtredelse av denne bestemmelsen er straffbart, jf. alkoholloven § 10-1, men utvalget kjenner ikke til noen tilfeller av straffeforfølgning for slike handlinger, selv om hjemmebrygget øl deles i ulike sosiale sammenhenger. En god sammenheng i lovverket kunne dermed tilsi at et vilkår om egen bruk kunne omfatte en sosial deling av rusmiddelet innenfor rammene av privat bruk i en lukket krets.

Også når det gjelder illegale rusmidler, må sosial deling av rusmiddelet antas å være utbredt. I spørreundersøkelser i 2012–2018 oppga 54 prosent av personer som hadde brukt cannabis i løpet av det siste året, at de hadde *fått* rusmiddelet.⁷

Et eksempel på en rettslig avgrensning av personlig bruk som ikke utelukker en slik sosial deling (såfremt det skjer uten fortjeneste for den som anskaffet stoffet) finnes i Østerrikes lovgivning om mindre alvorlige narkotikalovbrudd, som er beskrevet i kapittel 6. Østerrike har ikke avkriminalisert besittelse til egen bruk, eller avhending til andre, men det er innført et helserettet alternativ til opprettelse av straffesak for de minst alvorlige narkotikalovbruddene.

Utvalget har på grunnlag av dette vurdert om «egen bruk» burde defineres på en slik måte at *ikke-kommersiell deling* av rusmidler omfattes. Dette ville innebære at overlevering av narkotika til andre personer på visse vilkår ikke lenger ville rammes av straffeloven § 231.

Utvalget foreslår ikke å lovfeste et slikt vidt «egen bruk»-begrep. For det første ville en slik regel kunne gjøre det vanskeligere i praksis å føre bevis for en straffbar salgshandling, idet det ikke bare måtte bevises en *avhending* av stoffet fra én person til en annen, men også at personen fikk, eller forventet å få, et *vederlag*. Dersom vilkåret ble utformet slik at det ble stilt krav om *fortjeneste*, måtte det bevises at vederlaget var tilstrekkelig stort til å være egnet til å gi fortjeneste. Dette

måtte antas å ville medføre en ikke ubetydelig forvansking av straffeforfølgningen av småsalg av narkotika.

For det andre har det betydning for forholdet til Norges folkerettslige forpliktelser etter FNs narkotikakonvensjoner at de foreslåtte lovendringene kun gjelder befattning med narkotika til personens egen bruk, se kapittel 7. En lovendring som medfører at personer kan overdra narkotika straffritt til andre, fremstår i denne forbindelse problematisk.

13.4.1.2 Innehav

Utvalget velger å benytte uttrykket «innehav» om slik type besittelse etter legemiddeloven § 24 og oppbevaring etter § 231 som utvalget mener bør omfattes av modellen. For å omfattes av innehavbegrepet må to kriterier være oppfylt. For det første må stoffet være til egen bruk, se ovenfor i punkt 13.4.1.1. For det andre må mengden ikke overskride terskelverdiene som er fastsatt for det aktuelle stoffet, se punkt 13.5.2 nedenfor.

Selve vurderingen av om stoffet som innehas er til personens *egen bruk*, må vurderes konkret etter sakens omstendigheter. Det kan neppe gis noen uttømmende liste over aktuelle holdepunkter. Til en viss grad må dette løses gjennom etablering av en praksis og utarbeidelse av interne instruksjoner i politiet og påtalemyndigheten. For eksempel har rigsadvokaten i Danmark utarbeidet veiledende momenter for den konkrete vurderingen av om avdekket narkotika er til personens egen bruk, se omtale i kapittel 8. I den forbindelse vil det kunne bygges på erfaringer med bevisvurderinger som gjøres jevnlig i politiet og påtalemyndigheten allerede i dag. Blant annet følgende momenter vil trolig kunne være relevante i mange saker:

- tidligere kjent historikk med bruk av narkotika
- emballeringen av stoffet, hvor inndeling i et antall salgsklare emballasjer taler for videresalg, mens én samlet emballasje taler for egen bruk
- hvorvidt personen besitter et kontantbeløp som det er naturlig å se i sammenheng med salg av narkotika

Innehav av et utvalg av flere typer stoff vil ikke nødvendigvis være et holdepunkt for eller imot at stoffene er tiltenkt egen bruk. Såkalt blandingsbruk er vanlig forekommende og mange som bruker narkotika bruker ulike typer stoffer, for eksempel heroin, benzodiazepiner, og amfetamin, hver for seg eller i kombinasjon.

⁵ Sosial- og helsedirektoratet (2008) s. 124–125.

⁶ Se Ot.prp. nr. 86 (2003–2004), merknader til § 6-1.

⁷ Se Folkehelseinstituttets svar til utvalget, som er inntatt som digitalt vedlegg til utredningen. Se også Bretteville-Jensen (2019a) s. 167.

13.4.2 Anskaffelse

Utvalgets mandat ber utvalget vurdere om «forsøk på anskaffelse av illegale rusmidler til eget bruk» skal inngå i modellen.

Formålet med regjeringens rusreform tilsier i utgangspunktet at handlinger som er uløselig knyttet til en persons egen bruk av narkotika, ikke bør medføre et straffansvar. Det er vanskelig å tenke seg noen realistisk situasjon der en person kommer i posisjon til å bruke narkotika uten at personen først har mottatt minst én brukerdose (enten i ubearbeidet form eller preparert for eksempel i en «joint», pipe eller sprøyte) fra en annen person. Dersom kun bruk og innehav omfattes av utvalgets modell, slik at det å *motta* rusmiddelet fra en annen person fremdeles er straffbart, vil personer som bruker narkotika, i realiteten fremdeles kunne straffes utelukkende på grunnlag av sin personlige bruk.

Dette taler for at det ikke bør opprettholdes et straffansvar for *anskaffelse* av narkotika til egen bruk. Slike handlinger bør i stedet møtes med tiltak innenfor utvalgets foreslåtte modell.

Mot en slik løsning kan det argumenteres med at det blir vanskeligere å straffeforfølge selgere dersom kjøpere som sådan ikke kan straffeforfølges. Et slikt utfall er ikke uten videre åpenbart. Når det gjelder det rent juridiske, er det ikke nødvendig for å bevise salg at man har identifisert eller straffeforfulgt kjøperen. Tiltale etter straffeloven § 231 kan tas ut for salg av narkotika til en uidentifisert person. Når kjøpere ikke selv kan straffes for kjøpet, vil de heller ikke være fritatt fra vitneansvar om opplysninger om kjøpet på grunnlag av selvinkrimineringsvernet, jf. straffeprosessloven § 90 og EMK artikkel 6,⁸ og kjøperen vil kunne straffes dersom vedkommende gir uriktige opplysninger til politiet i forbindelse med etterforskningen av salget, jf. straffeloven § 221 første ledd bokstav d.⁹ Se også punkt 12.3.2.3.

Unntak fra straffansvar for én av to parter i en ulovlig transaksjon er ikke ukjent i lovverket. Når

⁸ Det samme gjelder for kjøperens nærstående, jf. straffeprosessloven § 123. Dette selvinkrimineringsvernet for kjøpere ble anført av Oslo politikammer som et argument mot å kriminalisere kjøpere av narkotika i 1925, se omtale av opiumsloven av 1928 i kapittel 3.

⁹ Straffeloven § 221 annet ledd gjør unntak fra straffebudet mot uriktig forklaring for mistenkte som forklarer seg om forholdet som mistanken mot ham gjelder. Det samme gjelder den som ikke kunne fortelle sannheten uten å utsette seg selv eller noen av sine nærmeste for straff eller fare for vesentlig tap av sosialt omdømme eller vesentlig velferdstap av annen art, med mindre vedkommende hadde plikt til å forklare seg.

det gjelder kjøp av seksuelle tjenester, har lovgiver valgt kun å kriminalisere én av partene i den ulovlige transaksjonen, og for øvrig tredjeparter som tilrettelegger for, eller får fortjeneste av, virksomheten. Høyesterett har sammenfattet lovgivers intensjoner med regelverket slik:¹⁰

«Prostitusjon anses altså som klart uønsket fra samfunnets side, og lovgivningen kriminaliserer bredt handlinger som kan knyttes til slik virksomhet. Når salg av seksuelle tjenester ikke er straffbart, er det av hensyn til de prostituerte selv, som anses for å være en svak og utsatt gruppe.»

Mange personer som anskaffer narkotika til egen bruk, er i en sårbar situasjon. Formålet med rusreformen er å bidra til å styrke hjelpetiltak overfor denne gruppen, og å signalisere et holdnings-skifte overfor rusmiddelproblematikk. En presis og mer nyansert straffelovgivning rettet mot dem som *omsetter* narkotika, og som ikke rammer *kjøperen*, fremstår nødvendig med tanke på å fremme dette formålet. Utvalget foreslår derfor at også anskaffelse av narkotika til egen bruk omfattes av modellen. De betraktninger som er gjort om mengden av stoff i forbindelse med besittelse til egen bruk, får tilsvarende anvendelse der det er tale om anskaffelse. At identiske mengdeangivelser kan være egnet for både anskaffelse og innehav, understøttes av at riksadvokaten i rundskriv nr. 2/2014 har angitt foreleggsgrensener som gjelder likt for både erverv og oppbevaring.

13.4.3 Forsøk og medvirkning

Ved en fjerning av straffansvaret for bruk av narkotika og befatning med narkotika til egen bruk vil forsøk på, og medvirkning, til slike handlinger i utgangspunktet heller ikke være straffbart. Utvalget antar at avdekking av *forsøk* på slike handlinger kan være en like sterk indikasjon på at det er ønskelig med et helserettet tiltak som om det ble avdekket en fullbyrdet handling. Det vil derfor være grunn til å omfatte forsøkshandlinger i utvalgets modell.

Medvirkning til slike handlinger som omfattes av utvalgets modell, indikerer ikke nødvendigvis at personen har, eller står i fare for å utvikle, et helseproblem knyttet til rusmiddelbruk. Utvalget antar derfor at slike handlinger ikke bør omfattes av modellen.

¹⁰ HR-2017-2352-A, avsnitt 50.

Det er imidlertid ikke uten videre gitt at medvirkningshandlinger bør være straffbart etter et særskilt straffebud. Det måtte i så fall rette seg mot andre medvirkningshandlinger enn for eksempel det å overlate et illegalt rusmiddel til en annen, som allerede rammes av straffeloven § 231.

Utvalget legger til grunn at det under noen omstendigheter kan fremstå klanderverdig å fremme mindreåriges bruk av narkotika, for eksempel gjennom å gi barnet penger med kjennskap til at pengene mest sannsynlig vil bli brukt på kjøp av narkotika, eller å tilrettelegge for mindreåriges bruk av narkotika gjennom å stille til rådighet oppholdssted og brukerutstyr. Et straffebud mot slike handlinger vil imidlertid vanskelig kunne avgrenses mot handlinger som det ville være støtende å straffe, for eksempel foreldres eller andres forsøk på å begrense skadeomfanget av en mindreårig persons bruk av narkotika gjennom å sørge for at den mindreårige har penger til livsopphold og et oppholdssted om nettene. Et slikt straffebud kunne også gjøre det vanskelig for ansatte i offentlige etater, og kanskje særlig i ideelle organisasjoner, å gjennomføre skadereduserende tiltak overfor unge med alvorlige rusproblemer, for eksempel gjennom utdeling av røykefolie for heroin for å avverge injeksjon av rusmiddelet.

13.4.4 Innførsel av narkotika til egen bruk

Utvalget er ikke kjent med statistikk som viser hvor stor andel av innførselen av narkotika som avdekkes, som gjelder stoff til egen bruk. Personer som for eksempel bestiller narkotika fra utlandet over Internett og får dette levert i posten, kan ha ulike grunner til å velge å handle på dette markedet fremfor å oppsøke kjente russcener. Det kan oppleves tryggere, eller det kan være fordi vedkommende ikke identifiserer seg med brukergrupper som finnes i disse miljøene, og ikke ønsker å assosieres med dem. Også de som ikke oppsøker fysiske rusmiljøer vil likevel kunne ha behov for helse- og velferdstjenester i anledning rusmiddelbruken, og det vil kunne være i samfunnets interesse å ha mulighet til å intervenere overfor slike handlinger med helserettede tiltak. Når det gjelder de helsemessige sidene ved narkotika, vil det trolig ofte være likheter mellom personer som kjøper rusmidler til egen bruk i Norge og personer som kjøper rusmidler til egen bruk fra en selger i utlandet gjennom å reise dit eller gjennom bestilling av en postforsendelse. Dette taler for å omfatte avdekkede tilfeller av innførsel av stoff til egen bruk i utvalgets modell.

Imidlertid er det viktige samfunnsinteresser, herunder behovet for å begrense illegal omsetning av rusmidler over riksgrensen, som taler for at det fortsatt skal reageres strengt når slike rusmidler innføres. Gitt at narkotika i liten grad tilvirkes i Norge, er det en forutsetning for spredning av narkotika her at stoffet føres inn over riksgrensen. Opprettholdelse av straffebud mot innførsel av narkotika kan dessuten være av betydning for det internasjonale samarbeidet mot omsetning av narkotika.

Sett i lys av disse hensynene foreslår utvalget at innførsel av narkotika ment til egen bruk ikke skal omfattes av utvalgets modell.

13.4.5 Tilvirkning

Utvalget anser det lite ønskelig å endre reaksjonene på tilvirkning av narkotika fra straff til siviltrettslige reaksjoner. I denne forbindelse gjør i det vesentlige de samme hensynene seg gjeldende som for drøftelsen av innførsel av narkotika omtalt ovenfor.

13.5 Egenskaper ved rusmiddelet

13.5.1 Typer av rusmidler

Utvalgets mandat gir ikke anvisning på et skille mellom ulike typer av stoff som regnes som narkotika.

Utvalget har vurdert om straffansvar bør opprettholdes fullt ut for noen rusmidler, for eksempel for å forhindre spredning av enkelte stoffer som fremstår særlig uønskede. Det er flere grunner som gjør at dette ikke fremstår som ønskelig eller nødvendig.

For det første kan det settes spørsmålsteget ved den preventive effekten av straffebud mot befatning med rusmidler til egen personlig bruk. Dette er drøftet særlig i kapittel 12. Det er derfor uklart om opprettholdelse av straffansvar for bestemte rusmidler ville gi noen klare fordeler.

For det andre vil det kunne være viktig med åpenhet om forekomst av rusmidler som er i omløp. En slik åpenhet må antas å bli fremmet ved at personene som selv bruker narkotika, ikke risikerer straff ved å fortelle om det.

Åpenhet om at det for eksempel er fentanylforbindelser i omløp i markedet, ville være en stor fordel i skadereduksjonsarbeidet. Kripos har i sin rapport om narkotikabeslag i 2018 meldt om økning i beslag av slike stoffer.¹¹ Karfentanil, som

¹¹ Kripos (udatert) s. 6.

anses å være 10 000 ganger mer potent enn morfin, medfører en stor fare for dødbringende forgiftning og fremstår som en «versting» i denne forbindelse,¹² men er ifølge Kripos' rapport kun beslaglagt én gang i Norge.

Personer som ellers bruker andre illegale rusmidler, vil ofte forsøke å unngå de potente fentanylforbindelsene, ettersom det er «umulig ikke å ta overdose».¹³ Det er utvalgets oppfatning at slike stoffer derfor kommer inn på markedet blant annet ved at stoff som i utgangspunktet er av lav kvalitet, er blandet med farligere syntetiske stoffer for å gi en tilstrekkelig sterk rusvirkning. Det vil i de fleste tilfeller også være umulig for kjøper å fastslå på forhånd hvorvidt produktet inneholder denne type potente stoffer.

Etter utvalgets syn vil det være ønskelig at en kjøper melder til politiet ved mistanke om at en selger i rusmiljøet sprer fentanylblandet stoff. Terskelen for å kontakte politiet i slike tilfeller kan bli lavere dersom *kjøperens* handlinger ikke medfører et straffansvar. På den måten kan kjøperen være trygg på at politiet ikke vil benytte informasjonen om melderens kjøp av narkotika fra mistenkte til å straffeforfølge kjøperen for befatning med fentanyl. Dette taler imot å opprettholde dagens straffansvar for personer som har kjøpt fentanyl til egen bruk.

Det avdekkes med jevne mellomrom nye syntetiske rusmidler, og det bør derfor vurderes om det er hensiktsmessig å avgrense utvalgets modell til en uttømmende liste av rusmidler. Til fordel for dette kan det anføres at en dermed ikke jevnlig må vurdere hvor store mengder som rimeligvis kan anses å være til egen bruk, og andre spørsmål om grensedragningen mellom utvalgets modell og strafferettslige reaksjoner. Dette gjelder imidlertid et meget lavt antall saker. Ifølge Kripos har antallet beslag av nye psykoaktive stoffer falt de siste årene, og det utgjorde 1 prosent av alle beslag i 2018.¹⁴ Slike tilfeller vil derfor trolig ikke utgjøre noen nevneverdig praktisk utfordring av betydning for de ansatte som skal implementere modellen. Vurderingene det er tale om, gjøres per i dag når funn av nye psykoaktive stoffer skal forfølges strafferettslig. Det må da estimeres omtrent hvor mange rusdoser en gitt mengde av stoffet omfatter. Det vil være naturlig å trekke på de samme

fagmiljøer som i dag for å sørge for faglig kvalitet i slike vurderinger, selv om befatning med slike stoffer til eget forbruk ikke skal følges strafferettslig.

Utvalget har etter dette ikke funnet avgjørende grunner til å unnta bestemte typer stoff fra utvalgets modell. Dette innebærer at endringen fra strafferettslige virkemidler til utvalgets foreslåtte modell omfatter de stoffene som til enhver tid omfattes av legaldefinisjonen av «narkotika», jf. legemiddeloven § 22.

13.5.2 Terskelverdier

13.5.2.1 Innledning og oversikt over utvalgets forslag

Utvalget er bedt om å ta stilling til hvor mye som bør omfattes av uttrykket «besittelse». Problemstillingen er å finne en hensiktsmessig avgrensning av hvor mye narkotika til egen bruk som skal omfattes av det sivilrettslige forbudet, slik at forholdet utløser en reaksjon innenfor utvalgets foreslåtte modell og ikke straffeforfølgning.

I stedet for å endre grensen mellom besittelse og oppbevaring etter henholdsvis legemiddeloven § 24 og straffeloven § 231, foreslår utvalget å benytte uttrykket «innehav» om handlingen. Det nye innehavbegrepet, som utvalget benytter i utkastet til nye lovbestemmelser (se kapittel 23), omfatter slik besittelse etter legemiddeloven § 24 og slik oppbevaring etter § 231 som utvalget mener bør omfattes av modellen.

Definisjonen av ulovlig innehav beror på to vilkår, som begge må være oppfylt:

- Stoffet må være til personens *egen bruk* (se punkt 13.4.1).
- Mengden må ikke overskride *terskelverdier* fastsatt for stoffet.

Dersom det aktuelle stoffet ikke er til egen bruk, eller overskrider terskelverdi fastsatt for stoffet, vil handlingen være straffbar som besittelse eller oppbevaring. Utvalget har delt seg i et flertall og et mindretall når det gjelder den konkrete fastsettelsen av terskelverdiene.

13.5.2.2 Kunnskap om hvor store mengder brukere har befatning med per i dag

Ettersom narkotikabruk er straffbart, finnes det av naturlige grunner ingen fullstendig oversikt over hvor store mengder som kjøpes og selges i Norge, eller hvor mye det er normalt å bruke for ulike grupper av brukere.

¹² Vevelstad og Drange (2017).

¹³ Overlege Merete Vevelstad ved Oslo universitetssykehus, sitert i Braathen (2018): «Ett korn av stoffet er nok til at du kan dø. Nå har politiet begynt å gå med motgift».

¹⁴ Kripos (udatert) s. 6.

En informasjonskilde om adferden i narkotikamarkedet er hvor store mengder som beslaglegges. Det kan generelt legges til grunn at de fleste beslag som gjøres i dag, gjelder små mengder,¹⁵ men det foreligger lite offentlig tilgjengelig kunnskap om størrelsen på de enkelte beslag av hvert enkelt stoff. På bakgrunn av dette henvendte utvalget seg til Kripos for å innhente ytterligere informasjon om størrelsen på beslag. Kripos har forut for utvalgets henvendelse etablert et system som gjør det mulig å hente ut statistikk om antallet beslag av et gitt stoff, fordelt på angitte mengdekategorier. Et slikt uttrekk er kun tilgjengelig for beslag gjort fra og med første halvdel av 2019.¹⁶ Det er imidlertid opplyst fra Kripos at det ikke er grunner til å tro at statistikk for de foregående årene ville gitt veldig ulike resultater. Kripos' besvarelse av henvendelsen er inntatt som digitalt vedlegg til utredningen.

Beslagene telles løsrevet fra person- og saksnivå, og det kan derfor ikke vites hvor mange saker og personer disse beslagene stammer fra. For eksempel vil én straffesak der én person er tatt med cannabis, heroin og amfetamin, stå for tre av beslagene som telles på denne måten (ett beslag for hvert rusmiddel). Statistikken skiller heller ikke mellom hvorvidt beslagene ble gjort i en sak om narkotika til egen bruk eller i en sak om narkotika tiltenkt videresalg. Fordelingen på mengdekategorier kan imidlertid fortelle noe om antallet beslag av ulike størrelser av et gitt rusmiddel.

Figur 13.1 gir en visuell fremstilling av overordnede trekk i tallmaterialet. Som det fremgår, gjelder halvparten av beslagene cannabis, og nesten en tredjedel (30,2 prosent) av beslagene besto av 5 gram cannabis eller mindre. Det stoffet det er tatt nest flest beslag av, er amfetamin (17 prosent av beslagene), og deretter følger klonazepam¹⁷ (7,8 prosent).

En annen kilde er opplysninger fra personer som selv bruker eller har brukt narkotika, og opplysninger fra andre som har observert deres adferd over tid. Utvalget har ikke tatt direkte kontakt med personer som bruker narkotika, for å innhente informasjon om deres egen rusmiddelbruk. Derimot har utvalget kontaktet organer og organisasjoner som forsker på eller arbeider med slike grupper, med sikte på å etablere holdepunkter for hva som kunne anses som normale mengder narkotika

å ha befatning med til egen bruk. Utvalgets henvendelse, og svar på denne henvendelsen fra Folkehelseinstituttet, Politidirektoratet, Mottaks- og omsorgssenteret Gyldenpris i Bergen kommune, Uteseksjonen i Oslo kommune, Helse- og overdoseteamet i Trondheim kommune, Foreningen for Human Narkotikapolitikk (FHN), Norsk Narkotikapolitiforening (NNPF), Foreningen Tryggere Ruspolitikk (FTR) og MARBORG, er inntatt som digitale vedlegg til utredningen.

Det står meget klart for utvalget at brukere av narkotika ikke er en ensartet gruppe, med et ensartet bruksmønster. Som Folkehelseinstituttet skriver i sitt svar på utvalgets henvendelse, vil det for alle typer narkotika være stor variasjon i bruken. Folkehelseinstituttet peker på at det grovt sett kan skilles mellom på den ene side rekreasjonsbrukere som bruker narkotika av og til, og på den annen side personer som har et mer regelmessig og omfattende bruksmønster (høyrisiko- eller problembruk). Det vil etter utvalgets syn være slik at bruksmønstre varierer både mellom disse gruppene og innad i gruppene.

Det kan antas at en større andel i gruppen personer med problematisk bruk er i kontakt med bestemte typer offentlige hjelpetiltak i anledning rusbruken enn personer med rekreasjonell bruk. Slike kontaktpunkter kan danne grunnlag for systematisk informasjonsinnhenting¹⁸ og for opparbeiding av erfaring og kunnskap om bruksmønstre hos personer som arbeider i de aktuelle tjenestene. For den større personkretsen av rekreasjonsbrukere fremstår svar i bredere befolkningsundersøkelser og for eksempel Folkehelseinstituttets utelivsundersøkelser som relevante informasjonskilder. Imidlertid spørres det sjelden om bruksfrekvens (utover hvor lenge det er siden sist gang personen brukte) og dosering av rusmidlene.

Svarene utvalget har mottatt, gjelder til dels ulike geografiske områder, og fremgangsmåten som er benyttet for å besvare spørsmålene, har vært noe ulik. Dette henger naturlig sammen med de ulike kompetansene, kunnskapsgrunnlagene og rollene som de ulike avsenderne har, som danner grunnlag for ulike perspektiver på et mangefasettert fenomen.

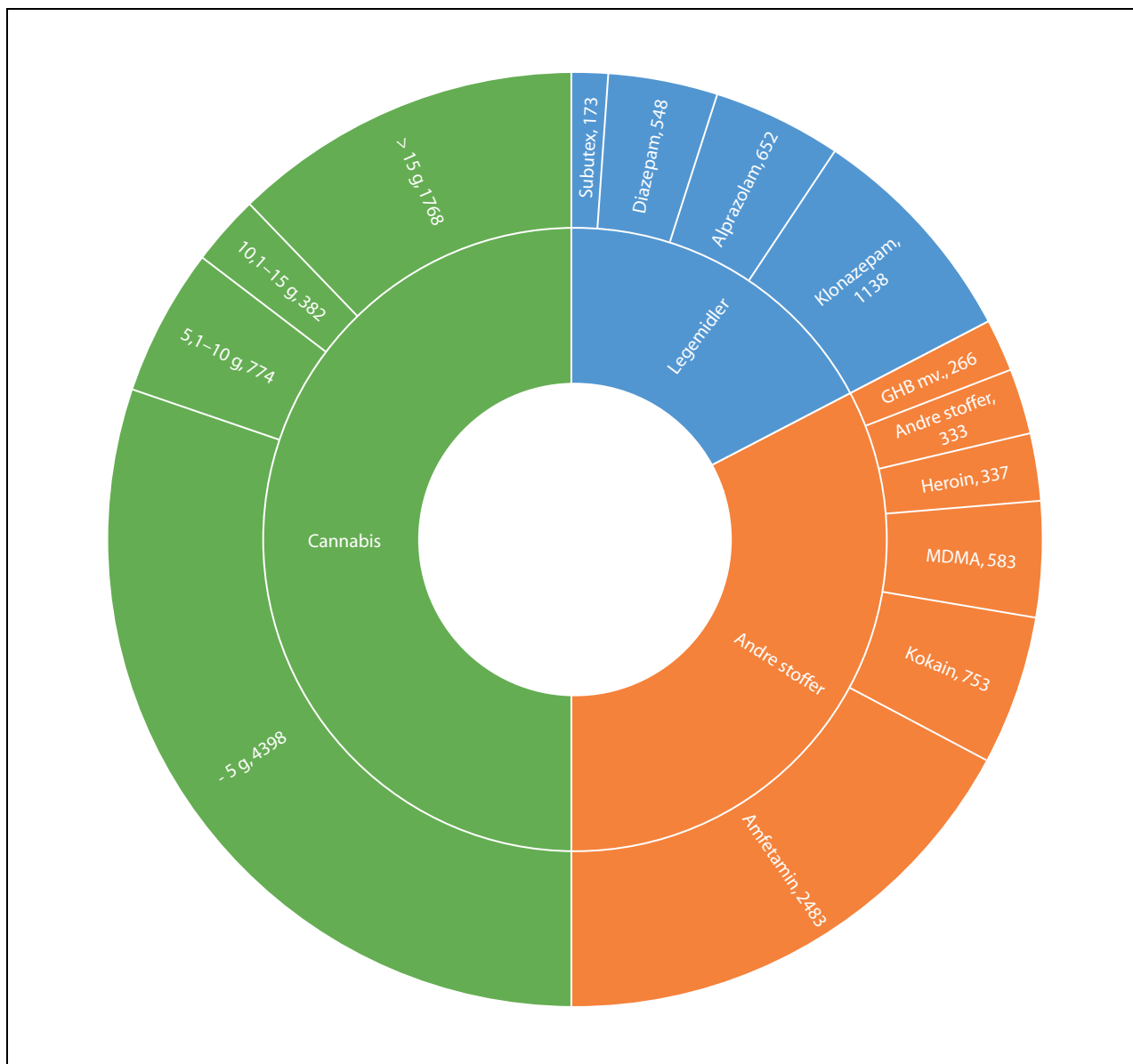
Svarene tegner et nokså heterogent bilde. Som en illustrasjon på kunnskapsgrunnlaget sammenlignes svarene angående heroin nedenfor.

¹⁵ Slik også Folkehelseinstituttet (2018b). Se kapitlet om narkotikamarkeder.

¹⁶ Brev fra Kripos til Rusreformutvalget, 14. oktober 2019, inntatt som digitalt vedlegg til utredningen.

¹⁷ Som blant annet er virkestoffet i legemiddelet Rivotril.

¹⁸ Se for eksempel omtale av rekruttering av informanter ved gate- og lavterskeltiltak til en spørreundersøkelse om bruk av narkotika i svaret fra Folkehelseinstituttet.



Figur 13.1 Oversikt over antall beslag av ulike typer stoff i angitte mengdekategorier, første halvår 2019

Kilde: Kripos.

Når det gjelder hva som kan anses som et normalt spenn av *forbruk per døgn*, har utvalget mottatt følgende svar:

- Resultatene av en spørreundersøkelse med spørsmål om forbruk siste døgn ga en medianverdi på 0,6 gram og en gjennomsnittsverdi på 0,88 gram (Folkehelseinstituttet)
- 1 gram, med normal variasjon fra 0,5 til 3 gram (Uteseksjonen i Oslo kommune)
- 0,5–1 gram (Helse- og overdoseteamet i Trondheim kommune)
- Vanskelig å svare på, noen brukere besøker brukerrommet én gang i måneden, andre fem ganger i løpet av en dag (Mottaks- og omsorgsenteret Gyldenpris i Bergen kommune)
- 0,2–2 gram (FHN)
- Fra 0,25 gram til flere gram, avhengig av tilgang og kvalitet (MARBORG)
- Enkelte injiserer i dag opptil 5 gram heroin daglig, og langt større mengder ville kreves dersom de skulle røyke det (FTR)
- Dette er det ikke mulig å svare kort og treffsikkert på. Det vil være svært store variasjoner mellom stofftyper, inntaksmåte, en uerfaren førstegangsbruker og en tungt rusavhengig med mer (NNPF)

Svarene tegner også et nokså ulikt bilde av hva som kan regnes som normal variasjon når det gjelder hva som anses som en normal *brukerdose* heroin:

- Resultatene av en spørreundersøkelse med spørsmål om mengde i siste skudd ga en medianverdi på 0,25 gram og en gjennomsnittsverdi på 0,36 gram (Folkehelseinstituttet)
- 0,5 gram, med variasjon fra 0,2 til 1 gram (Ute-seksjonen i Oslo kommune)
- 0,2–0,5 gram (FHN)
- 1/8 til 1/4 gram (Helse- og overdoseteamet i Trondheim kommune)
- 0,25 gram er mest vanlig. Fra 0,1 til 1 gram oppgis, men 1 gram er svært sjeldent. Den vanligste «store» dosen er 0,5 gram. (Mottaks- og omsorgssenteret Gyldenpris i Bergen kommune)
- Politidirektoratet har påpekt at brukerdosen av et stoff ikke er en klart definert mengde, men varierer svært mye både ut fra stoffblandings styrkegrad og fra én bruker til en annen, avhengig av hvor tilvent brukeren er, eller hvor sterk rus som ønskes. I vedlegget til brevet vises en beregning av hvilken stoffmengde som gir 1 *rusdose*, som defineres som den mengden som medfører psykomotorisk påvirkning svarende til cirka 1 promille alkohol i blod.¹⁹ Dersom den gjennomsnittlige styrkegraden (15 %) i analyserte heroinbeslag i første halvår av 2019 legges til grunn, tilsvarer dette 0,07 gram. Stoffmengden blir 0,25 gram hvis en lav styrkegrad (4 %) legges til grunn.
- I svaret fra Politidirektoratet er det dessuten vist til en avgjørelse fra Høyesterett der det drøftes hva som bør anses å utgjøre en gjennomsnittlig rusdose injisert heroin for en ikke-tilvent person. Fra avgjørelsen hitsettes (utvalgets utheving):²⁰

«En rusdose injisert heroin er av de sakkyn-dige anslått til 10 mg ren heroin for en ikke tilvent person. Heroinen som er beslaglagt i Norge i perioden 2000 til 2010, har i gjennomsnitt hatt en styrkegrad på 30 prosent. Ved sammenligning mellom opium og heroin må det tas utgangspunkt i den gjennomsnittlige styrkegraden, jf. Rt. 2010 side 1391 avsnitt 16. Dette betyr at jeg for min sammenlikning tar utgangspunkt i at *en gjennomsnittlig rusdose injisert heroin veier 30 mg.*»

13.5.2.3 Hensyn som gjør seg gjeldende ved fastsettelsen av terskelverdier

Ved fastsettelsen av terskelverdier som regnes til eget forbruk, er det en rekke mulige hensyn som bør vurderes.

Ved pådømmelsen av saker om oppbevaring av narkotika til egen bruk er det ikke uvanlig at retten påpeker at stoff i en viss mengde innebærer en *spredningsfare* selv om det anses bevist at stoffet var tiltenkt domfeltes egen bruk.²¹ En slik spredningsfare utgjør da en del av begrunnelsen for at det av allmennpreventive grunner må reageres med en ubetinget fengselsstraff. Etter utvalgets syn er det naturlig å ta utgangspunkt i at stoffet i slike tilfeller har nådd en sluttbruker som normalt vil innta stoffet innen kort tid. I seg selv er det vanskelig å se grunner til å legge stor vekt på en slik abstrakt og generell spredningsfare som det er gjort i rettspraksis der det er idømt ubetinget fengselsstraff for oppbevaring av mindre mengder heroin til egen bruk. De aktuelle brukerdosene har i disse tilfellene allerede nådd sluttbrukerleddet og er med andre ord allerede spredt. Det kan riktignok være en fare for videre spredning i form av deling eller småsalg på brukernivå. I hvert fall når det er tale om en begrenset mengde som det fremstår sannsynlig at innehaveren vil komme til å konsumere i nær fremtid, er det imidlertid lite nærliggende å legge noen særlig vekt på at brukeren kunne komme til å ombestemme seg og likevel avhende stoffet til en annen i stedet for å bruke det selv.

Fastsettelse av grenseverdier for utvalgets modell kan også tenkes å påvirke adferden til kjøpere og selgere i markedet for narkotika på ulike vis. For det første har det blitt påpekt for utvalget av Norsk narkotikapoliti forening (NNPF) og ulike representanter for politidistriktene som utvalget har møtt, at selgere ofte tilpasser seg terskelverdier, blant annet foreleggs-grensene som er satt av riksadvokaten.²² En høy terskelverdi kan gjøre det vanskelig å skille selgere fra sluttbrukere og gjøre det mer krevende for politiet å bevise at en selger oppbevarer stoff med sikte på videresalg. Dette fremstår først og fremst som et bevismessig spørsmål i straffesaker mot selgere av narkotika. Med tanke på at det i strafferetten gjelder en uskyldspresumsjon, vil påtalemyndigheten i politiet uansett måtte finne

¹⁹ Samferdselsdepartementet (2015) s. 12.

²⁰ Rt. 2011 s. 1313, avsnitt 15. Avgjørelsen vises til som HR-2011-01957 i vedlegget til Politidirektoratets brev.

²¹ Slike uttalelser finnes i LB-2013-164561, som gjaldt oppbevaring av 3,47 gram heroin og LG-2010-26733 som gjaldt oppbevaring av 3 gram heroin.

²² Riksadvokatens rundskriv nr. 2/2014.

det bevist utover enhver rimelig tvil at personen har solgt narkotika, eller foretar handlinger med salgshensikt, for å straffeforfølge en person for salg. Som beskrevet i kapittel 14, vil politiet i alle tilfeller kunne beslaglegge avdekket narkotika.

Det kan også tenkes at kjøperne vil inneha større mengder enn tidligere dersom grensene settes høyere enn dagens foreleggsgrenser. Ved innehav av en større mengde kan det tenkes at den enkeltes forbruk også kan øke. Funn innen adferdsøkonomi tilsier for eksempel at størrelsen på en middagstallerken eller matemballasje har innvirkning på hvor mye en person spiser.²³ Utvalget kjenner ikke til forskning på tilsvarende effekter av terskelverdier på adferd blant personer som bruker narkotika. I den grad høyere terskelverdier enn dagens foreleggsgrense medfører at det kjøpes større mengder av gangen, og kjøperne av denne grunn innehar mer stoff på én gang enn tidligere, kan det derfor ikke utelukkes at kjøperen kan konsumere mer narkotika innenfor et gitt tidsrom. Det er imidlertid grunn til å stille spørsmål ved om rusavhengige personers valg mellom å kjøpe for eksempel 1 gram eller 5 gram heroin på én gang vil styres av en terskelverdi for straffansvar. Andre faktorer, for eksempel personens tilgang på penger, tilvenning til stoffet og helsetilstand, fremstår som viktige faktorer i denne forbindelse.

Det vil være slik at det gis en kvantumsrabatt, for eksempel ved kjøp av mer enn bare noen få brukerdoser, for eksempel 5 gram med heroin. I den grad en bruker har de nødvendige kontaktene og pengene til å anskaffe en slik mengde heroin, kan det ha en positiv effekt (for bruker) i form av redusert stressnivå og at vedkommende kan redusere kontakten med selgere. Dersom dette blir mer utbredt, vil det kunne innebære at den gjennomsnittlige kjøpsprisen per gram blir noe redusert, noe som i prinsippet kan føre til at brukere får råd til mer stoff. Det er imidlertid betydningsfulle økonomiske og praktiske begrensninger som gjør seg gjeldende i rusmiljøene, og som gjør at det kan fremstå lite ønskelig å inneha mer enn svært små mengder av gangen. Større kjøp krever betalingsevne. Det er dessuten en risiko for at den mengden som brukeren innehar på én gang, kan bli stjålet av andre som bruker rusmidlene, eller bli beslaglagt av politiet, noe som på kort sikt medfører en økonomisk og velferdsmessig belastning for en bruker med rusavhengighet. En slik mulighet for tyveri eller ran

²³ Thaler og Sunstein (2009) s. 43–44, med henvisning til Wansink (2006).

og at politiet beslaglegger stoffet, vil foreligge også etter innføringen av en slik reform som utvalget foreslår. En tilbakemelding fra Uteseksjonen i Oslo kommune er at personer i åpne russcener ofte begrenser seg til en slik bruk som i miljøet omtales som å «holde seg frisk». Det vil si at de bruker en dosering som er tilstrekkelig til å unngå abstinenssymptomer, og noe sjeldnere tar en noe større dose for å oppnå en rusopplevelse.

På grunnlag av disse forutsetningene er det krevende på forhånd å danne seg et klart bilde av hvordan innføring av terskelverdier eventuelt vil påvirke mengden av rusmidler som kjøpes og brukes.

Oppgaven kompliseres ytterligere av at det ikke er vanntette skott mellom kjøpere og selgere i markedet. Etter opplysninger utvalget har fått fra blant andre Uteseksjonen i Oslo kommune, er det ikke uvanlig at personer med avhengighet og et betydelig forbruk av rusmidler kjøper en noe større mengde enn hva de selv har behov for på kort sikt. Ved kjøp av en større mengde oppnår kjøperen en betydelig kvantumsrabatt sammenlignet med enhetsprisen ved kjøp av én enkelt eller noen få brukerdoser, noe som gir mulighet for videresalg med fortjeneste av brukerdoser enkeltvis. Daglig bruk av de fleste illegale rusmidler medfører et betydelig kostnadsnivå, og noen vil foretrekke å finansiere sin egen bruk gjennom kjøp og videresalg med fortjeneste fremfor alternative kilder til kortsiktig inntekt, som tiggings, vinningskriminalitet eller salg av seksuelle tjenester.

Dersom en forutsetter at det kan trekkes et klart skille mellom kjøpere og selgere, kompliseres også bildet av at brukerne langt ifra er en ensartet gruppe. Ulike bruksmønstre og preferanser, samt ulik grad av tilvenning, gjør at mengden enkeltpersoner kjøper og bruker over en gitt periode, varierer i et nokså betydelig spenn.

Det er ikke mulig å sette en terskelverdi for straffbarhet som vil skape et perfekt skille mellom forbrukere og forhandlere i praksis.²⁴ Til dette er variasjonen mellom de ulike brukerne, og mellom de ulike selgerne, for stor.

Terskelverdier som settes relativt høyt i spennet av forventet variasjon blant brukerne, vil kunne gjøre det enklere for selgere å innrette sin

²⁴ Se en lignende konklusjon fremgår i omtalen av forsøk på å finne terskelverdier for cannabis i andre europeiske land i EMCDDA (2017b) s. 14. I Storbritannia ble det innført terskelverdier for å skille bruksrelaterte narkotikaovertrедelser fra salgsrelaterte. Etter gjennomførte høringsrunder om regelen ble det konkludert med at det ikke finnes noen universelt riktige terskelverdier.

virksomhet og unngå straffansvar enn hvis terskelverdiene var lavere. Noen selgere vil kunne bli ansett kun som brukere, slik at de får en sivilrettslig reaksjon i stedet for å bli straffeforfulgt for oppbevaring med sikte på videresalg. Dersom det foreligger tilstrekkelig bevis for at stoffet ikke var til egen bruk, vil de imidlertid kunne straffes for oppbevaring selv om mengden er innenfor terskelverdiene.

Terskelverdier som settes relativt *lavt* i spennet av forventet variasjon blant brukerne, vil på sin side føre til at flere av dem som bruker narkotika, og som skulle være i målgruppen for de sivilrettslige reaksjonene, blir straffeforfulgt på grunn av befatning med narkotika ment for egen bruk, enn hvis terskelverdiene var høyere. Derimot vil det kunne være enklere å straffeforfølge dem som oppbevarer narkotika med sikte på videresalg, uten at det må bevises at stoffet ikke var til personens egen bruk.

13.5.2.4 Utvalgets forslag til terskelverdier

På grunn av det komplekse forholdet mellom personkretsene av kjøpere og selgere, samt den betydelige variasjonen mellom personer som bruker narkotika, bør terskelverdier etter utvalgets syn ikke alene være avgjørende for om en person skal møtes med helserettede tiltak innenfor utvalgets modell.

Dersom en person innehar en mindre mengde narkotika, men det foreligger konkrete omstendigheter som tilsier at personen innehar dette med sikte på videresalg, bør terskelverdien ikke være til hinder for etterforskning og eventuelt straffeforfølging. Dette vil gi politiet, påtalemyndigheten og rettsvesenet et handlingsrom til å finne materielt riktige løsninger i enkeltsaker, slik at oppbevaring med sikte på videresalg etterforskes og straffeforfølges.

Dette innebærer at det kan få avgjørende betydning i enkeltsaker hvorvidt det foreligger konkrete holdepunkter for at stoff er tiltenkt egen bruk eller videresalg. Se punkt 13.4.1 ovenfor om avgrensningen av «egen bruk».

Etter utvalgets syn vil det ikke være hensiktsmessig å etablere en norm som baserer seg på et *objektivt* standardisert nivå for døgnforbruk eller lignende. Mengden som inngår i en persons bruk av rusmidler, vil variere i betydelig grad mellom personer, og den vil også kunne variere over tid for samme person. På den annen side fremstår det meget ressurskrevende dersom det i hver enkelt sak blir strengt nødvendig å foreta en *subjektiv* vurdering av hver enkelt persons gjennomsnitt-

lige døgnforbruk, eller gjennomsnittlig brukerdose for enkeltpersonen. En slik ordning ville dessuten ikke gi tilstrekkelig forutberegnelighet om grensen for straffbare handlinger. Det bør derfor, etter utvalgets syn, fastsettes terskelverdier i form av *absolutte mengdeangivelser*.

Den konkrete fastsettelsen av den øvre grensen for *ulovlig*, men ikke *straffbar* befatning med narkotika til egen bruk vil, som vist i punktene ovenfor, nødvendigvis innebære en avveining mellom en rekke ulike hensyn. Utvalget har ved denne avveiningen delt seg i et flertall og et mindretall.

Flertallet, alle utvalgsmedlemmene unntatt Amundal og Swahn, har lagt vekt på å sette terskelverdier som er tilstrekkelig høye til at de fanger opp det som kan forventes som normal variasjon blant brukere. Innehav av narkotika innenfor disse tersklene vil kunne straffeforfølges når det ikke er til egen bruk. Der det foreligger rimelig grunn til å etterforske om stoffet ikke var til egen bruk, vil det kunne iverksettes etterforskning etter straffeprosesslovens alminnelige bestemmelser.

Mindretallet, utvalgsmedlemmene Amundal og Swahn, har funnet flertallets forslag til terskelverdier for høye for enkelte av stoffene. Mindretallet legger vekt på at så vel kjøpere som selgere vil innrette seg etter terskelverdiene. For høye terskelverdier vil trolig gjøre det vanskeligere å håndheve straffebudet mot oppbevaring av narkotika med sikte på videresalg, noe som vil gjøre samfunnets bekjempelse av narkotikaproblemet mindre effektiv. Det legges også vekt på at kjøpere vil kunne komme til å anskaffe og besitte mer narkotika av gangen enn de gjør i dag. Dette kan innebære en større risiko for spredning i sluttbrukerleddet til personer som ellers ikke ville vært i kontakt med stoffet, eller at narkotika kommer på avveie. Det innebærer også en fare for at brukerne inntar mer av stoffet av gangen, noe som blant annet innebærer en økt risiko for overdoser.

Forslagene til terskelverdier fremgår av tabell 13.1. Både flertallets og mindretallets forslag har tatt utgangspunkt i styrkegrad på de ulike stoffene slik de forekommer i narkotikamarkedet per i dag. Utvalget har kommet til at det ikke bør ha betydning for anvendelsen av *terskelverdiene* som sådan om stoffet avviker fra den normale styrkegraden. Dersom det derimot foreligger opplysninger om at stoffet er av unormalt høy styrkegrad, slik at det tilsvarer svært mange flere brukerdoser enn dersom stoffet var av en mer normal renhetsgrad, vil dette kunne være en omstendig-

Tabell 13.1 Utvalgets forslag til terskelverdier

Stoff	Flertallets forslag	Mindretallets forslag
Heroin	5 gram	1 gram
Kokain	5 gram	1 gram
Amfetamin	5 gram	1 gram
GHB, GBL ¹ og 1,4-butandiol	1 desiliter	0,5 desiliter
LSD	3 lapper/«syreblottere»	1 lapp/«syreblotter»
MDMA (pulver/krytaller)	1 gram	1 gram
Cannabis	15 gram	5 gram
Sopp inneholdende psilocin/psilocybin	50 gram	50 gram
Khat	2 kg	500 gram
Legemidler (Rusdosene beregnes på samme måte som ved anvendelsen av riksadvokatens foreleggsgrenser.)	25 rusdoser	5 rusdoser

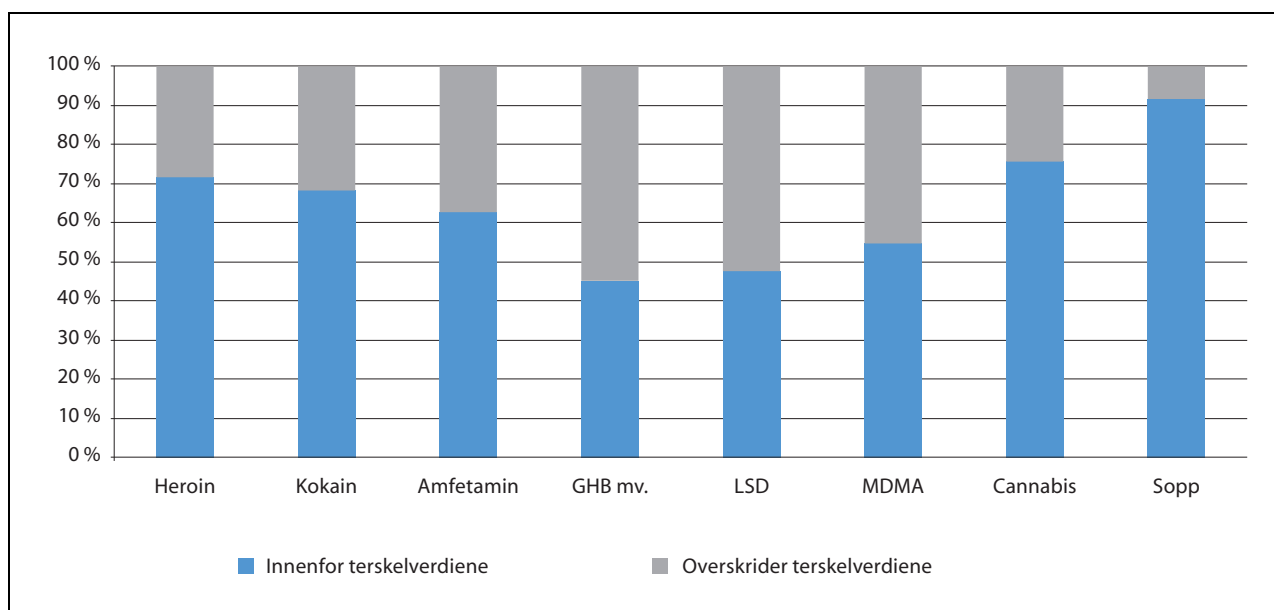
¹ Gammabutyrolakton (benyttes blant annet til fremstilling av GHB, men kan inntas direkte)

het som taler for at stoffet ikke er ment til *egen bruk*, slik at handlingene likevel er straffbare.

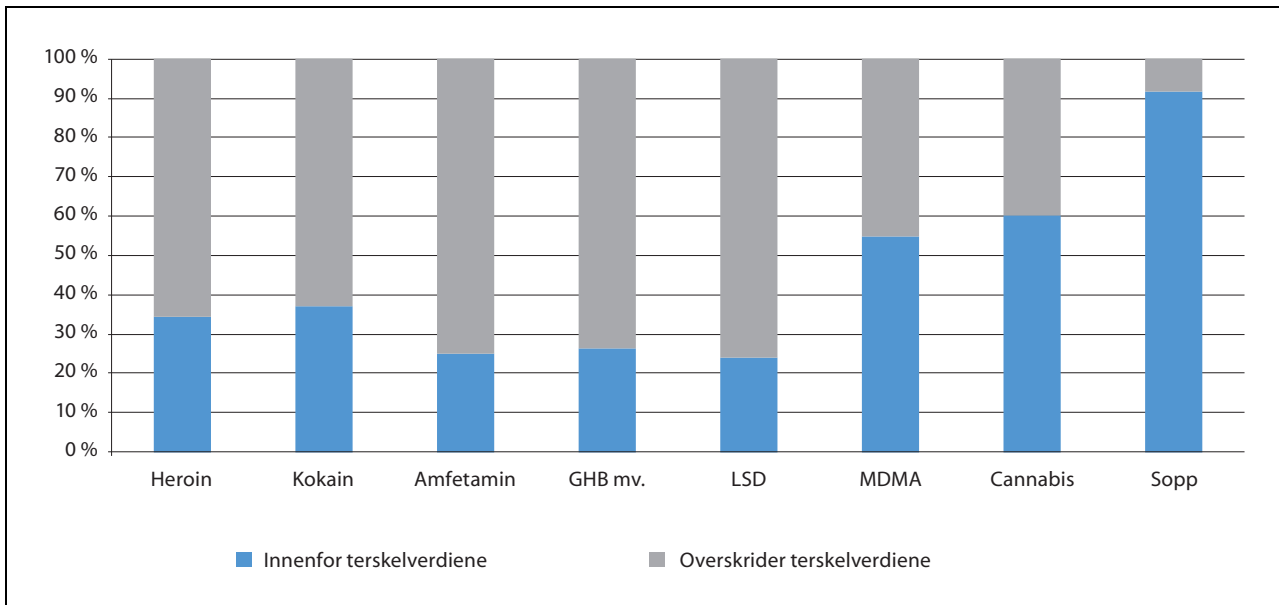
For andre stoffer enn dem som fremgår av tabellen med mengdeangivelser, vil det måtte foretas en konkret vurdering av om stoffet er til egen bruk eller ikke, eventuelt på grunnlag av etterforskning dersom det foreligger rimelig grunn til å undersøke om stoffet ikke er til egen bruk, jf. straffeprosessloven § 224.

13.5.2.5 Utvalgets foreslåtte terskelverdier anvendt på beslagsstatistikk for 1. halvår 2019

Som omtalt ovenfor, har det fra og med første halvår vært mulig for Kripos å utarbeide statistikk som viser antall beslag av ulike typer stoff, fordelt på forhåndsdefinerte mengdekategorier. Figur 13.2 og 13.3 viser hvor store andeler av



Figur 13.2 Flertallets forslag til terskelverdier anvendt på beslagsstatistikk for 1. halvår 2019 (prosent av antall beslag)



Figur 13.3 Mindretallets forslag til terskelverdier anvendt på beslagsstatistikk for 1. halvår 2019 (prosent av antall beslag)

antallet beslag av de ulike typene stoff som basert på beslagets størrelse vil kunne omfattes av henholdsvis flertallets og mindretallets forslag til terskelverdier. Det understrekes at dette kun reflekterer den *kvantitative* begrensningen i utvalgets foreslåtte modell. Det vil trolig være slik at mange av beslagene som kvantitativt faller innenfor virkeområdet til modellen likevel ikke omfattes, og fremdeles er straffbare, fordi stoffet ikke er til personens *egen bruk* (se punkt 13.5.2.1 ovenfor).

Som det fremgår av figur 13.2, vil *flertallets* forslag omfatte om lag 70 prosent av beslagene av heroin og kokain, og litt over 60 prosent av beslagene av amfetamin. For gruppen GHB med videre og LSD vil flertallets forslag omfatte litt under halvparten av beslagene, mens litt over halvparten av MDMA-beslagene omfattes. Når det gjelder cannabis og sopp omfattes henholdsvis tre av fire og ni av ti av beslagene.

Som det fremgår av figur 13.3, vil *mindretallets* forslag omfatte om lag en tredjedel av beslagene av heroin og kokain. Videre omfattes omtrent en fjerdedel av beslagene av amfetamin, GHB med videre og LSD. Når det gjelder MDMA og cannabis vil henholdsvis litt over halvparten og seks av ti beslag omfattes. Ni av ti beslag av sopp vil omfattes.

13.6 Egenskaper ved situasjonen

13.6.1 Befatning med narkotika som berører mindreårige

Det er viktig å skjerme mindreårige fra rusmidler for å hindre eller forsinke unges debut med rusmiddelbruk. Det er også viktig å skjerme tredjepersoner, og særlig mindreårige, fra negative opplevelser knyttet til andre personers rusmiddelbruk.

På grunnlag av den interessen samfunnet har i å verne mindreårige, har utvalget vurdert om det bør opprettholdes et straffansvar for befatning med rusmidler til egen bruk der bruken berører mindreårige på en negativ måte, altså der barnet får en negativ opplevelse eller utsettes for fare for skade. Formålet med et slikt unntak fra utvalgets foreslåtte modell måtte i så fall være at myndighetene fortsatt skal kunne reagere med straff overfor personer som utsetter mindreårige for potensielle negative skadevirkninger av rusmiddelbruk.

En slik løsning reiser flere utfordringer. For det første vil det måtte finnes en presis og forutberegnelig måte å avgrense straffansvaret på, som verner den aktuelle interessen. Den fysiske avstanden eller nærheten mellom personen som bruker rusmiddelet og barnet kan ikke i seg selv være avgjørende. For eksempel er det vanskelig å se tilstrekkelig gode grunner til å straffe en person som bruker narkotika i nærheten av en min-

dreårig dersom den mindreårige er uvitende om og uberørt av rusmiddelbruken. En eventuell regel måtte trolig i alle fall inneholde et vilkår om at bruken må medføre skade, eller fare for skade, på en mindreårig. Det er imidlertid ikke uten videre klart hvordan et slikt vilkår kunne formuleres på en måte som både oppfyller formålet og oppfyller de krav til klarhet som må stilles til lovgivning på strafferettens område.

Eksisterende straffebud som ikke vil bli berørt av utvalgets forslag, gir dessuten et vern for mindreårige. Det å forsyne mindreårige med rusmidler, med eller uten vederlag, vil forbli straffbart, jf. straffeloven § 231. Der en annen persons rusmiddelbruk går utover barn, vil forholdet kunne rammes av andre straffebud som utvalgets forslag ikke endrer ved. I situasjoner der den mindreåriges omsorgspersoner som følge av rusmiddelbruk ikke gir barnet tilstrekkelig omsorg, kan det etter omstendighetene oppstå så vidt alvorlige situasjoner at adferden er straffbar etter straffeloven § 288, som rammer den som hensetter en annen i en hjelpeløs tilstand eller unnlater å hjelpe noen som personen har en plikt til å dra omsorg for.²⁵ Unnlattelse av å gi stell og pleie kan, i alvorlige tilfeller, antas å utgjøre en form for mishandling som omfattes av uttrykket «andre krenkelsers» i straffeloven § 282 om mishandling i nære relasjoner.²⁶ Det finnes altså allerede i dag en rekke straffebud som retter seg mot situasjoner der rusmiddelbruk har negative konsekvenser for barn.

Utenfor disse alvorlige tilfellene, som rammes av et strengt straffansvar, kan omsorgspersoners rusmiddelbruk utløse inngrep fra myndighetenes side i form av undersøkelser og tiltak som ikke krever samtykke fra familien det gjelder, jf. barnevernsloven kapittel 4, eventuelt med politiets bistand, jf. barnevernsloven § 6-8.

Sett i lys av disse eksisterende straffebudene og inngrepshjemlene, legger utvalget til grunn at det ikke synes å være noe klart behov for et særskilt unntak fra utvalgets modell for tilfeller der personer bruker narkotika på en måte som berører barn. Det vil kunne være av stor betydning at det intervensjonstidlig overfor narkotikabruk hos

personer med omsorg for barn. Personer med omsorg for barn bør derfor ikke utelukkes fra utvalgets foreslåtte modell, som er ment å fremme slik intervensjon og kontakt med offentlige hjelpe-tjenester. Slike tiltak har et potensial til å gi betydelige positive effekter for barnets oppvekstsvilkår.

13.6.2 Befatning med narkotika på offentlig sted

Berusede personer kan utgjøre en forstyrrelse av den alminnelige fred og orden og kan forulempe andre. Dette er straffbart etter straffeloven § 181 om ordensforstyrrelse, og det ligger utenfor utvalgets mandat å utrede hvorvidt dette straffebudet bør endres. Politiets adgang til å innbringe berusede personer etter politiloven § 9 og politiinstruksen kapittel 9 gir dessuten betydelige hjemler for inngrep. Etter utvalgets syn representerer dette inngrepshjemler som ivaretar ordensinteresser i samfunnet.

Et straffansvar for befatning med narkotika til egen bruk på offentlig sted, eller for å være påvirket av narkotika på offentlig sted, ville i realiteten innebære at personer som jevnlig bruker slike rusmidler, fremdeles i stor utstrekning vil bli straffet for handlinger som er uløselig knyttet til rusmiddelbruken. Dette ville i ikke ubetydelig grad undergrave formålene med rusreformen. Utvalget er derfor av den klare oppfatning at det ikke skal opprettholdes et straffeansvar for befatning med narkotika til egen bruk på offentlig sted.

13.6.3 Bruk i institusjoner, bestemte yrker med videre

Utvalget foreslår ingen endringer i særskilte forbud mot bruk eller innehav av narkotika som gjelder for personer i institusjoner eller bestemte yrker eller tjenesteplikter. I slike kontrollerte omgivelser vil det etter utvalgets foreslåtte modell være en uendret adgang for ansvarlige myndigheter til å fastsette regelverk med forbud eller restriksjoner på bruk av rusmidler samt bestemmelser for å avdekke brudd på regelverket og sanksjonering av dette.

På bakgrunn av at særskilte straffebud kan fastsettes i spesiallovgivningen, er det ikke behov for å gjøre unntak for slike sektorer i utvalgets foreslåtte generelle bestemmelser.

²⁵ Foreldreansvaret innebærer en lovbestemt plikt til å gi barnet «omsut og omtanke», jf. barneloven § 30, og danner grunnlag for en slik omsorgsplikt som straffeloven § 288 forutsetter.

²⁶ Se Ot.prp. nr. 113 (2004–2005), s. 45.

Kapittel 14

Avdekking av bruk og tilhørende befatning med narkotika – pålegg om oppmøteplikt for en rådgivningsenhet – politiets og andres rolle

14.1 Innledning

I dette kapitlet behandles spørsmål knyttet til avdekking av befatning med narkotika som faller inn under virkeområdet for utvalgets foreslåtte modell.

Fordi utvalget foreslår avkriminalisering av bruk av narkotika, samt av erverv og innehav av små mengder til egen bruk, vil det ikke lenger kunne brukes straffeprosessuelle tvangsmidler for å avdekke slike handlinger. Straffeprosessuelle tvangsmidler vil imidlertid kunne brukes til å avdekke befatning med narkotika i forbindelse med etterforskning av overtredelser av straffeloven § 231, herunder salg, tilvirkning eller innførsel av narkotika.

Innbyggernes bruk av narkotika skjer oftest i skjermede omgivelser og uten noen fornærmet i tradisjonell forstand. Avdekkingsgraden er per i dag utvilsomt lav.

Utvalget legger til grunn at det offentlige også etter en avkriminalisering bør ha tilgjengelig virkemidler for å avdekke bruk og tilhørende befatning med narkotika.¹ Avdekking kan være en forutsetning for tidlig intervensjon for å avverge en uheldig utvikling for den enkelte bruker samt for mulighetene til å motarbeide omsetning av narkotika. Uten virkemidler for avdekking ville for øvrig det fortsatte forbudet mot bruk av narkotika kunne få liten praktisk realitet. Avdekkingen ville i så fall begrense seg til de rene tilfeldighetsfunn.

I punkt 14.2 gjøres det rede for utvalgets vurdering av om ansvar for avdekking av ulovlig bruk av narkotika – og eventuelt myndighet til å pålegge oppmøte for en rådgivningsenhet – bør tillegges (også) andre enn politiet. Deretter gjøres det i punkt 14.3 rede for utvalgets syn på politiets

rolle ved avdekking av avkriminaliserte narkotikalovbrudd og for utvalgets vurdering av om personer som får bistand av politi og ambulansepersonell ved overdoser, skal inngå i modellen utvalget foreslår. I punkt 14.4 drøftes spørsmålet om hvorvidt personer som bryter lov eller forskrift under påvirkning av alkohol, skal omfattes av modellen. Avslutningsvis drøftes muligheten for å benytte den nye modellen overfor personer som har en befatning med ulovlige rusmidler som ikke omfattes av forslaget til avkriminalisering punkt 14.5.

14.2 Bør andre etater enn politiet ha ansvar for avdekking av bruk og tilhørende befatning med narkotika?

14.2.1 Utgangspunkter for vurderingen

I mandatets punkt 1 heter det at reformen omhandler personer som *tas* for bruk og besittelse av illegale rusmidler til egen bruk, og at regjeringen vil gjennomføre en rusreform der ansvaret for samfunnets reaksjoner på slik bruk «overføres fra justissektoren til helsetjenesten». Videre viser mandatet til Jeløya-plattformen fra 2018² og gjengir en formulering der om at *politiet* skal kunne pålegge at den rusavhengige skal møtes med *helserettede tiltak*.

Etter utvalgets forslag vil bruk av narkotika, samt erverv og innehav av mindre mengder narkotika til egen bruk, ikke lenger være en straffbar handling. Det vil likevel være slik at politiets oppgaveløsning vil spille en betydelig rolle for hvordan utvalgets modell vil fungere i praksis. Politiet kan ha et behov for å avdekke befatning med narkotika, herunder som et ledd i politiets arbeid med å forebygge og etterforske straffbare narkotikalovbrudd og annen kriminalitet. Det er

¹ Se også Granavolden-plattformen, Regjeringen (2019d): «Politiet kan fortsatt avdekke bruk og besittelse og jobbe forebyggende, særlig blant ungdom.»

² Regjeringen (2018).

også en kjensgjerning at politiet i forbindelse med løsningen av andre oppdrag, som i utgangspunktet ikke gjelder mistanke om et straffbart narkotikalovbrudd, ikke sjelden gjør tilfeldighetsfunn av narkotika.

Selv om politiet på denne bakgrunn fortsatt vil ha en avdekkerfunksjon etter en avkriminalisering, er det et prinsipielt spørsmål om ansvaret for å håndheve et *sivilrettslig forbud* mot bruk og tilhørende befatning med narkotika bør ligge hos politiet eller til andre offentlige myndigheter eller andre instanser. Også personer som ikke blir «tatt» av politiet for narkotikalovbrudd, kan ha et udekket behov for helse- og velferdstjenester knyttet til narkotikabruk som ikke er kjent for det aktuelle tjenesteapparatet. Særlig med tanke på denne gruppen kan det stilles spørsmål om hvorvidt også andre instanser enn politiet – for eksempel helse- eller sosialtjenesten, skolesektoren og barneverntjenesten, foreldre og foresatte eller arbeidsgivere – bør kunne kanalisere brukere av narkotika inn i utvalgets foreslåtte modell, uten at saken behøver å gå veien om politiet.

For hver av de andre instansene, ved siden av politiet, som kunne være aktuelle kandidater for et slikt ansvar, oppstår det to problemstillinger som må vurderes særskilt. For det første må det vurderes om det er tilrådelig at den aktuelle instansen gis hjemler til å anvende slike virkemidler som er nødvendig for å *undersøke* narkotikabruk på en betryggende måte, herunder inngripende virkemidler. For det andre må det vurderes om det er tilrådelig at instansen gis hjemmel til å pålegge oppmøteplikt for rådgivningsenheten som utvalget foreslår.

Utvalget mener det er gode grunner til å trekke et prinsipielt skille mellom på den ene side den avdekkingen av narkotika som gjøres av politiet og tollvesenet, som er gitt i oppgave å håndheve narkotikaforbudet som sådan, og på den annen side identifisering av narkotikabruk som skjer hos andre instanser. Felles for de sistnevnte instansene er at de kan ha saklige grunner til å spørre om personers forhold til narkotika, men at formålet ikke primært er å håndheve et narkotikaforbud *som sådan*, slik tilfellet er for politiet og tollvesenet. Formålet med kontrollen eller undersøkelser vil i slike tilfeller gjerne knytte seg til å motvirke uønsket bruk av så vel legale som illegale rusmidler hos bestemte personer eller i bestemte situasjoner eller å hjelpe personer som har utviklet eller står i fare for å utvikle et rusproblem.

For å tydeliggjøre dette skillet omtales politiets og tollvesenets oppdagelse og undersøkelse

av bruk av narkotika i det følgende som *avdekking*, mens oppdagelse og undersøkelse av bruk av narkotika i de øvrige instansene nevnt ovenfor omtales som *identifisering*.

I de følgende punktene, som gjelder ulike offentlige organer og private aktører som kan tenkes å identifisere bruk av narkotika, vil det begrunnes hvorfor utvalget mener disse organene og aktørene ikke bør tillegges slikt ansvar og myndighet som normalt forbindes med retts håndhevende virksomhet overfor enkeltpersoner.

14.2.2 Helse- og velferdstjenestene

Personell i helse- og omsorgstjenesten, herunder fastleger, psykologer og annet helsepersonell, sosialtjenesten og barnverntjenesten vil i mange tilfeller identifisere bruk av narkotika i sin kontakt med pasienter og brukere.

Helse- og velferdstjenestene skal sikre at personer får tilbud om tjenester de har behov for, fra den instansen som har ansvaret, uavhengig av hvilken tjeneste som først kommer i kontakt med vedkommende. Tilbud om tjenester knyttet til personens rusmiddelbruk mottas i utgangspunktet på frivillig basis. Bare i særlige tilfeller kan det anvendes tvang overfor brukere av tjenestene, for eksempel etter reglene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 og barnevernloven kapittel 4.

Tjenesteyternes taushetsplikt er en forutsetning for tillitsforholdet med tjenestemottageren. I noen få situasjoner viker denne taushetsplikten. Dette gjelder blant annet dersom en lege, psykolog eller optiker finner at en pasient med førerkort for motorvogn ikke oppfyller de helsemessige kravene som stilles, som blant annet innebærer et krav om edruelighet,³ der tilstanden antas ikke å være kortvarig, jf. helsepersonelloven § 34 første ledd. I noen tilfeller kan bruk av narkotika utløse en varslingsplikt til barnevernet etter barnevernloven § 6-4. Disse bestemmelsene er ment å avverge uønskede hendelser av så alvorlig karakter at det rettfærdiggjør inngrepet i taushetsplikten og tillitsforholdet.

Utvalget mener at det vil kunne være uforenelig med grunnleggende verdier i helse- og velferdstjenestene dersom disse tjenestene mer generelt skal gis et håndhevingsansvar for et sivilrettslig narkotikaforbud overfor sine pasienter og brukere. Dette vil også kunne virke negativt for tillitsforholdet som er nødvendig for behandling og tjenesteyting basert på den enkeltes samtykke.

³ Se vegtrafikkloven § 34.

Utgangspunktet for rusreformen er å fjerne en straffetrussel og i stedet tilby hjelp, behandling og oppfølging. Det fremstår da unødvendig og lite formålstjenlig at personell som i dag allerede yter helsehjelp eller annen bistand som springer ut av en persons bruk av narkotika, heretter skal reagere overfor slike funn med tiltak som har karakter av reaksjon på et lovbrudd.

Disse forutsetningene taler imot å gi helse- og velferdstjenestene nye undersøkeshjemler for å avdekke bruk av narkotika, eller befatning med narkotika til egen bruk, uten samtykke fra vedkommende pasient eller bruker.

I situasjoner der tjenestene får kjennskap til narkotikabruk uten bruk av nye undersøkelsesmetoder, kan det spørres om de bør kunne gi pålegg om oppmøte for rådgivningsenheten for oppfølging innenfor utvalgets foreslåtte modell. I disse tilfellene vil det imidlertid allerede være kontakt med helse- og velferdstjenester, og et viktig mål vil være å komme i posisjon til å gi informasjon og bistand på en måte som brukeren selv ønsker og er motivert for. I en slik situasjon er det vanskelig å se for seg at det vil være formålstjenlig at vedkommende pålegges en oppmøteplikt som en reaksjon på lovbruddet. Derimot må tjenestene vurdere om vilkårene er oppfylt for undersøkelse eller tiltak uten personens samtykke etter eksisterende regler.

14.2.3 Forsvaret

I forarbeidene til forsvarsloven er det beskrevet flere viktige hensyn som taler for pliktmessig avhold og kontroll med rusmiddelbruk i Forsvaret:⁴

«I Forsvaret håndterer personellet våpen, ammunisjon, eksplosiver og annet farlig materiell som ved uforsvarlig bruk kan forårsake store skader på mennesker og kostbart materiell. Det er også behov for et slikt forbud fordi personellet i sin tjeneste vil kunne få adgang til informasjon av betydning for rikets sikkerhet eller Norges forhold til fremmede makter. Bruk av rusmidler fører til svekket kontroll og vurderingsevne, og vil derfor representere en fare for sikkerheten. I tillegg er avhold fra bruk av rusmidler i tjenesten viktig fordi misbruk virker nedbrytende på disiplin og moral og dermed på evnen til å gjennomføre de oppgaver som Forsvaret måtte bli pålagt.»

⁴ Prop. 102 L (2015–2016) *Lov om verneplikt og tjeneste i Forsvaret m.m. (forsvarsloven)* s. 139.

Det er opprettet en egen narkotikagruppe under Forsvarets personell- og vernepliktssenter (FPVS), som gjennom forebyggende tiltak og kontrolltiltak arbeider for å hindre narkotika- og dopinglovbrudd. Det er også innført rusmiddelnemnder og ruskontakter. Forsvarssjefen har fastsatt et rusmiddeldirektiv med det uttalte mål å «forebygge rusmiddelmisbruk og tilby hjelp til eventuelle misbrukere i Forsvaret, i den hensikt å bli kvitt misbruket – ikke misbrukeren».⁵

FPVS har i innspill til utvalget bemerket at hjemlene for ransaking og beslag etter straffeprosessloven er «grunnpilarer for det forebyggende arbeidet mot narkotika også i Forsvaret». Ransaking og beslag etter straffeprosessloven kan ikke gjøres i forebyggende øyemed i snever forstand, men skjer som ledd i etterforskningen av et straffbart forhold. Det antas derfor at det med dette har vært ment at muligheten for ransaking og beslag i enkelttilfeller, der straffeprosesslovens vilkår er oppfylt, anses nødvendig for å opprettholde en troverdig oppdagelsesrisiko og adekvat håndhevingsintensitet for lovbrudd.

Når det gjelder mulighetene for å identifisere bruk av narkotika i Forsvaret, kan tjenesteppliktige i Forsvaret gjennom rutinekontroll eller stikkprøve uten mistanke pålegges foreløpig rustesting etter samme prosedyrer som foreskrevet i vegtrafikkloven § 22 a første ledd, jf. forsvarsloven § 62 annet ledd annet punktum.⁶ Beslutning om dette kan treffes av en med politimyndighet i Forsvaret, jf. § 62 fjerde ledd.⁷ Hvis resultatet av en slik foreløpig test eller andre forhold gir grunn til å tro at en tjenesteppliktig har brutt avholdsplikten etter forsvarsloven § 62 første ledd, kan det gjennomføres undersøkelse i samsvar med vegtrafikkloven § 22 a andre og tredje ledd, som nevner blant annet blodprøve og klinisk legeundersøkelse, jf. forsvarsloven § 62 tredje ledd. Denne undersøkeshjemmelen, som har til formål å forhindre ulykker,⁸ avhenger ikke av *lovligheten* av rusmidlene det testes for, men knytter seg til avholdsplikten.

Når det gjelder undersøkelse rettet mot rusmidler som personen besitter eller oppbevarer, gir den alminnelige militære underordning og den

⁵ Forsvarssjefen (09.09.2009) s. 5.

⁶ Se også Prop. 102 L (2015–2016), s. 108–109 og 139 om lovutkastets § 63, som ble vedtatt som § 62.

⁷ I medhold av lov om politimyndighet i forsvarret § 1 har offiserer, befal, militærpoliti og militære vakter politimyndighet overfor alle som er på militært område eller i umiddelbar nærhet av det. For en behandling av ulike spørsmål som denne loven reiser, se Frostad (2008), s. 258–289.

⁸ Prop. 102 L (2015–2016) s. 139 venstre spalte.

militære inspeksjonsretten en vidtgående adgang til å undersøke militært område, både hva som befinner seg der, og hva som innføres eller utføres.⁹ Straffeprosessloven § 193 annet ledd gir dessuten en særskilt hjemmel til å gjennomføre straffeprosessuell ransaking i kaserne, brakke, militært fartøy og militære bygninger og rom uten at det foreligger skjellig grunn til mistanke om en handling som kan medføre frihetsstraff.

Utvalget kan ikke på dette tidspunktet se at de endringsforslag som inngår i utvalgets foreslåtte modell, skaper behov for nye undersøkeshjemler for Forsvaret *som sådan*. Forsvaret samarbeider med politiet, og det er også gitt særskilte bestemmelser om utøvelse av politimyndighet i Forsvaret i medhold av lov om politimyndighet i Forsvaret. Det kan vurderes nærmere som ledd i gjennomføringen av utvalgets foreslåtte modell hvorvidt de nye undersøkeshjemlene utvalget foreslår å tillegge *politiet*, også bør inngå i utøvelsen av politimyndighet i Forsvaret, og om dette vil kreve nye hjemler i lov om politimyndighet i Forsvaret. Den samme vurderingen bør gjøres av om politiets myndighet til å pålegge *oppmøte* for rådgivningsenheten som utvalget foreslår, skal inngå i utøvelse av politimyndighet i Forsvaret.

Et spørsmål for seg er om Forsvaret *som sådan* (sett bort fra eventuell utøvelse av *politimyndighet* i Forsvaret) bør kunne pålegge en person som er tatt for bruk av narkotika, eller for befatning med narkotika til egen bruk, å møte for rådgivningsenheten som utvalget foreslår. Vurderingen av behovet for en slik påleggshjemmel må ta hensyn til eksisterende muligheter for sanksjoner, hjelp og andre tiltak. Ved mistanke om narkotikalovbrudd vil narkotikagruppen som hovedregel varsle vedkommendes avdelingssjef. Forholdet kan lede til en ny vurdering av om personen er skikket til å ha sikkerhetsklarering, og en vurdering av tilsettingsforholdet, eventuelt dimittering. Forsvaret opplyser at personell i Forsvaret som bruker narkotika, blir anmeldt til politiet. Dersom man får en straffereaksjon for brudd på narkotika-

og dopinglovgivningen, kan dette føre til tap av sikkerhetsklarering, eventuelt også dimittering.¹⁰

Utvalgets forslag til avkriminalisering vil ikke endre forsvarsloven § 62 om pliktmessig avhold for tjenestepliktige i Forsvaret.¹¹ Overtredelse av plikten etter § 62 kan refsес etter reglene i disiplinærloven, jf. forsvarsloven § 65. Etter disiplinærloven § 5 første ledd kan følgende refselsesmidler benyttes:

- «1) Arrest inntil 20 dager
- 2) Bot som fastsettes på grunnlag av det tjenestetillegget som gjelder for vernepliktige i tjeneste:
 - a) Overfor menige, inntil 20 ganger tjenestetillegget,
 - b) Overfor militært tilsatte, tilsvarende inntil 50 ganger tjenestetillegget.
- 3) Frihetsinnskrenkning som består i forbud mot til visse tider av dagen eller hele døgn:
 - a) å gå utenfor leiren eller annet nærmere avgrenset område eller fartøy for et tidsrom inntil 30 dager, eller
 - b) å forlate fartøy for bestemte landgangsturer innen samme tidsrom.
- 4) Irettesettelse som gis i form av
 - a) streng irettesettelse i nærvær av flere vernepliktige i tjeneste eller militært tilsatte, eller
 - b) simpel irettesettelse i enerom eller i tjenestlig skriv.»

Utvalgets forslag til avkriminalisering innebærer kun at reaksjoner som direkte avhenger av *straffbarheten* av en persons narkotikabruk, ikke vil kunne anvendes.

Utvalget konstaterer at Forsvaret per i dag har en rekke virkemidler for å reagere på bruk av narkotika knyttet til den særlige sikkerhetsrisikoen legal og illegal rusmiddelbruk kan utgjøre i Forsvaret. På dette tidspunktet kan utvalget ikke se at det vil være nødvendig for Forsvaret *som sådan* å ha adgang til å gi pålegg om oppmøteplikt for den foreslåtte rådgivningsenheten dersom det identifiseres bruk av narkotika eller besittelse av narkotika til egen bruk. Forsvaret antas å kunne arbeide forebyggende med rusmiddelbruk samt håndtere identifisert rusmiddelbruk hos forsvarspersonell innenfor sitt eksisterende apparat og gjeldende

⁹ Se NOU 1988: 25 *Ny militær straffeprosesslov m.v.*, s. 43–46. Se også merknad til straffeprosessloven § 193 i Ot.prp. nr. 43 (1993–94) *Om lov om endringer i straffeprosessloven m.v. (rettergangsmåten i militære straffesaker)*, s. 28. Se også Generaladvokaten (29.03.2008). Se også vernepliktsforskriften § 86 om pliktmessig avhold, jf. forsvarsloven § 62. Forskriftsbestemmelsens femte ledd gir adgang til å kontrollere militære bygninger og rom, og kjøretøy på og i umiddelbar nærhet av militært område, for å sikre at plikten overholdes. Bestemmelsen innebærer også en plikt for tjenestepliktige til å varsle overordnede om mistanke om «andres misbruk av berusende eller bedøvende midler som kan gå ut over tjenesten».

¹⁰ Se Forsvarets nettside (2014) om Forsvarets syn på narkotika og doping. Se også Forsvarssjefen (09.09.2009).

¹¹ Se også vernepliktsforskriften § 86 om pliktmessig avhold. Uttrykket *tjenestepliktig* omfatter alle som har verneplikt, militært tilsatte og andre som har inngått kontrakt om tjeneste med Forsvaret, jf. forsvarsloven § 2.

regelverk om konsekvenser av rusmiddelbruk for ansettelsesforhold. Dersom det i tillegg til dette anses ønskelig at Forsvaret skal kunne initiere en sak som kan lede til pålegg, bør det vurderes å etablere en egen hjemmel for dette, for eksempel knyttet til utøvelse av politimyndighet i forsvaret, som er omtalt ovenfor.

Hvilken betydning bruk av narkotika, eller befatning med narkotika til egen bruk, bør ha for vurderingen av om personen fremstår tilstrekkelig pålitelig til å inneha sikkerhetsklarering, omfattes ikke av utvalgets mandat. At kjent bruk av legale og illegale rusmidler tas i betraktning ved vurdering av om personen kan ha sikkerhetsklarering, kan i Forsvaret – som i andre virksomheter der det stilles krav om sikkerhetsklarering – bidra til at rusmiddelbruk ikke skaper en uakseptabel risiko. Informasjon om rusmiddelbruk som danner grunnlag for slike vurderinger, behøver ikke nødvendigvis å springe ut av en strafferettslig etterforskning.

14.2.4 Kriminalomsorgen

Innen kriminalomsorgen vil det være et viktig mål å etablere et miljø som er mest mulig fritt for rusmidler, av hensyn til sikkerheten og til innsatte som har utviklet eller står i fare for å utvikle problemer med rusmidler. En betydelig andel av innsatte i norske fengsler har rusrelaterte problemer, og en forskningsrapport fra 2016 viste at 54 prosent av spurte innsatte hadde brukt narkotika og/eller ikke-forskrevne medikamenter månedlig eller daglig i de siste 6 månedene før soning.¹² Totalt 35 prosent av de spurte oppga at de hadde brukt narkotika eller ikke-forskrevne medisiner for å ruse seg under nåværende eller tidligere fengselsopphold.¹³

Kriminalomsorgen kan ved de fleste former for straffegjennomføring pålegge domfelte å medvirke til kontroll av bruk av rusmidler, for eksempel urinprøve, og tiltak for å undersøke om personen skjuler rusmidler på eller i kroppen.¹⁴ Disse hjemlene, som ikke stiller som vilkår at det mistenkes et *straffbart* narkotikalovbrudd, berøres

ikke av utvalgets foreslåtte modell. Utvalget kan ikke se at utvalgets forslag skaper behov for nye undersøkelseshjemler for narkotika innen kriminalomsorgen.

Spørsmålet er så om kriminalomsorgen i de tilfeller hvor det identifiseres narkotikabruk, bør kunne pålegge vedkommende oppmøte for rådgivningsenheten som inngår i utvalgets foreslåtte modell. Vurderingen av et behov for en slik påleggshjemmel må ta hensyn til eksisterende muligheter for sanksjoner og andre tiltak innenfor kriminalomsorgen. Straffegjennomføringsloven § 40 gir kriminalomsorgen adgang til å reagere overfor forsettlige og uaktsomme regelbrudd, herunder ulovlig rusmiddelbruk, med ulike reaksjoner:

«Følgende reaksjoner kan anvendes:

- a. skriftlig irettesettelse,
- b. tap av dagpenger i en bestemt periode,
- c. tap av begunstigelse,¹⁵
- d. utelukkelse fra fritidsfellesskapet eller andre aktiviteter i fritiden for et tidsrom av inntil 20 dager for brudd som utmåles i samme reaksjonssak, eller
- e. tap av adgang til permisjon for et tidsrom av inntil fire måneder.»

Innenfor kriminalomsorgen er det utvalgets oppfatning at det bør finnes rutiner og systemer som sikrer at domfelte med tjenestebehov knyttet til rusmiddelbruk får tilgang til nødvendige og forsvarelige helse- og velferdstjenester. Det vil etter utvalgets oppfatning være naturlig at kriminalomsorgen arbeider tett sammen med fengselshelse-tjenesten¹⁶ om personer som bruker narkotika under soning.

¹² Bukten mfl. (2016) s. 22–23. Se s. 8 om utvalget: «Data ble samlet inn i til sammen 57 fengselsenheter i perioden 2013–2014, og inkluderer fengsel med høyt og lavt sikkerhetsnivå, samt overgangsboliger.»

¹³ Bukten mfl. (2016) s. 26. Dette gjaldt 43 prosent av spurte menn og 25 prosent av spurte kvinner. Innsatte i institusjoner utenfor kriminalomsorgen, for eksempel institusjon etter straffegjennomføringsloven § 12, ble ikke spurt, se s. 8.

¹⁴ Se straffegjennomføringsloven § 10.

¹⁵ Straffegjennomføringsforskriften § 3-37 hjemler følgende mulige tap av begunstigelse:

- tap av tillatelse til å se på fjernsyn på innsattes rom
- tap av tillatelse til å ha privat datautstyr på innsattes rom
- tap av tillatelse til å ha tillitsjobb i eller utenfor fengselets område
- tap av tillatelse til å foreta innkjøp utover nødvendige artikler
- tap av tillatelse til å drive hobbyvirksomhet.

¹⁶ I henhold til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1 skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Plikten omfatter også innsatte i fengsel. Etter § 3-9 i samme lov skal de kommunene hvor det ligger fengsler, gi tilbud om helse- og omsorgstjenester til de innsatte. På samme måte skal de regionale helseforetakene etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon, og skal således yte spesialisthelsetjenester til innsatte i fengsler.

Andre tiltak kriminalomsorgen har anledning til å iverksette overfor domfelte som benytter rusmidler under soning, for eksempel «russamtale» (se punkt 10.5.2), vil kunne komme i tillegg. Det ligger utenfor utvalgets oppdrag å gå nærmere inn på bruk av reaksjoner i medhold av straffegjennomføringsloven § 40 og straffegjennomføringsforskriften § 3-37 overfor innsatte som bruker narkotika under soning.

Sett i lys av de muligheter som finnes per i dag for reaksjoner og oppfølging overfor ulovlig rusmiddelbruk i kriminalomsorgen, kan utvalget ikke se at kriminalomsorgen har behov for en særskilt hjemmel til å pålegge oppmøte for rådgivningsenheten som utvalget foreslår.

14.2.5 Andre yrker og virksomheter med særlige behov for risikostyring

Ved mange arbeidsplasser og institusjoner er det viktig å motvirke bruk av legale og illegale rusmidler. Særlige forhold i visse sektorer kan tilsi behov for krav om pliktmessig avhold fra rusmidler i forbindelse med tjenesteutøvelse, kontroll av at slike plikter overholdes, samt vandels- og edruelighetskrav for personell. En slik adgang kan også begrunnes i at tilliten til en etat kan svekkes dersom rusmiddelbruk finner sted.

Eventuell kontroll av ansatte og yrkesutøvere er regulert i arbeidsrettslig lovgivning og lovregulering av bestemte samfunnsområder eller yrker, blant annet arbeidsmiljøloven kapittel 9 om kontrolltiltak i virksomheten og kapittel 9 i skipsarbeidsloven. Noen virksomheter er også pålagt å etablere et arbeidsreglement, jf. arbeidsmiljøloven § 14-16.¹⁷ Regulering av bruk av alkohol og andre rusmidler i arbeidstiden, eller som for øvrig har betydning for utøvelsen av arbeidet, kan inngå i arbeidsreglementet.

Krav om pliktmessig avhold og kontroll finnes også i sektorlovgivningen. For luftfarten vises det til luftfartsloven §§ 6-11, 6-12 og 6-13, se også luftfartsloven § 5-3 om krav til tjenestegjørende om bord på luftfartøy. Se også helsepersonelloven § 8 tredje ledd, jernbaneloven § 3 c, vegtrafikkloven § 22 a (som også gjelder for yrkessjåfører) og sjøloven § 145.

Utvalget mener det i hovedsak bør ligge til den enkelte virksomhet å håndtere rusmiddelbruk i sin organisasjon, inkludert å ha et arbeidsreglement, en tydelig utarbeidet rusmiddelpolicy¹⁸

samt aktivt søke samarbeid med Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk (Akan) og andre.

I den grad det gjør seg gjeldende særlige behov i bestemte yrker som ikke ivaretas på en betryggende måte uten lovhemlede kontrolltiltak, bør det fastsettes særskilte bestemmelser i sektorlovgivningen, tilpasset slike hensyn som gjør seg gjeldende i den enkelte sektor.

Utvalget kan ikke se at den foreslåtte modellen medfører et behov for at arbeidsgivere generelt skal gis utvidede rettigheter eller plikter knyttet til kontroll og undersøkelse av bruk av narkotika sammenlignet med det som følger av gjeldende rett. Utvalget finner ikke grunn til at arbeidsgivere generelt skal gis noen hjemmel til å pålegge sine ansatte oppmøteplikt for den foreslåtte rådgivende enhet for narkotikasaker.

Utvalget antar at det etter omstendighetene kan være like alvorlig at en person er ureglementert påvirket av legale rusmidler som at personen er påvirket av ulovlig narkotika, og at gode grunner derfor taler for felles regler for rusmiddelkontroll, uavhengig av om rusmiddelet er legalt eller illegalt.

Når det gjelder hvilken rolle Forsvaret og kriminalomsorgen bør ha, vises det til henholdsvis punkt 14.2.3 og 14.2.4 ovenfor.

14.2.6 Skolen

Mange skoler har i dag egne handlingsplaner for å forebygge, oppdage og håndtere rusmiddelbruk blant elever, både på ungdomsskoler og på videregående skoler. Skolen har imidlertid ingen hjemler for å avdekke bruk og besittelse for eksempel ved å kreve rusmiddeltesting eller undersøkelse av person.

Noen skoler, spesielt videregående skoler, har inntatt en proaktiv rolle for å identifisere bruk og besittelse av narkotika blant elever.

Flere skoler har hatt samarbeid med politiet om søk med narkotikahund på skolens områder og lokaler, inkludert i klasserom. Skoler og politiet har hatt et samarbeid om demonstrasjon av søk med narkotikahund med et uttalt forebyggingsformål, som skal skje på grunnlag av elevenes samtykke. Slike søk har vært omdiskutert, idet aktivitetene kan komme i et skjæringspunkt mellom forebyggende aktiviteter, som utelukkende retter seg mot å forhindre fremtidige lovbrudd, og etterforsknings-skritt egnet til å

¹⁷ Dessuten kan selvsagt alle virksomheter velge å etablere et slikt reglement innenfor rammene av arbeidsmiljøloven §§ 14-16 til 14-20.

¹⁸ Se omtale av rusmiddelpolicy på Akans nettsider (udatert).

avdekke pågående eller fortidige straffbare forhold.

Utvalget foreslår ikke særskilte hjemler for å muliggjøre at skolene skal kunne undersøke narkotikabruk eller befatning med narkotika til egen bruk. Utvalget legger til grunn at det er et viktig prinsipp i opplæringssektoren at skolene ikke utøver tvang eller tar i bruk virkemidler som har, eller kan oppfattes å ha, et etterforskende formål.¹⁹

Flere av handlingsplanene som utvalget kjenner til, legger derimot opp til at politiet kan – og i noen tilfeller skal – involveres i bestemte situasjoner. For eksempel har Akershus fylkeskommune i sin handlingsplan for rusforebyggende arbeid i de videregående skolene²⁰ lagt opp til at skolen *kan* vurdere å kontakte politiet der elever opptrer ruset i skoletiden. Der elever faktisk bruker rusmidler på skolen, og der ansatte oppdager eller mistenker omsetning og oppbevaring av rusmidler på skolen, *skal* politi kontaktes.

Utvalget har heller ikke funnet grunner til å gi skolen hjemmel til å ilegge elever en oppmøtelikt for utvalgets foreslåtte rådgivende enhet. Utvalget legger til grunn at mange skoler allerede i dag løser mange bekymringssaker knyttet til barn og unges bruk av rusmidler i samarbeid med eleven selv, elevens foresatte og for eksempel skolehelsetjenesten, uten at forholdet meldes til politiet.

Etter utvalgets syn må det bero på en konkret vurdering om mistanke om bruk av narkotika, eller befatning med en liten mengde narkotika til egen bruk, tilsier involvering av politiet, og eventuelt helse- og velferdstjenestene, blant annet sett i lys av graden av bekymring og hvilke tiltak skolen selv kan sette i verk i dialog med eleven og elevens foresatte.

Når narkotikabruk og visse former for befatning med mindre mengder narkotika til egen bruk ikke lenger medfører et straffansvar, vil det etter utvalgets syn heller ikke være naturlig at skolen involverer politiet *på enkeltsaksnivå* dersom det ikke også er mistanke om straffbare forhold. Utvalget vil imidlertid presisere at det fortsatt vil være full anledning til dialog mellom skole og politiet i kriminalitets- og rusforebyggende arbeid som ikke omhandler enkeltpersoner konkret, for eksempel gjennom modellen

¹⁹ Slik også Utdanningsdirektoratet, Ordensreglement (2014), kapittel 9.7 om anmeldelse, etterforskning og bruk av fysisk makt.

²⁰ Akershus fylkeskommune (2018).

Samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT). Dersom skolen mistenker at elever eller utenforstående på skolens område har befatning med narkotika som utgjør straffbare handlinger etter utvalgets foreslåtte reform, for eksempel salg eller oppbevaring av narkotika for andre, fremstår derimot melding om forholdet til politiet i utgangspunktet som en naturlig del av skolens håndtering av situasjonen.

Utvalget viser til ovennevnte handlingsplan for rusforebyggende arbeid i de videregående skolene og understreker behovet for at det utarbeides gode rutiner og systemer for oppfølging av elever som bruker narkotika. Dette omfatter også et formalisert samarbeid mellom skolen, helse- og velferdstjenestene og andre aktører.²¹

Utvalget viser også til annet regelverk som skal sikre at barn som har utviklet eller står i fare for å utvikle problemer, får adekvat bistand. Skolepersonalet, som har daglig kontakt med barna på skolen, er pålagt å være oppmerksomme på forhold som kan føre til tiltak fra barnevernstjenesten, jf. opplæringsloven § 15-3 første ledd. Etter § 15-4 skal skolepersonalet på samme måte være oppmerksomme på forhold som kan føre til tiltak fra sosialtjenesten, og på eget initiativ gi sosialtjenesten relevante opplysninger, men bare etter samtykke fra eleven eller foresatte. I tillegg skal skolen etter opplæringsloven § 15-8 samarbeide med relevante kommunale tjenester om vurdering og oppfølging av barn og unge med helsemessige, personlige, sosiale eller emosjonelle vansker.

14.2.7 Foreldre og andre pårørendes identifisering av bruk av narkotika

Utvalget har gjennom møter og innspill blitt orientert om behovet for at foreldre og andre pårørende til personer som bruker narkotika, møtes på en god måte av tjenesteapparatet, får tilstrekkelig informasjon og tilbys støtte og oppfølging. Polititjenestepersoner som har møtt utvalget, opplyser også at de blir kontaktet av foreldre som er bekymret for deres ungdommers bruk av narkotika, men som ikke vet hvordan de skal håndtere dette, eller hvor de kan henvende seg om problemet. I den sammenhengen kan det synes som om

²¹ Utvalget peker her på at det også etter rusreformen kan benyttes modeller som TIUR-modellen og andre modeller som for eksempel er utviklet gjennom det rus- og kriminalitetsforebyggende arbeidet, se omtale i utredningens kapittel 10 og 11. Forskjellen vil imidlertid bestå i at oppfølging og kontroll bygger på samtykke og ikke skjer under trussel om straffefølgelse.

foreldre og eventuelt andre pårørende som tar kontakt med politiet, ikke er kjent med tjenestetilbud som kan finnes i kommunen, eller ikke opplever å få adekvat bistand om de henvender seg til kommunale instanser.

Det finnes allerede veletablerte innganger til helse- og velferdstjenestene, og det påligger kommunene å gjøre sine tjenester tilgjengelige for sine innbyggere. Utvalget vil derfor ikke foreslå at foreldre eller pårørende som oppdager at deres nærmeste bruker narkotika, skal gis en særlig rett til å benytte utvalgets foreslåtte modell som inngang til tjenesteapparatet, i form av en særlig myndighet til å pålegge en tredjeperson en oppmøteplikt. Det presiseres at utvalget med dette ikke foreslår noen endring i den eksisterende plikten kommunen har til å vurdere tvangstiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3 etter melding fra pårørende om omfattende rusmiddelbruk, og gi tilbakemelding til den pårørende, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 10-1 første ledd.

Modellen utvalget foreslår, vil imidlertid, i de kommuner/regioner der dette fremstår som hensiktsmessig, kunne fungere som den «*ene døren*» inn til hjelpeapparatet i den forstand at den som henvender seg til personell som jobber i rådgivningsenheten, settes i kontakt med relevante tjenester, se også utredningens kapittel 16. Beslutning om en slik organisering tilligger kommunene.

Utvalget understreker at både helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten har en rådgivnings- og veiledningsplikt, også overfor pårørende.²² Utvalget mener det er av stor betydning at pårørende møtes på en god måte, at deres behov blir ivaretatt, og at kommunene gjør sine tjenester synlige og lett tilgjengelig for dem som har behov for dem.

14.2.8 Utvalgets konklusjon om avdekking av bruk og besittelse av narkotika og om pålegg om oppmøteplikt for det foreslåtte myndighetsorganet

Det er etter utvalgets mening ikke formålstjenlig å gi andre enn politiet nye hjemler for å *undersøke* bruk av narkotika uten at den det gjelder, samtykker til det. Utvalget går heller ikke inn for at andre enn politiet skal kunne *pålegge oppmøte* for rådgivningsenheten som utvalget foreslår opprettet.

Modellen utvalget foreslår, utelukker likevel ikke at de ansatte i rådgivningsenheten for narkotikasaker – avhengig av hvordan den nærmere organiseres i den enkelte kommune – kan fungere som et kontaktpunkt for å melde behov for råd og veiledning eller annen hjelp og bistand fra helse- og velferdstjenestene fra ikke-offentlige aktører som for eksempel foreldre/pårørende, fastlege, skolehelsetjeneste, utekontakt og arbeidsgivere. Dette vil kunne legge til rette for kartlegging og oppfølging av personer basert på samtykke (uten et pålegg om oppmøteplikt) og samordning av tilbud til personen på en effektiv måte.

14.3 Politiets rolle og oppgaver ved avdekking av bruk og tilhørende befatning med narkotika

14.3.1 Innledning

Mistanke om befatning med narkotika til egen bruk kan etter dagens regulering utløse en rekke tiltak fra politiets side overfor den enkelte bruker, se omtale i utredningens kapittel 8 og 9. Utvalget legger til grunn at politiet vil spille en viktig rolle i samfunnets samlede innsats knyttet til narkotika også etter en slik reform som utvalget foreslår.

Under løsningen av sitt samfunnsoppdrag, herunder i forbindelse med patruljering og ordenstjeneste eller under etterforskningen av andre mulige straffbare handlinger, for eksempel trafikklovbrudd, kommer politiet regelmessig i kontakt med personer som besitter eller er påvirket av narkotika.

Utvalget mener som nevnt ovenfor i punkt 14.2 at den mest hensiktsmessige og naturlige løsningen er at bare politiet gis hjemler knyttet til *avdekking* av avkriminaliserte narkotikalovbrudd. Det bør også være forbeholdt politiet å ilegge *møteplikt* for rådgivningsenheten som følge av lovbruddet, selv om handlingene det er tale om, ikke lenger vil være straffbare. I punkt 14.3.2 nedenfor behandler utvalget politiets avdekking av slike saker. I punkt 14.3.3 behandles registrering og

²² For forvaltningen gjelder en alminnelig veiledningsplikt innenfor organets saksområde, jf. forvaltningsloven § 11. Kommunen skal sørge for at pasienters og brukeres, og dennes pårørendes, rett til informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 og § 3-3 tredje ledd oppfylles, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a første ledd. Etter sosialtjenesteloven § 17 skal kommunen gi «opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer. Kan kommunen ikke selv gi slik hjelp, skal den så vidt mulig sørge for at andre gjør det.»

pålegg. Punkt 14.3.4 og 14.3.5 omhandler henholdsvis registrering og klageadgang.

14.3.2 Avdekking

14.3.2.1 Krav om nødvendighet og forholdsmessighet

Adgangen til bruk av straffeprosessuelle tvangsmidler i narkotikasaker er beskrevet i utredningens kapittel 9. Ved en slik avkriminalisering som utvalget foreslår bortfaller de straffeprosessuelle hjemlene for blant annet ransaking. Spørsmålet blir da hvilke metoder og virkemidler politiet bør kunne ta i bruk for å avdekke overtredelser.

Effektivitet (forstått som formålseffektivitet og ressurseffektivitet) er et viktig hensyn ved utformingen av regelverket. Samtidig skal virkemiddelbruken være forholdsmessig og ikke mer inngripende enn nødvendig for berørte personer. Når det gjelder straffeprosessuelle tvangsmidler, er kravene om forholdsmessighet og nødvendighet lovfestet i straffeprosessloven § 170 a. Krav om nødvendighet og forholdsmessighet gjelder også som krav til utførelsen av polititjenesten utenfor straffesaker, jf. politiloven § 6 annet ledd.²³

«Politiet skal ikke ta i bruk sterkere midler uten at svakere midler må antas utilstrekkelige eller uhensiktsmessige, eller uten at slike forgeses har vært forsøkt. De midler som anvendes, må være nødvendige og stå i forhold til situasjonens alvor, tjenestehandlingens formål og omstendighetene for øvrig.»

Et viktig mål med reformen er å redusere stigmatisering av personer som bruker narkotika, særlig personer med rusproblemer. Det er derfor viktig at de overordnede strategier som politiet kan og bør anvende for å avdekke bruk og tilhørende befatning med narkotika i ulike målgrupper, forvaltes på en effektiv og hensynsfull måte. Politiets virkemiddelbruk bør innrettes slik at den bidrar til målet om å forebygge skadelig rusbruk, fremmer helsesøkende atferd og hindrer slik maktbruk som skaper og opprettholder stigmatisering.

Etter utvalgets syn er det ikke tilstrekkelig at politiet reagerer kun overfor tilfeldighetsfunn av narkotika, altså stoffer eller påvirkning som oppdages som følge av at politiet undersøker et annet forhold. Behovet for en rimelig grad av hånd-

heving av forbudet mot narkotika, også etter en avkriminalisering, tilsier at politiet må kunne benytte egnede virkemidler for å avdekke ytterligere opplysninger i tilfeller der det er tilstrekkelig grunn til å tro at en person har befatning med narkotika. Hvor langt politiet bør gå i å benytte virkemidler til avdekking i den enkelte sak, må vurderes i lys av de generelle kravene til nødvendighet og forholdsmessighet omtalt ovenfor. Det er fremhevet i forarbeidene at politiet skal gjennomføre visitasjoner på en skånsom måte, særlig overfor «de deler av befolkningen som står i fare for å bli utsatt for etnisk diskriminering».²⁴

Det vil etter utvalgets mening være nødvendig med systematiske opplæringstiltak og utarbeidelse av retningslinjer for politiets arbeid knyttet til håndtering av bruk og tilhørende befatning med narkotika innenfor utvalgets foreslåtte modell.

14.3.2.2 Visitasjon av person, gjenstand eller oppbevaringssted

Avdekkingsbehovet for fysiske gjenstander (selve stoffet) foreslås ivarettatt gjennom en ny bestemmelse i politiloven. Utvalgets *flertall* foreslår en bestemmelse som gir adgang til å foreta visitasjon dersom det er overveiende sannsynlig at en person innehar narkotika. *Mindretallet*, bestående av utvalgsmedlem Swahn, mener at adgangen til å undersøke etter den nye bestemmelsen bør rekke like langt som dagens bestemmelser om straffeprosessuell ransaking, se hans dissens i utredningens kapittel 20.

Uttrykket «innehar» omfatter slik besittelse av narkotika og slik oppbevaring av narkotika til egen bruk som omfattes av utvalgets forslag til avkriminalisering, se kapittel 13. Hvorvidt det er sannsynlighetsovervekt for innehav må vurderes konkret i den enkelte sak. Relevante holdepunkter vil for eksempel kunne være at personen fremstår påvirket av narkotika eller at det avdekkes brukerutstyr som klart er til personens egen bruk.

Uttrykket «visitere» brukes i politiloven §§ 7 annet ledd, 7 a første ledd og 10 annet ledd, og uttrykket «visitere person» i utvalgets forslag skal i utgangspunktet forstås på samme måte. I henhold til forarbeider til bestemmelser i politiloven innebærer visitasjon av person «en ytre besiktigelse av personens kropp, samt undersøkelse av

²³ Se også de alminnelige instruksfestede kravene til blant annet forholdsmessighet og nødvendighet for politiets virkemiddelbruk i politiinstruksen kapittel 3.

²⁴ Ot.prp. nr. 58 (2001–2002) *Om lov om endringer i straffeloven og politiloven (tiltak mot ulovlig bruk av kniv og skytevåpen)*, kapittel 7.2.

vedkommendes klær, veske og øvrige håndbaggasje».²⁵ Ved visitasjon etter bestemmelsen skal det, etter utvalgets syn, ikke være adgang til avkledning av personen som ledd i visitasjonen. Uttrykket «gjenstand» i den foreslåtte bestemmelsen synliggjør at også andre ting enn veske og håndbaggasje som personen har med seg, kan undersøkes.

Etter politilovens visitasjonshjemler i §§ 7 annet ledd og 7 a første ledd kan politiet også visitere personens kjøretøy. I henhold til forarbeidene til politiloven skal uttrykket «kjøretøy» omfatte «minst enhver innretning som er bestemt til å kjøre på bakken uten skinner, sml. vegtrafikkloven § 2 annet ledd».²⁶ For effektivt å kunne avdekke narkotika bør visitasjonsadgangen i disse sakene etter utvalgets syn rekke lenger enn kun personens klær, gjenstander i personens umiddelbare nærhet (veske, håndbaggasje og lignende) og personens kjøretøy. Visitasjonsadgangen bør også kunne omfatte oppbevaringssteder personen disponerer. Utvalgets foreslåtte bestemmelse bruker derfor uttrykket «oppbevaringssted», som skal forstås likt som i straffeprosessloven § 192. Det er lagt til grunn at dette omfatter «for eksempel siktedes bil, lystbåt, koffert i en oppbevaringsboks eller et telt som mistenkte har slått opp og bruker».²⁷

Hvor inngripende den enkelte visitasjon kan være, innenfor rammene som trekkes opp ovenfor, vil avhenge av blant annet formålet med visitasjonen og de generelle kravene til politiets tjenesteutøvelse i politiloven § 6.

Etter det utvalget har fått opplyst, forekommer det at ransaking og beslag av elektroniske bevis (såkalt dataransaking) benyttes blant annet for å avdekke omfanget av bruk av narkotika hos personer som er siktet for bruk eller besittelse til egen bruk. I tillegg har utvalget fått forklart at metoden har vært benyttet til å undersøke om det finnes informasjon om mulige nettverk av brukere og selgere av narkotika som eieren av mobiltelefonen kan være tilknyttet. Dette skal ha omfattet opplysninger på mobiltelefonen til en person som er siktet for bruk av narkotika. Etter utvalgets syn er det diskutabelt om en slik praksis er i henhold til gjeldende bestemmelser om straffeprosessuell ransaking. Utvalget kjenner ikke til systematisk inn-

hentet kunnskap om det eventuelle omfanget av slik praksis.

I lys av den utstrakte bruken av mobiltelefoner og andre elektroniske datalagringsenheter, og betydningen slik teknologi kan ha for personlig utfoldelse og utviklingen av sosiale relasjoner, må gjennomgang av mobiltelefoner anses som et ikke ubetydelig inngrep i personens privatliv. Selv om det kan finnes opplysninger lagret i en persons mobiltelefon av betydning for å vurdere omfanget av personens narkotikabruk, vil gjennomgang av opplysninger på en persons mobiltelefon etter utvalgets syn ikke være forholdsmessig, sett i lys av at handlingen ikke lenger er straffbar. Det foreslås derfor ikke hjemmel for et slikt inngrep.

Salg av narkotika, og oppbevaring med sikte på salg, er underlagt et strengt straffansvar etter straffeloven § 231. Politiet er gitt betydelige straffeprosessuelle hjemler til ransaking og andre etterforskningsmetoder med sikte på å avdekke salg av narkotika. Disse hjemlene, som er nærmere omtalt i utredningens kapittel 9, omfatter blant annet adgang til på nærmere vilkår å foreta ransaking overfor tredjepersoner (en straffri kjøper). Slik metodebruk vil være tilgjengelig for politiet også etter gjennomføringen av rusreformen for å etterforske og straffeforfølge personer som selger narkotika og oppbevarer narkotika som ikke er til egen bruk.

Modellen for avkriminalisering som utvalget foreslår, vil etter utvalgets syn tydeliggjøre skillet mellom avdekking av befatning med narkotika til *egen bruk* og tilhørende befatning med narkotika og etterforskning av personer som *selger narkotika til andre*. Førstnevnte har som formål å tilby hjelp til å håndtere et rusproblem og forebygge en uheldig utvikling mot ytterligere rusproblematikk og kriminalitet. Etterforskning av salg har derimot blant annet som formål å ramme distribusjonsskjeden og omsetningen av narkotika for å bidra til å begrense tilgjengeligheten av stoffene.

Det vil dessuten være adgang til ransaking etter straffeprosesslovens bestemmelser dersom det foreligger skjellig grunn til mistanke om oppbevaring av en mengde narkotika til egen bruk som overskrider de terskelverdiene utvalget foreslår som avgjørende for straffbarhetsgrensen. Terskelverdiene er beskrevet i kapittel 13.

Utvalget har vurdert om politiet bør gis adgang til å foreta undersøkelse av *bolig* for å avdekke avkriminalisert besittelse av narkotika til egen bruk. Det har i denne forbindelse betydning at Grunnloven § 102 forbyr husransakelse «unnatt i kriminelle tilfeller». Det er på det rene at

²⁵ Ot.prp. nr. 58 (2001–2002), kapittel 7.2, med videre henvisning til Ot.prp. nr. 79 (1998–99) *Om lov om midlertidig endring i politiloven (utvidet adgang til visitasjon)*, s. 5.

²⁶ Ot.prp. nr. 58 (2001–2002), kapittel 7.2.

²⁷ Bjerke, Keiserud og Sæther (2011a) s. 677 (merknad 3 til strpl. § 192).

handlinger som omfattes av utvalgets foreslåtte modell for avkriminalisering, ikke lenger er å anse som kriminelle tilfeller, og det avgjørende tolkningsspørsmålet i denne sammenhengen er derfor hvor grensen går for å anse en gjennom søking etter narkotika som en husransakelse i grunnlovsbestemmelsens forstand.

Uttrykket «husransakelse» i Grunnloven § 102 anses ikke bare å omfatte ransaking etter bestemmelsene i straffeprosessloven kapittel 15, og kan omfatte andre former for undersøkelser ved tvang av en persons bolig. Basert på Høyesteretts avgjørelse i Rt. 2004 s. 1723 avsnitt 45 må det legges til grunn at «en fullstendig undersøkelse – om nødvendig i skuffer og skap og fra kjeller til loft – i et privat hjem» vil være i kjerneområdet for bestemmelsen.²⁸ Saken gjaldt grunnlovsmessigheten av kontrollordningen hjemlet i våpenloven § 27 a. Høyesterett kom til at ordningen ikke var grunnlovsstridig, og la vekt på at husundersøkelsen kunne begrenses til bestemte steder i boligen anvist av boligeieren, og at undersøkelsen var forhåndsvarslet.²⁹

Utvalget legger til grunn at en hjemmel til å undersøke en persons hjem med sikte på å avdekke besittelse av narkotika til egen bruk bare ville være egnet til å oppnå formålet dersom den ga mulighet for en fullstendig undersøkelse, og altså ikke kunne *avgrenses til bestemte steder anvist av beboeren selv*, slik tilfellet er med kontroll etter våpenloven § 27 a. I saker om narkotikalovbrudd vil det videre åpenbart være lite formålstjenlig å gjennomføre en undersøkelse dersom den skal være *forhåndsvarslet*, slik tilfellet er med kontroll etter våpenloven, jf. § 27 a annet ledd annet punktum.

Det må også tillegges vekt at formålet med undersøkelsen kan gi opphav til en mistanke som mange vil kunne oppleve som belastende, idet den bygger på at politiet antar at personen innehar narkotika. Det har tradisjonelt blitt tillagt vekt ved tolkingen av Grunnloven § 102 hvorvidt formålet med undersøkelsen er forbundet med en krenkende mistanke om at ulovligheter er begått.³⁰

På grunnlag av disse momentene legger utvalget til grunn at en hjemmel til undersøkelse av bolig utelukkende med sikte på å avdekke straffri, men ulovlig befatning med narkotika til egen

bruk, ikke vil være forenelig med Grunnloven § 102. Såfremt mistanken utelukkende gjelder befatning med narkotika til egen bruk, fremstår undersøkelse av bolig etter utvalgets syn dessuten i utgangspunktet som et uforholdsmessig inngrep i den enkeltes privatliv og eventuelt også i privatlivet til andre i samme husstand.

Det vil derfor ikke være anledning til å visitere eller på annen måte gjennom søke personens bolig med hjemmel i visitasjonsbestemmelsen som utvalget foreslår.³¹

Utvalget legger til grunn at samfunnets behov for avdekking av narkotika i noens hjem i tilstrekkelig grad kan oppfylles gjennom adgangen til å gjennomføre straffeprosessuell ransaking av siktedes og andres bolig i anledning mistanke om straffbare narkotikaovertridelser (salg med videre), jf. straffeloven § 231 jf. straffeprosessloven kapittel 15, og gjennom den adgangen og plikten til undersøkelse i et barns hjem som følger av lov om barnevern § 4-3, eventuelt med politiets bistand, jf. samme lovs § 6-8.

14.3.2.3 Rustesting

Der polititjenestepersoner i dag mistenker påvirkning av narkotika, vil de ofte forsøke å få personens frivillige medvirkning til en systematisk undersøkelse som gjøres med metoden «tegn og symptomer».³² Dette omfatter blant annet en vurdering av pupillstørrelse, tidsoppfatning og andre observerbare tegn og symptomer på påvirkning av et rusmiddel. En slik undersøkelse innebærer ikke at det tas prøver av personens biologiske materiale, og antas å være mindre inngripende enn andre former for rustester.

Utvalget mener politiet bør gis adgang til å foreta testing ved bruk av metoden «tegn og symptomer» dersom en person fremstår som påvirket av narkotika, og det er rimelig grunn til å forsøke å bekrefte eller avkrefte dette.

Dersom politiet anser det overveiende sannsynlig at personen er påvirket av eller har brukt

²⁸ Se også Norges institusjon for menneskerettigheter (2016).

²⁹ Rt. 2004 s. 1723 avsnitt 46–47.

³⁰ Se Rt. 2004 s. 1723 avsnitt 44 med videre henvisninger til eldre juridisk litteratur. Se også Justisdepartementets lovavdeling (2009), Norges institusjon for menneskerettigheter (2016) s. 19, og Stub (2009) s. 388–442.

³¹ Se hjemmelen til sivilrettslig undersøkelse av bolig etter utlendingsloven § 103 første og annet ledd. Dette kan bare gjøres der utlendingen enten har unnlatt å samarbeide i henhold til lovens § 21 eller § 83, har ulovlig opphold som omfattes av straffebestemmelsen i § 108 eller har unnlatt å etterkomme pålegg etter § 21 eller § 83. Uaktsom eller forsettlig unnlattelse av å etterkomme pålegg gitt i medhold av § 21 eller § 83 rammes av straffebestemmelsen i § 108 annet ledd bokstav a. Forholdet mellom undersøkelses hjemmelen i utlendingsloven § 103 og Grunnloven § 102 er omtalt i Prop. 138 L (2010–2011) kapittel 6.4.2.

³² For en beskrivelse av undersøkelsesmetoden, se Øiseth, Kjeldsen og Sundvoll (2014).

narkotika, enten på grunnlag av en «tegn og symptomer»-undersøkelse eller på grunnlag av andre omstendigheter, skal personen gis tilbud om å motbevise et slikt funn ved gjennomføring av foreløpig rustesting. Metoder for foreløpig rustesting som er nevnt i vegtrafikkloven § 22 a første ledd, vil kunne anvendes så langt de passer. Dette kan for eksempel gjøres på stedet ved hjelp av en særskilt testpinne som personen plasserer i munnen.³³ Hjemmelen er imidlertid teknologinøytral, og testmetodene som tas i bruk, vil kunne endres i takt med utviklingen av tilgjengelige testmetoder.

Der en slik foreløpig test viser et positivt resultat, skal personen for å bekrefte eller avkrefte inntaket av narkotika tilbys å gjennomføre utåndingsprøve, blodprøve, spyttprøve og klinisk legeundersøkelse, som etter vegtrafikkloven § 22 a annet ledd. Hvilken testmetode som vil være relevant, vil avhenge av omstendighetene i saken, herunder hvilket eller hvilke stoff det legges til grunn at personen har inntatt, og hvor lang tid som har gått siden inntaket. Personen har krav på å få tilbud om en slik prøve i den grad det foreligger en tilgjengelig prøvemethode som er egnet til å opplyse saken. Det vil kunne oppstå tilfeller der en kombinasjon av tiden som har gått mellom det antatte inntaket og egenskaper ved stoffet som antas inntatt, innebærer at ingen testmetode vil være egnet til å bekrefte eller avkrefte inntaket. I slike tilfeller vil det måtte bero på en konkret vurdering av omstendighetene i saken om beviskravet for oppmøtepålegg er oppfylt.

Utvalget foreslår altså ikke at det skal gis hjemmel til å foreta prøvetaking uten personens samtykke. Testing uten samtykke er et inngrep i den personlige fysiske integriteten overfor den det gjelder, og er ressurskrevende for politiet. Bestemmelsene om testing som foreslås, ivaretar imidlertid hensynet til den enkeltes behov for å kunne motbevise det vedkommende mener er en uriktig anklage.

Helsepersonelloven § 12 pålegger i dag lege, helsesekretær eller bioingeniør å medvirke til undersøkelse av ruspåvirkning etter anmodning fra politiet i forbindelse med *straffbare forhold*. Gjennomføring av rustesting ved fremstilling av personen for helsepersonell uten personens samtykke ville derfor kreve en endring av helsepersonelloven § 12, eventuelt en ny § 12 b i loven, som hjemler prøvetaking ved vedtak om undersøkelse av påvirkning av et narkotisk stoff. Endringen ville innebære at leger på samme måte

som i dag kunne bli pliktig til å medvirke til å avklare om en ikke-samtykkende person har brukt narkotika, men på et annet rettslig grunnlag. Dette ville reise en rekke prinsipielle spørsmål knyttet til forholdet mellom helsepersonell og offentlige myndigheters håndhevingsopp-gaver.

I utvalgets utkast til lovbestemmelse er det, gjennom henvisning til vegtrafikkloven § 22 a tredje ledd, forutsatt at blodprøve, spyttprøve og klinisk legeundersøkelse foretas av lege, sykepleier, helsesekretær eller bioingeniør. Ettersom undersøkelsen i de tilfellene som bestemmelsen regulerer vil basere seg på samtykke fra personen som skal undersøkes, legges det til grunn at det ikke er nødvendig med noen særskilt bestemmelse om *medvirkningsplikt* for slikt helsepersonell i helsepersonelloven, utover det som følger av den foreslåtte lovbestemmelsen. Det vises til merknader til paragrafen i kapittel 22.

Det presiseres for ordens skyld at forslaget ikke påvirker gjeldende rett om straffeprosessuell legemsundersøkelse etter straffeprosessloven § 157, som kan gjennomføres under etterforskningen av straffbare forhold. Utvalgets forslag om en hjemmel til rustesting er heller ikke ment å erstatte hjemmelen til testing av ruspåvirkning i vegtrafikkloven § 22 a.

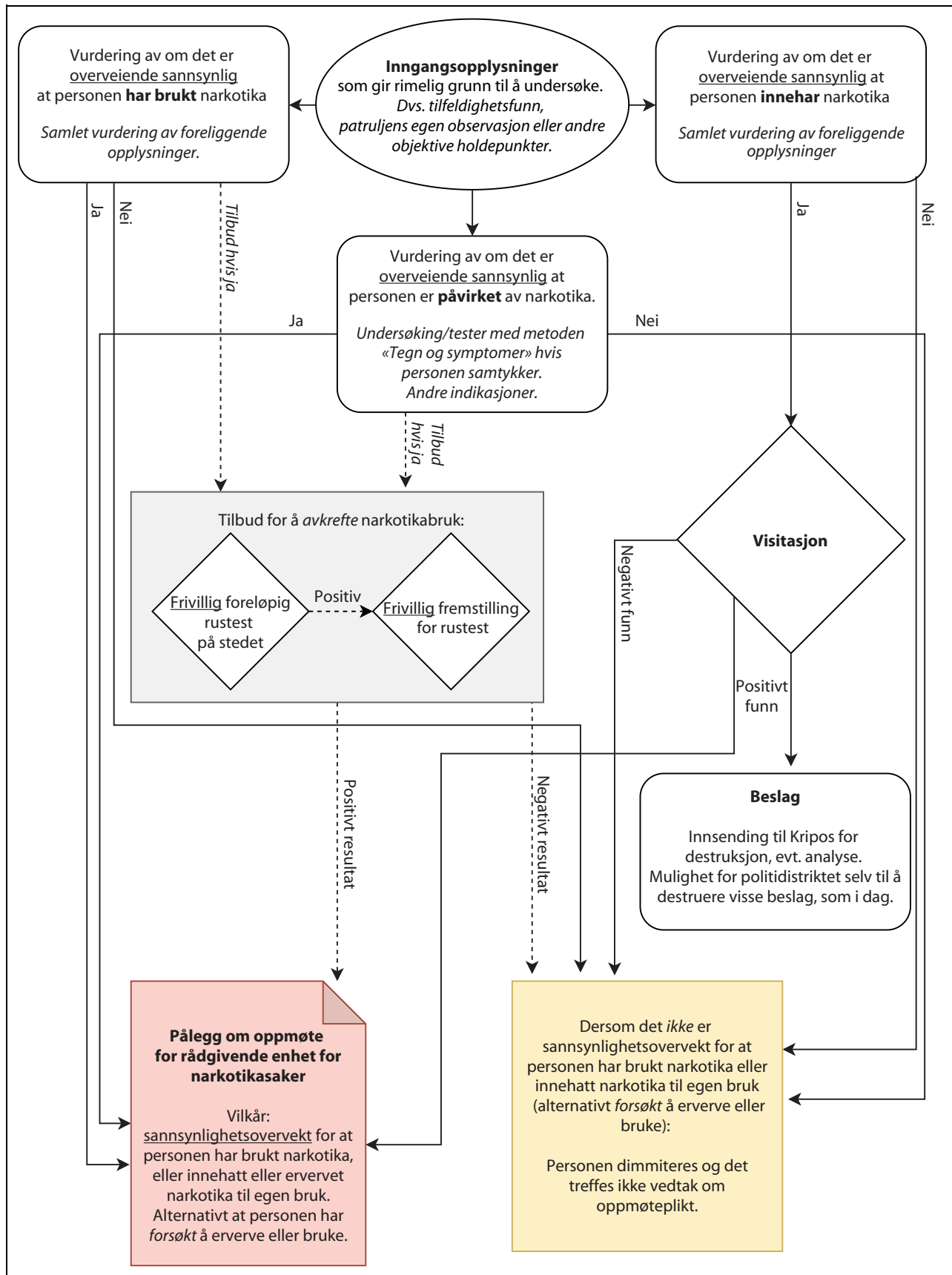
Etter gjennomført rustesting etter bestemmelsen skal funnet nedtegnes. Dette gjøres av hensyn til notoritet, herunder med tanke på oppfølging av personen etter pålagt oppmøte hos rådgivningsenheten for narkotikasaker. Nøyaktig hvordan nedtegnelsen gjøres, har utvalget ikke funnet grunn til å gå nærmere inn på, men det antas at negativt funn kan nedtegnes i politiets operative logg (PO-logg). Et positivt funn bør dokumenteres på en måte som er egnet som underlagsdokumentasjon for vedtak om oppmøteplikt (se punkt 14.3.3 nedenfor).

I figur 14.1 er de foreslåtte virkemidlene til politiets avdekking av bruk og innehav av narkotika utenfor straffesak, og sammenhengen med beslag og vedtak om oppmøteplikt for rådgivningsenheten, visualisert i et flytskjema.

14.3.2.4 Beslag

Utvalget har mottatt innspill om og synspunkter på hvorvidt politiet i alle tilfeller bør beslaglegge brukerdoser med narkotika. Denne problemstillingen har blant annet aktualitet overfor opiat-avhengige brukere, med tydelige abstinenssymptomer, som besitter en brukerdose heroin som forventes konsumert i nær fremtid. Det kan hev-

³³ Prop. 9 L (2010–2011) s. 66 (merknad til vegtrafikkloven § 22 a).



Figur 14.1 Oversikt over forslag til politiets virkemidler til avdekking av bruk og innehav av narkotika utenfor straffesak.

des at beslag av brukerdosen i en slik situasjon kan medføre lidelse for brukeren, i form av abstinenssymptomer, og at det er en risiko for at vedkommende vil begå ulovlige eller uønskede handlinger, for eksempel vinningskriminalitet eller salg av seksuelle tjenester, for å finansiere en ny brukerdose. En slik stressituasjon kan heller ikke anses å redusere faren for overdose.

Flere forhold taler etter utvalgets syn likevel for beslag der det avdekkes besittelse av narkotika. Et forhold er potensialet for skade som rusbruken kan innebære, herunder kriminalitet som følger av beruselsen i seg selv. Et annet forhold er spredningsfaren av stoffer med skadepotensial, og et tredje er beslagenes betydning for samfunnets oversikt over mengde og type rusmidler som til enhver tid konsumeres i befolkningen, samt rusmidlenes styrkegrad. Beslag av stoffet understreker også at besittelse av narkotika fremdeles er ulovlig, om enn ikke straffbart, og har således en side til håndheving av forbudet. Til dette kommer at Norges folkerettslige forpliktelser etter FNs narkotikakonvensjoner, som er nærmere beskrevet i kapittel 7, tilsier at det vil være problematisk å etablere et formelt unntak fra beslagshjemmelen.

Etter utvalgets syn er den type situasjoner som her er skissert, så sammensatte at de vanskelig kan reguleres uttømmende. Det vil imidlertid, som i dag, være rom for politiet til å vurdere skjønnsomheten av håndheving i konkrete tilfeller, se punkt 14.3.2.6 om politiets håndhevingskjønn nedenfor. Ved skjønnsutøvelsen bør det kunne ses hen til praksis i forbindelse med adgang til brukerrum og plassorientert samarbeid med andre aktører som arbeider med åpne rusmiljøer.

Utvalget legger til grunn at beslag av narkotika bør sendes Kripos for registrering og destruksjon, som i dag.³⁴ Det er verdifullt at registrering av beslag gjøres samlet hos én instans, noe som blant annet danner grunnlag for beslagsstatistikk. Utvalget foreslår ikke å endre ved politidistriktenes praksis på dette punkt når det gjelder destruering av små beslag.

Per i dag skal beslaglagt narkotika som hovedregel analyseres. Analyse kan imidlertid unnlates i saker som avgjøres med forelegg eller påtaleunntakelse.³⁵ Utvalget antar at stoffet i saker som omfattes av den foreslåtte modellen, så langt det lar seg gjøre, bør søkes identifisert av personell i politidistriktet, uten at det må foretas analyse av stoffet hos

Kripos. Analyse ved Kripos bør imidlertid være tilgjengelig for saker der forholdene tilsier det.

14.3.2.5 *Beslutningsmyndighet for visitasjon, rustesting og beslag*

De undersøkelsene utvalget foreslår å innføre lovhjemler for, er av en slik art at de i noen tilfeller må kunne besluttes meget raskt for at undersøkelsens formål skal kunne oppnås. Gjennomføring av rustesting vil i mange tilfeller være tidskritisk av biologiske grunner, og en visitasjon vil kunne bli formålsløs dersom den ikke kan gjennomføres umiddelbart.

Uten personens skriftlige samtykke kan visitasjon bare gjøres etter beslutning fra politimesteren eller den politimesteren gir fullmakt. Dersom det må antas at formålet med visitasjonen vil forspilles ved oppholdet kan beslutningen likevel treffes av politiet på stedet. Utvalget antar at det i mange tilfeller vil kunne være slik at formålet med undersøkelsen forspilles dersom den ikke kan gjennomføres umiddelbart. Bestemmelsens struktur synliggjør imidlertid utgangspunktet om at personens samtykke bør forsøkes innhentet. Beslaglegging besluttes av politiet på stedet.

Når det gjelder rustesting, innebærer bestemmelsene at testing ved bruk av foreløpig test eller fremstilling for prøvetaking er avhengig av personens samtykke. Utvalget foreslår at testing ved bruk av tegn og symptomer kan besluttes av politiet på stedet.

14.3.2.6 *Politiets håndhevingskjønn*

Politiets håndhevingskjønn vil ha betydning for antallet saker som kommer til den foreslåtte rådgivningsenheten, og vil kunne bidra til at ressurser prioriteres på en hensiktsmessig måte. Som i dag bør det være en adgang for politiet til å vurdere hensiktsmessigheten av lovhjemlede inngrep når tjenestepersonen er stilt overfor en konkret situasjon hvor det fremstår sannsynlig at det kan foreligge bruk av narkotika.³⁶

Det finnes personer med avhengighetsforhold til narkotika som overtrer narkotikalovgivningen nærmest daglig, og som er kjenninger av så vel politiet som offentlige helse- og velferdstjenester. Det er lagt til grunn i forarbeidene til straffeloven at politiet i praksis er «tilbakeholdende med å pågripe og strafforfølge» personer i denne gruppe

³⁴ Riksadvokatens rundskriv nr. 2/2014, avsnitt VI.

³⁵ Riksadvokatens rundskriv nr. 2/2014, avsnitt VI.

³⁶ Politiets skjønn med hensyn til hvorvidt situasjonen krever inngripen, kalles også *kondeuite*.

pen.³⁷ Det er opplyst fra politiet selv at man ikke prioriterer å «jage» kjente brukere per i dag.³⁸

Det vil kunne være lite formålstjenlig å pålegge personer med kjent omfattende bruk av narkotika møteplikt for rådgivningsenheten hver gang politiet får opplysning om at denne personen har befatning med narkotika til egen bruk. Å reagere formelt i ethvert slikt tilfelle overfor kjente brukere av narkotika ville kunne bidra til en opplevelse av vedvarende stress og fremstår heller ikke hensiktsmessig med henblikk på å sikre personen adekvat helsehjelp.

For at illeggelse av møteplikt skal være hensiktsmessig i det enkelte tilfellet, må det derfor vurderes om det politifaglig fremstår nødvendig og formålstjenlig og innebærer riktig bruk av ressurser å reagere formelt på overtredelsen. Ved vurderingen bør det være et moment om det fremstår ønskelig at personell med helse- og sosialfaglig kompetanse i rådgivningsenheten kommer i en posisjon til å samtale med vedkommende om personens behov for helse- og velferdstjenester med videre.

Når det gjelder håndhevingsskjønnet i områder der det er vedvarende åpne rusmiljøer, antas det at det vil kunne være hensiktsmessig å fastsette nærmere bestemmelser om politiets håndheving i instruks på lokalt nivå, i samråd med andre instanser som har oppgaver knyttet til rusmiljøet. Dette vil kunne bidra til en god rolleavklaring mellom politiet og helse- og velferdstjenester på stedet og bidra til at bruken av rådgivningsenhetens ressurser prioriteres på en formålstjenlig måte.

14.3.2.7 Særlig om personer som får bistand av politiet ved overdose

Utvalget er kjent med at oppfølging av personer etter ikke-dødelige overdoser kan være av stor betydning, fordi tidligere overdoseerfaring er en prediktor for overdosedødsfall.³⁹ Utvalget mener det viktigste er at en bruker i en overdosesituasjon får adekvat hjelp på stedet og oppfølging i ettertid.

³⁷ Ot.prp. nr. 22 (2008-2009) *Om lov om endringer i straffeloven 20. mai 2005 nr. 28*, s. 94.

³⁸ Blant annet i muntlig innspill til utvalget fra politiet i Stavan-ger. Se også POD (2019a) s. 60:

«Politiets prioritet rettes ikke i like stor grad som tidligere mot anmeldelse av tunge rusavhengige for bruk og besittelse av narkotika, noe som forklarer deler av reduksjonen i antall anmeldelser for overtredelse av legemiddel- loven. Når denne gruppen først blir anmeldt for bruk og besittelse av narkotika er det ofte hendelsesstyrt i forbindelse med andre straffbare forhold.»

³⁹ Biong (2015).

Utvalget har vurdert om politiet bør gi pålegg om oppmøteplikt for den foreslåtte rådgivnings- enheten for brukere som de yter bistand til ved overdoser. Det ligger i sakens natur at det vil være en høy sannsynlighet for at legemiddelovens bestemmelser er overtrådt i slike tilfeller. Hvorvidt det vil være hensiktsmessig for politiet å ilegge et pålegg om møteplikt for det foreslåtte myndighetsorgan i slike tilfeller, er imidlertid et annet spørsmål.

Dersom ambulanspersonell eller annet helse- personell allerede ser til personen, og personen dermed allerede er i kontakt med helsetjenester, vil videre oppfølging tilrettelegges som en del av tiltaket om å utarbeide et pakkeforløp for oppføl- ging etter ikke-dødelige overdoser i *Nasjonal over- dosestrategi 2019–2022*.⁴⁰

Dersom ambulanspersonell eller annet helse- personell ikke har sett til personen, kan det etter omstendighetene være formålstjenlig at brukeren ilegges en oppmøteplikt som kan legge til rette for at vedkommende får adekvat oppfølging. Politi- tjenestepersonen må i slike situasjoner vurdere om overdosepasienten er i en tilstand hvor ved- kommende forstår pålegget og hva det innebærer.

14.3.2.8 Forholdet til forvaltningsloven

Politiets oppgaveløsning utenfor straffesaker omfat- tes av forvaltningslovens bestemmelser, jf. forvalt- ningsloven § 1. Et spørsmål er således om avgjø- relser om visitasjon, beslag og testing skal anses som enkeltvedtak etter forvaltningsloven § 2 før- ste ledd bokstav b. Avgjørelser som treffes i for- bindelse med avdekking av narkotika i utvalgets foreslåtte modell vil treffes under utøvelse av offentlig myndighet og gjelde rettigheter og plik- ter for bestemte personer. Etter utvalgets syn vil de imidlertid ikke være enkeltvedtak, ettersom de treffes som ledd i behandlingen av en sak som kan munne ut i et vedtak om oppmøteplikt. Det er dette eventuelle vedtaket om oppmøteplikt som vil være realitetsavgjørelsen i saken, mens avgjørel- sene knyttet til visitasjon, rustesting og beslag er avgjørelser som fattes under sakens gang.⁴¹ For- valtningslovens bestemmelser om enkeltvedtak i lovens kapittel IV-VI får derfor ikke anvendelse på disse avgjørelsene, men på det eventuelle ved- taket om oppmøteplikt, jf. lovens § 3 første ledd. Partens adgang til å ivareta sine egne rettigheter anses tilstrekkelig ivaretatt med de alminnelige

⁴⁰ Helsedirektoratet (2019c).

⁴¹ Om denne vurderingen, se Rt. 2011 s. 1433, avsnitt 36 til 41, med videre henvisninger.

kravene som stilles til politiets tjenesteutøvelse. Se også punkt 14.3.5 om klageadgang.

For det tilfelle at det som utvalget anser som prosessledende avgjørelser skulle bli gitt status som enkeltvedtak, for eksempel gjennom en særskilt bestemmelse om dette, burde det trolig gjøres unntak fra begrunnelsesplikten etter forvaltningsloven § 24 første og annet ledd. Det vises til unntaket i forvaltningslovforskriften § 21 bokstav b fra begrunnelsesplikten for påbud som gis av politiet for å opprettholde ro og orden. Unntaket må antas å ha en praktisk begrunnelse, ettersom det for eksempel vil kunne være vanskelig for politiet å løse oppgaver på stedet dersom vedtak måtte begrunnes skriftlig.⁴² Når det gjelder avgjørelser om visitasjon, rustesting og beslag i saker som omfattes av utvalgets foreslåtte modell, vil etter utvalgets syn de samme hensyn gjøre seg gjeldende som ved påbud som gis for å opprettholde ro og orden.

14.3.3 Vedtak om oppmøteplikt for rådgivningsenheten

14.3.3.1 Beviskrav

Et særskilt spørsmål er hvilken grad av bevismessig sikkerhet som bør kreves for at politiet skal kunne gi pålegg om oppmøte for rådgivningsenheten.

For å reagere strafferettslig (herunder gjennom påtaleunntak og såkalt ungdomskontrakt) kreves det i dag at det er bevist utover enhver rimelig tvil at personen har begått narkotikalovbruddet. Når bruk av narkotika, eventuelt erverv og besittelse til egen bruk, først er avdekket, har sakene et oversiktlig bevisbilde. Dette kommer til syne blant annet ved den svært høye oppklaringsprosenten for overtredelser av legemiddeloven § 24.⁴³

Ved en avkriminalisering vil politiets eventuelle avgjørelser om pålegg være sivilrettslige avgjørelser. Det alminnelige beviskravet i sivilretten er sannsynlighetsovervekt, altså at det må anses mer sannsynlig at personen har begått handlingen, enn at dette ikke er tilfelle. Beviskravet er med andre ord lavere enn i strafferetten.

Unntak gjelder for sivilrettslige krav som baserer seg på et særlig belastende faktum, hvor det

stilles strengere krav til bevisene, jf. Rt. 2005 s. 1322 avsnitt 28. I kjernen for en slik regel ligger oppreisningskrav som bygger på at skadevolderen har begått straffbare handlinger, for eksempel seksuelle overgrep eller drap, som vedkommende er frifunnet for i en straffesak. Det er ikke slik at ethvert straffbart forhold er tilstrekkelig til å utgjøre et særlig belastende faktum. Normen anvendes ikke relativt, det er altså ikke grunnlag for å legge vekt på at personen saken gjelder, tilhører et belastet miljø, jf. Rt. 2005 s. 1322 avsnitt 28.

Utvalget finner ikke grunn til å fravike det alminnelige beviskravet i sivilretten. Etter gjeldende rett er de handlingene bevistemaet gjelder, blant de relativt sett mindre alvorlige straffbare handlingene, og de er uten noen fornærmet i strafferettslig forstand. Lovbruddenes karakter skiller seg dermed betydelig fra slike handlinger som i rettspraksis har blitt ansett å utgjøre et særlig belastende faktum. Til dette kommer at handlingene etter utvalgets forslag ikke lenger vil utgjøre straffbare handlinger.

Vurderingen av hvilket beviskrav som bør legges til grunn, vil kunne stille seg annerledes dersom en konstatering av handlingen i seg selv skulle kunne utløse straffelignende sanksjoner, noe utvalget ikke foreslår.

14.3.3.2 Meddelelse av pålegg om oppmøte og fastsettelse av oppmøtetidspunkt

Etter utvalgets syn er det ikke nødvendig med en forkynning av pålegget etter bestemmelsene i domstoloven. På samme måte som for innkalling av mindreårige og deres foresatte til bekymringsamtale etter politiloven § 13 må det være tilstrekkelig at politiet på den mest hensiktsmessige måte i den enkelte sak forsikrer seg om at meddelelsen er mottatt av pliktsubjektet, uten at det nødvendigvis skal foretas en forkynning.⁴⁴ Eventuelle konsekvenser av å unnlate å oppfylle oppmøteplikten, se kapittel 15, må også fremgå av meddelelsen.

I Portugal-modellen, som utvalget særlig har fått i oppdrag å vurdere, fastsetter politiet et bestemt oppmøtetidspunkt for personen som har brukt ulovlige rusmidler eller vært i besittelse av slike rusmidler til egen bruk. En fordel ved en slik løsning er at innholdet i pålegget umiddelbart blir avklart, og at oppmøtetidspunktet ligger nær i tid, slik at det blir enklere å forholde seg til for personen det gjelder. En utfordring er imid-

⁴² Slik også Spurkland (2014) s. 63.

⁴³ POD (2019a), s. 61 gir følgende oppklaringsprosent for årene 2014–2018: 90 prosent (2014), 90 prosent (2015), 88 prosent (2016), 86 prosent (2017) og 83 prosent (2018). Til sammenligning var den generelle oppklaringsprosenten for alle påtaleavgjorte lovbrudd i 2018 på 52 prosent.

⁴⁴ Se merknader til endring i politiloven § 13 i Ot.prp. nr. 106 (2001–2002), s. 56.

lertid at politiet vil ha begrenset kunnskap om kapasiteten i den rådgivende enheten for narkotikasaker som skal følge opp personen videre. Under utvalgets studietur til Portugal, hvor utvalget besøkte en nemnd for fraråding av bruk av narkotika (se omtale i utredningens kapittel 6), ble det opplyst at det ikke sjelden forekom en opphopning av personer som i løpet av helgen var blitt pålagt av politiet å møte mandag morgen. Det ble opplyst at ventetiden som følge av dette kunne bli lang for enkelte. Denne erfaringen kan tilsi at politiet ikke bør fastsette et bestemt tidspunkt for oppmøte uten at det skjer i dialog med instansen der oppmøte skal skje. Se nærmere om dette i kapittel 16.

Innenfor en norsk kontekst må det tas hensyn til at kapasitet, kompetanse og tjenestetilbud vil kunne være svært forskjellig i ulike kommuner og regioner, og at dette kan få betydning for hvordan pålegget helt konkret bør utformes. Utvalget mener i utgangspunktet at formålet med å pålegge oppmøte kan oppnås uten at det nødvendigvis må fastsettes *et bestemt tidspunkt* i pålegget. Utvalget anbefaler derfor at kommunen ved rådgivende enhet for narkotikasaker kan tillegges myndigheten til å fastsette tidspunkt for oppmøte og sende innkalling. Utvalget legger til grunn at det bør etableres avtaler mellom politiet og kommunen vedrørende prosessen fra pålegg om oppmøte er ilagt av politiet, melding er avgitt til kommunenes rådgivende enhet og innkalling er formidlet fra enheten til den som skal møte. Spørsmål om *når oppmøte senest skal skje*, og *hvordan innkalling kan formidles* til vedkommende, omtales i utredningens kapittel 15.

Utvalget redegjør i kapittel 16 nærmere for saksbehandlingsregler for rådgivende enhet for narkotikasaker og gir en konkretisering av opplysninger enheten skal motta fra politiet.

Utvalget anser det ikke nødvendig å stille særskilte vilkår for kompetanse innad i politiet for vedtaket om oppmøteplikt.

14.3.3.3 Forholdet til forvaltningsloven

Pålegg om oppmøte påfører personen saken gjelder, en handleplikt. Brudd på handleplikten kan igjen lede til konsekvenser og faller dermed i utgangspunktet inn under definisjonen av «enkelvedtak», jf. forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav b. Pålegget kan riktignok ses som et forberedende skritt til den videre oppfølgingen av personen saken gjelder, og kunne under en slik synsvinkel ses som en prosessledende avgjørelse. Prosessledende avgjørelser anses i utgangspunktet

ikke som enkeltvedtak, og dermed kommer forvaltningslovens bestemmelser om klagerett ikke til anvendelse i slike tilfeller.

Utvalget mener samlet sett de beste grunner taler for å anse politiets ileggelse av pålegg i den enkelte sak som et enkeltvedtak, og ikke (bare) som en prosessledende avgjørelse. Det legges i den forbindelse vekt på at politiets pålegg skaper en rettslig forpliktelse for den det gjelder. Utvalget peker også på at den videre oppfølgingen som vil skje i forbindelse med det pålagte oppmøtet (det vil si oppfølgingen av personen hos den rådgivende enheten), ikke nødvendigvis vil kunne ut i et enkeltvedtak. Det tilkommer dermed ikke noe etterfølgende enkeltvedtak som politiets pålegg kan anses som prosessledende for.

Utvalgets forslag innebærer at personen skal underrettes om pålegget skriftlig, og at begrunnelsen fremgår av vedtaket. Krav til begrunnelsen innhold fremgår av forvaltningsloven § 25. Begrunnelsen skal kort nevne

- lovbestemmelsen som er overtrådt,
- hvilket stoff personen har hatt befatning med, og
- bestemmelsen om politiets adgang til å ilegge oppmøteplikt for rådgivningsenheten (utkastet § 9c).

Når pålegget anses som et enkeltvedtak, vil det som hovedregel gjelde et krav om forhåndsvarsling etter forvaltningsloven § 16. Politiet vil i den enkelte sak måtte vurdere om vilkårene for unntak fra forhåndsvarsling etter § 16 tredje ledd bokstav a er oppfylt, altså om varsling ikke er praktisk mulig eller vil medføre fare for at vedtaket ikke kan gjennomføres. Utvalget antar at dette unntaket vil kunne komme til anvendelse i mange saker.⁴⁵

Se punkt 14.3.5 om klageadgang.

14.3.4 Registrering av saksbehandling i politiregister

I tilfeller der politiet avdekker ulovlig bruk og tilhørende befatning med narkotika, bør opplysninger om kontakten med politiet registreres. En slik registrering vil være nødvendig for å sikre etterrettelighet (notoritet) om politiets arbeid, herunder om kontakten som fant sted mellom politiet og den enkelte bruker, eventuelle undersøkelser som er foretatt i den forbindelse, og eventuelt beslag og tilintetgjøring av rusmidler.

⁴⁵ Se Spurkland (2014) s. 62–63, for en tilsvarende vurdering om vedtak om bortvisning etter politilovens bestemmelser.

Et annet formål med innhenting av opplysninger er at opplysningene skal danne grunnlaget for politiets pålegg om oppmøte for den rådgivende enheten for narkotikasaker som foreslås opprettet som en reaksjon på overtredelse av narkotikalovgivningen, se utredningens kapittel 15 om reaksjonsmodell med videre og kapittel 16 om forankring, innretning og kompetansekrav i modellen med videre. Hensynet til effektiv saksbehandling taler for at politiet registrerer enkelte opplysninger som kan videreformidles til enheten som grunnlag for den innledende saksbehandlingen der.

Det vises til drøftelsen i kapittel 18 av problemstillinger knyttet til registrering og tilgang til opplysninger i forbindelse med politiets forvaltningsoppgaver.

14.3.5 Klageadgang

Politiets saksbehandling utenfor straffesak omfattes av forvaltningsloven, jf. forvaltningsloven § 1. Avgjørelser om undersøkelse, beslag og testing, se punkt 14.3.2 ovenfor, utgjør etter utvalgets syn ikke enkeltvedtak etter forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav b, da det er tale om prosessledende avgjørelser, se punkt 14.3.2.8 ovenfor. Det vil imidlertid være mulighet til å benytte de alminnelige ordningene som finnes for å ta opp feil som enkeltpersoner mener er begått av politiet. Dette kan gjøres ved direkte henvendelse til politidistriktet eller, dersom personen mener at en tjenesteperson har begått en straffbar handling, gjennom en anmeldelse til Spesialenheten for politisaker. Dersom disse avgjørelsene skulle bli ansett som enkeltvedtak, bør de innlemmes i unntaksbestemmelsen i forvaltningslovforskriften § 30 første ledd bokstav a, som etter gjeldende rett fastsetter at klagerett etter forvaltningsloven § 28 ikke gjelder for påbud som treffes av politiet for å opprettholde ro og orden.

Det vil derimot være klagerett for selve vedtaket om oppmøteplikt, som etter utvalgets syn utgjør et enkeltvedtak. Uenigheter knyttet til prosessledende avgjørelser vil kunne behandles i en eventuell klagesak om vedtaket om oppmøteplikt. Etter forvaltningsloven § 42 vil det være opp til politiet og eventuelt Politidirektoratet å avgjøre om en klage skal gis oppsettende virkning. Oppmøtet for rådgivende enhet bør finne sted snarlig etter politiets pålegg, og utvalget antar derfor at en klage bare unntaksvis, hvis særlige grunner taler for det, bør gis oppsettende virkning.

Når det gjelder politiets lagring av opplysninger i politiets register, vil personen kunne

kreve retting eller sletting etter bestemmelsene i politiregisterloven kapittel 8 og 9, og politiregisterforskriften. De nærmere enkelthetene om dette vil avhenge av hvordan opplysningene lagres, som drøftet i kapittel 18.

14.4 Vurdering av hvorvidt personer som bryter lov eller forskrift under påvirkning av alkohol, skal inngå i modellen

Det følger av mandatet at utvalget skal vurdere hvorvidt personer som bryter lov eller forskrift under påvirkning av alkohol, skal inngå i modellen. I utgangspunktet er mandatets formulering noe utfordrende, da bruk av narkotika skiller seg fra bruk av alkohol. Forskjellen i stoffenes rettslige status vil fortsatt gjøre seg gjeldende etter reformen. Videre vil formuleringen «brudd på lov og forskrift» spenne over et meget bredt felt av ulike lovbrudd.

Utvalget ser mandatets ordlyd i lys av at reformen – dersom den bare gjøres gjeldende for narkotika – kan oppfattes uten tilstrekkelig grunn å forskjellsbehandle brukere av narkotika og brukere av alkohol: En person som tas for bruk og tilhørende befatning med narkotika til egen bruk, skal kunne ilegges oppmøteplikt for helse-tjenesten og underforstått motta helsetjenester, uavhengig av omfanget av bruk og hvorvidt det i det hele tatt foreligger et hjelpebehov. En person som har en skadelig og problematisk bruk av alkohol som bringer personen i det offentliges søkelys, skal derimot ikke kunne ilegges tilsvarende møteplikt og med det ikke få samme tilbud eller tilgang til helsetjenester.

Mandatets henvisning til «personer som bryter lov/forskrift grunnet beruselse eller påvirkning av alkohol» favner svært vidt og rommer i utgangspunktet så ulike lovbrudd som drap, ruspåvirket kjøring og forulemping av offentlig tjenestemann dersom lovbruddet kan sies å skyldes beruselse eller påvirkning av alkohol. Det fremstår unødvendig å gå inn i en drøftelse av om alle slike lovbrudd skal tas inn i utvalgets foreslåtte modell.

Kriminelle handlinger som begås under påvirkning av alkohol, vil, i likhet med de samme handlinger begått under påvirkning av narkotika, regelmessig kreve reaksjoner av en karakter som ligger utenfor en slik sivilrettslig modell som utvalget foreslår, se også utredningens kapittel 15. Utvalgets oppfatning er at slike handlinger bør føre til en adekvat reaksjon selv om de har en sterk

relasjon til et underliggende rusproblem. Dette er en oppgave som ligger til straffesakskjeden.

Utvalget understreker betydningen av at innsatte i fengsler, eller personer som gjennomfører soning utenfor fengsel, får tilgang til adekvat rusbehandling og oppfølging samt at alternative straffereaksjoner brukes og videreutvikles på en måte som møter rusproblemer som medvirkende årsak til domfeltes kriminalitet.

En praktisk viktig form for lovbrudd som skyldes påvirkning av alkohol, er ruspåvirket kjøring, jf. vegtrafikkloven § 31, jf. § 22. Som reaksjon mot slike lovbrudd kan det i dag gis fullbyrdingsutsettelse av en idømt straff på den betingelse at personen gjennomfører *program mot ruspåvirket kjøring* (tidligere kjent som *promilleprogram*), jf. straffeloven § 37 første ledd bokstav f. Utvalget ser det ikke som aktuelt å endre straffansvaret for ruspåvirket kjøring og anser det ikke nødvendig å innta reaksjoner for slike lovbrudd i den modellen utvalget foreslår, hva enten lovbruddet skyldes påvirkning av alkohol eller narkotika.

Omsetning og bruk av alkohol er underlagt streng regulering gjennom alkoholloven og alkoholforskriften. Herunder er det etter loven belagt med bøter eller fengsel inntil seks måneder å drikke alkohol på offentlig plass og på et innenriks transportmiddel for allmennheten, jf. alkoholloven § 10-1 jf. § 8-9 første ledd nr. 5 og 6. Det ligger ikke i utvalgets mandat å vurdere om samfunnets reaksjoner på straffbart inntak av alkohol skal endres fra straff til helserettede tiltak. Omfanget av bruk av alkohol i befolkningen,⁴⁶ og omfanget av brudd på alkoholloven § 8-9 første ledd nr. 5 om drikking på offentlig plass, for eksempel i parker og sommeren, tilsier at det ville være et meget stort antall personer som ville kunne kvalifisere til inntak i reaksjonsmodellen. Det betyr at saksmengden vil kunne bli ressurskrevende og vanskelig å håndtere for tjenesteapparatet, uavhengig av hvordan modellen organiseres.

Når brudd på alkoholloven § 8-9 første ledd ved ulovlig drikking av alkohol fremstår så vidt utbredt, er det også grunn til å anta at det vil være en høy andel av denne gruppen lovbrøyttere som ikke har behov for helse- og velferdstjenester.

⁴⁶ 83 prosent av den voksne befolkningen oppga at de hadde drukket alkohol i løpet av siste 12 måneder, mens 36 prosent oppga å ha drukket alkohol ukentlig. Andelen høykonsumenter (15 alkoholenheter per uke for menn og 10 enheter for kvinner) var henholdsvis 14 prosent for menn og 12 prosent for kvinner i 2017, se Bye (2018). Oslo legevakt oppgir at de oppsøkes av om lag 3 000 pasienter med rusmiddelforgiftninger årlig. De aller fleste har inntatt alkohol. Se Den norske legeforenings nettside (2018).

Dersom slike personer skulle tas inn i modellen på grunnlag av ulovlig drikking, ville det kunne legges beslag på ressurser til saker om bruk og besittelse av narkotika. Dette ville være uheldig, all den tid foranledningen for utvalgets foreslåtte modell er at den skal erstatte dagens bruk av strafferettslige reaksjoner mot befatning med narkotika.

Utvalget legger til grunn at personer som begår kriminalitet, eller som gjentatte ganger bortvises eller innbringes av politi som følge av alkoholberuselse, i mange tilfeller vil kunne ha behov for hjelp til å avslutte eller redusere sin alkoholbruk. Utvalget kan ikke finne tall for antall innbringelser etter politiloven § 9 eller for hvor mange som overføres til helsetjenesten, for eksempel legevakt eller rusakutt i spesialisthelsetjenesten, der dette finnes. Når dette omhandler barn og unge, varsles ofte foresatte eller barneverntjenesten, men overfor unge voksne og voksne er det svært uklart hva slags oppfølging eller tilbud som gis utover overnatting i arrest eller på legevakt. På samme måte som politiet og kommunene samarbeider om lokale kriminalitets- og rusforebyggende tiltak, kunne et tilsvarende samarbeid etableres hva angår personer som gjentatte ganger innbringes av politiet etter politiloven § 9 eller bortvises etter § 7 for forstyrrelse av ro og orden. Ettersom en slik ordning går noe utenfor utvalgets mandat, avstår utvalget fra å utarbeide et mer konkret forslag til hvordan et slikt samarbeid kan gjennomføres.

14.5 Forholdet mellom straffeforfølging i tilknytning til lovbrudd begått under påvirkning av narkotika og pålegg om oppmøte for rådgivningsenheten

I de tilfeller der politiet på samme tid avdekker narkotikabruk (samt slik befatning med narkotika til egen bruk som utvalget foreslår å avkriminalisere) og mulige straffbare forhold som politiet finner rimelig grunn til å etterforske, oppstår spørsmålet om hvorvidt pålegg om oppmøteplikt skal kunne ilegges parallelt med straffeforfølgingen.

Utvalget har ikke funnet grunn til å vedta bestemmelser som er til hinder for dette. Pålegget om oppmøteplikt retter seg da mot den avdekkede ikke-straffbare bruken og befatningen med narkotika, mens straffeforfølgingen retter seg mot de straffbare forholdene som avdekkes.

Hvorvidt to slike parallelle prosesser bør iverksettes, vil imidlertid bero på en helhetlig vur-

dering hos politiet. Noen relevante momenter ved vurderingen vil kunne være hvilken grad av sammenheng det er mellom kriminaliteten og rusen, hvorvidt det fremstår sannsynlig at personen vil bli tilbudt en alternativ straffereaksjon som retter seg mot rusbruken, hvorvidt personen vil bli

pågrepet og fremstilt for varetektsfengsling, og hvorvidt det fremstår hensiktsmessig at personen får oppfølging gjennom rådgivningsenheten i tiden som går fra hendelsestidspunktet og frem til en eventuell straffesak vil bli avgjort.

Kapittel 15

Samfunnets reaksjoner på bruk av narkotika

15.1 Innledning

Regjeringens intensjon med rusreformen er å «endre myndighetenes reaksjoner mot personer som tas for bruk og besittelse av narkotika fra straff til hjelp, behandling og oppfølging». Det sentrale virkemiddelet for å oppfylle denne intensjonen er å overføre ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av narkotika til egen bruk fra justissektoren til helsetjenestene. I mandatet gjengis også en formulering fra regjeringens politiske plattform fra 2018¹ om at politiet skal kunne pålegge at den rusavhengige skal møtes med helserettede tiltak, og at manglende oppfølging vil medføre sanksjoner.

Utvalget foreslår en modell der helse- og velferdstjenestene ikke forvalter sanksjoner av straffelignende karakter, og der politiet ikke kan pålegge noen å motta helsehjelp som ellers krever samtykke etter helselovgivningen. I dette kapitlet redegjør utvalget for vurderingene som leder frem til en slik konklusjon.

Som nevnt i utvalgets forståelse av mandatet i utredningens kapittel 1, ser ikke utvalget at ovennevnte formulering begrenser reformens omfang til å omfatte personer med en diagnostisert rusavhengighet. Utvalget anser heller ikke at denne formuleringen medfører at politiet skal gis hjemler til å pålegge en person å motta helsehjelp (eller andre velferdstjenester), eller at politiet skal ha myndighet til å instruere helse- og velferdstjenester til å yte slik hjelp. Slike hjemler ville bryte med grunnleggende prinsipper i helse- og velferdstjenestene og ville videre føre til en uheldig rollesammenblanding. Det ville også medføre endringer i helsetjenestens muligheter til å vurdere og prioritere pasienter. Videre ser utvalget det som en lite aktuell mulighet at manglende oppfølging av et tjenestetilbud som er gitt etter samtykke, skal kunne medføre sanksjoner.

Utvalget er gitt i oppdrag å utrede en modell for gjennomføring av reformen, herunder hvilke

reaksjoner som skal gis ut fra den enkeltes livssituasjon, alvorlighetsgrad av rusproblem og individuelle behov. Utvalget foreslår en ny, tredelt reaksjonsmodell, der (1) politiet gis myndighet til å ilegge en person møteplikt for et offentlig organ (rådgivende enhet for narkotikasaker), (2) det pålagte møtet med rådgivingsenheten gjennomføres og etterfølges av (3) et påfølgende samtykkebasert tjenestetilbud i form av helse- og velferdsrettede tiltak basert på den enkeltes tjenestebehov og rettigheter. Selve gjennomføringen av det pålagte oppmøtet og det videre tjenestetilbudet, det vil si modellens punkt (2) og (3), er beskrevet nærmere i kapittel 16.

I det følgende gjør utvalget først rede for sin forståelse av mandatets uttrykk «reaksjoner», «sanksjoner» og «helserettede tiltak» i punkt 15.2. Deretter beskrives skillet mellom hva politiet kan pålegge og helse- og velferdsrettede tiltak i punkt 15.3 og prinsippene om samtykke og brukermedvirkning i helse- og velferdsretten i punkt 15.4.

Utvalget redegjør så for forholdet mellom sanksjon og straff på den ene siden og helsehjelp og andre velferdstjenester på den andre siden, herunder utvalgets synspunkter på hvorvidt det i utvalgets modell bør åpnes for reaksjoner som har preg av sanksjon, sett i lys av reformens formål og prinsippet om samtykkebaserte helsetjenester i punkt 15.5. Her gjøres det også rede for utvalgets vurderinger av hvorvidt det er formålstjenlig å benytte sanksjoner ved manglende oppfølging av hjelpetilbud, og hvorvidt det skal gis «trinnvis skjerpede» reaksjoner ved gjentatte overtredelser av forbudet.

Punkt 15.6 omhandler narkotikabruk hos barn og unge spesielt. I punkt 15.7 gjøres det rede for utvalgets synspunkter på hvorvidt alternative straffereaksjoner skal inngå i utvalgets foreslåtte modell. Punkt 15.8 behandler spørsmålet om hvorvidt adgangen til bruk av tvang og kontroll i helse- og velferdstjenestene bør utvides.

I punkt 15.9 presenterer utvalget sitt forslag til ny modell for hvordan samfunnet skal reagere overfor personer som overtrer forbudet mot bruk

¹ Regjeringen 2018.

og tilhørende befatning med narkotika til egen bruk etter rusreformen, avgrenset til omtale av forhold knyttet til oppmøteplikten. Utvalget presenterer sitt prinsipale syn om at det ikke er hensiktsmessig å reagere med administrative sanksjoner på unnlatt oppmøte. For det tilfelle at et en slik sanksjon, for eksempel i form av et gebyr, skulle anses som nødvendig for å oppfylle Norges forpliktelser etter FNs narkotikakonvensjoner (se utredningens kapittel 7), gir utvalget likevel uttrykk for sitt syn på rammene for et slikt gebyr.

15.2 Mandatets uttrykk «reaksjoner», «sanksjoner» og «helserettede tiltak»

15.2.1 Reaksjoner

Uttrykket «reaksjon» kan tillegges en *snever betydning*, slik at det viser til handlinger og vedtak som utløses av et lovbrudd eller annet normbrudd, og som er reaktivt i relasjon til det ulovlige ved handlingen saken gjelder. Innenfor en slik forståelse av uttrykket «reaksjon» faller for eksempel straffe-reaksjoner og administrative sanksjoner på lovbrudd. Av årsaker som drøftes i dette kapitlet, mener utvalget at det ville være uheldig dersom helse- og velferdstjenestene skulle tillegges myndighet, og eventuelt også en tjenestemessig plikt, til å treffe beslutning om reaksjoner i snever forstand overfor pasienter og brukere på grunnlag av bruk av narkotika.

Uttrykket «reaksjon» kan også brukes i en *videre* forstand, der også andre handlinger og vedtak foranlediget av en persons bruk av narkotika, som ikke nødvendigvis er reaktive i relasjon til det ulovlige ved handlingen, omfattes. Helse- og velferdstjenestene iverksetter allerede i dag en rekke tiltak, så vel proaktivt forebyggende som reaktive, som utløses av enkeltpersoners bruk av rusmidler. Dette kan sies å utgjøre en del av samfunnets reaksjoner på befatning med narkotika i en slik videre forstand. Der det i utredningen tales om en foreslått reaksjonsmodell eller lignende, benyttes uttrykket «reaksjon» i en slik videre forstand.

15.2.2 Sanksjoner

I mandatet benyttes uttrykket «sanksjoner». En sanksjon kan defineres som «[e]n negativ eller positiv reaksjon på noens atferd». I dagligtale «er det vanlig å oppfatte sanksjoner først og fremst som negative reaksjoner rettet mot uønsket atferd eller avvik».²

I Sanksjonsutvalgets utredning er følgende definisjon, som utvalget i det vesentlige kan slutte seg til, lagt til grunn:

«En sanksjon er en negativ reaksjon som kan ilegges av offentlig myndighet med hjemmel i lov, som retter seg mot en begått overtredelse av lov, forskrift eller individuell avgjørelse, og som har et hovedsakelig eller vesentlig pønalt formål.»³

Med *pønalt* menes her «straffende».⁴ Det karakteristiske for en sanksjon er at den er tilbakeskuende. Den utløses av en normovertredelse, og formålet er å påføre gjerningspersonen et onde som en reaksjon mot overtredelsen.

15.2.3 Helse- og velferdsrettede tiltak

Mandatet bruker videre uttrykket «helserettede tiltak». Dette uttrykket har ingen entydig og autoritativ rettslig eller faglig definisjon. Utvalget har drøftet om uttrykket viser til et meningsinnhold som sammenfaller med begrepet «helsehjelp» slik dette er definert i pasient- og brukerrettighetsloven⁵ § 1-3 bokstav c: «handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell».

En slik definisjon omfatter med andre ord bare handlinger utført av en bestemt personkrets (helsepersonell), og det ligger i sakens natur at det skjer basert på en helsefaglig vurdering. Etter utvalgets syn fremstår det unaturlig å legge til grunn en så snever definisjon av uttrykket «helserettede tiltak», slik det er brukt i mandatet.

Variasjonene mellom enkeltpersoner og grupper av personer som har brukt narkotika, innebærer etter utvalgets syn at det bør anlegges et bredt perspektiv på hvilke tiltak som skal kunne tilbys den enkelte, basert på en individuell vurdering. Dette bør ikke være låst til slike tiltak som regnes som helsehjelp etter helselovgivningen. Utvalgets forståelse understøttes av følgende setning i mandatet (punkt 2): «Den valgte modellen må sikre at tjenester og tilbud som i dag rettslig og organisatorisk ligger til kommunesektoren, spesialisthelsetjenesten og andre relevante sektorer, som arbeids- og velferdssektoren, barne-

² Tjora (2005–2007).

³ NOU 2003: 15 *Fra bot til bedring – Et mer nyansert og effektivt sanksjonssystem med mindre bruk av straff* s. 20.

⁴ Elden (2018).

⁵ Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter.

vernet, utdanningssektoren mv, kan inngå i tilbudet til den enkelte bruker.»

Dette er betydningsfullt fordi modellen også skal omfatte brukere av narkotika som ikke nødvendigvis har behov for *helsehjelp* for rusproblematikk slik «helsehjelp» er definert i lov om pasient- og brukerrettigheter. Mange kan i tillegg til eller i stedet for helsehjelp ha behov for økonomiske ytelser fra sosialtjenesten, hjelp til å finne bolig eller bistand til å komme inn i arbeids- eller utdanningsløp. For andre kan det tenkes at det ikke foreligger et aktuelt behov for bistand eller tjenesteyting av noe slag fra det offentlige.

Utvalget legger derfor til grunn at uttrykket «helserettede tiltak» må omfatte, men ikke kan avgrenses til, *helsehjelp* slik dette er definert i pasient- og brukerrettighetsloven.

Utvalget finner det hensiktsmessig å betegne relevante tilbud og tiltak som kan gis av instanser utenfor helse- og omsorgstjenesten, samlet sett som «velferdstjenester» og benytter uttrykket «helse- og velferdsrettede tiltak» som en samlebetegnelse for tjenester og tilbud som skal kunne gis den enkelte innenfor den foreslåtte modellen. Det vil føre for langt å angi uttømmende alt som kan anses som relevante helse- og velferdsrettede tiltak. Vesentlige tjenestetilbud som omfatter, eller direkte retter seg mot, personer med rusproblematikk, er imidlertid beskrevet i utredningens kapittel 5. Utvalget vil likevel peke spesielt på barneverntjenesten, da utvalgets modell tillegger barneverntjenesten en særlig rolle, se også utredningens kapittel 16.

15.3 Skillet mellom politiets pålegg og helse- og velferdsrettede tiltak

Utvalget trekker et prinsipielt skille mellom reaksjoner (i snever forstand) på ulovlig bruk og tilhørende befatning med narkotika, samt hjemler for eventuelle inngrepene virkemidler knyttet til avdekking av dette, se utredningens kapittel 14, og de tiltak som omfatter hjelp, behandling og oppfølging knyttet til den enkeltes rusmiddelbruk (helse- og velferdsrettede tiltak). En person vil kunne ha en rett til helse- og velferdsrettede tiltak basert på en medisinskfaglig, sosial og psykososial vurdering av behandlings- og oppfølgingsbehov. Dette kan for eksempel omfatte rett til tjenester fra primærhelse-tjenesten eller behandling i spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven.⁶ Det kan

⁶ Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter §§ 2-1 a annet ledd, 2-1 b annet ledd og 2-2 første ledd.

også være krav på ytelser etter sosialtjenesteloven. Slike tjenester skal i utgangspunktet bare ytes med samtykke fra den det gjelder.

Det ville harmonere dårlig med den etablerte ansvarsfordelingen mellom offentlige etater, og heller ikke være formålstjenlig, å gi politiet hjemmel til å pålegge en person å motta slike tjenester. Dette ville kunne føre til at pålegg ble gitt uten nødvendig helse- og sosialfaglig kompetanse, og til at alminnelige regler om ressursprioritering og frivillighet innen helse- og velferdstjenestene ble satt til side av en utenforstående etat.

Disse vurderingene kan riktignok synes å stå i et visst spenningsforhold til noen av dagens alternative straffereaksjoner, hvor påtalemyndigheten eller domstolene kan stille som vilkår for en betinget straffereaksjon at personen tar imot behandling for et rusproblem. Alternative straffereaksjoner med slike vilkår anvendes imidlertid etter innhentet samtykke fra personen saken gjelder, og ofte i samråd med helse- og velferdstjenestene eller på grunnlag av tilsagn om for eksempel mulighet for døgnopphold i en institusjon.⁷

Innholdet i et *pålegg* overfor personer som er tatt for bruk, innehav og erverv av narkotika til egen bruk, bør etter utvalgets syn begrenses til en oppmøteplikt i helse- og omsorgstjenesten i kommunen, i en foreslått ny lovpålagt funksjon kalt *rådgivende enhet for narkotikasaker*. Dette er beskrevet nærmere i punkt 15.8 og kapittel 16. Etter utvalgets syn vil en hjemmel til å gi pålegg om oppmøte i seg selv innebære en reaksjon på overtredelser av forbudet mot bruk av narkotika.

Gjennom kontakten som oppnås gjennom oppmøteplikten, kan helsetjenesten komme i posisjon til å vurdere behovet for, og samtidig kunne tilby, helse- og velferdstjenester. Utvalget legger til grunn at helse- og velferdstjenestene følger sine alminnelige prinsipper for vurdering av tjenestebehov og ikke iverksetter tiltak overfor en person på grunnlag av bruk av narkotika med mindre det foreligger et faktisk tjenestebehov. I tillegg må personen det gjelder, samtykke til å motta slike

⁷ Påtaleunntatelse på vilkår av gjennomføring av ruskontrakt/ungdomskontrakt bygger på et samtykke fra den det gjelder. I forbindelse med narkotikaprogram med domstolskontroll skal det gjennomføres en personundersøkelse som innebærer innhenting av samtykke fra siktede til narkotikaprogrammet, jf. forskrift om narkotikaprogram med domstolskontroll § 6. Ved anvendelsen av straffegjennomføringsloven § 12 om gjennomføring av straff i institusjon legges det vekt på domfeltes motivasjon, og det anses som en forutsetning at den domfelte samtykker til nødvendig informasjonsutveksling, herunder opphevelse av taushetsplikt, mellom kriminalomsorgen og institusjonen, jf. Kriminalomsorgens sentrale forvaltning (2008), lov- og forskriftsbestemmelser oppdatert 1. oktober 2015, kapittel 12.3.

tjenester, eventuelt må vilkårene for bruk av tvang overfor personer som på grunn av sin rusmiddelbruk utsetter seg selv for fare, jf. helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 om tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige, eller hjemlene i tilsvarende lovverk, være oppfylt.⁸ Utvalget foreslår ingen nye tvangshjemler for rådgivningsenheten som personen ilegges en oppmøteplikt for.

På denne måten går det et viktig prinsipielt og praktisk skille mellom virkeområdet og rettsgrunnlaget for politiets pålegg og de tiltakene som eventuelt iverksettes av helse- og velferdstjenestene i anledning enkeltpersoners bruk av narkotika.

15.4 Krav til samtykke, medvirkning og informasjon

15.4.1 Samtykke til helse- og velferdsrettede tiltak

Enhver har rett til respekt for sitt privatliv, jf. Grunnloven § 102, Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) artikkel 8 og FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) artikkel 17. På helserettens område innebærer dette at pasienten har en selvbestemmelsesrett over egen kropp og helse, som omfatter en rett til å nekte å ta imot behandling.⁹

Dette er reflektert i norsk helselovgivning. Helsehjelp, inkludert helsehjelp for rusproblemer, kan bare gis med pasientens eller brukerens samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1. Helsehjelp uten samtykke kan likevel ytes i enkelte situasjoner der det foreligger en uttrykkelig lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag. Slike bestemmelser finnes for eksempel i helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9 om rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming,

kapittel 10 om tvangstiltak overfor rusavhengige,¹⁰ psykisk helsevernloven kapittel 3 om etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern¹¹ og i helsepersonelloven § 7 om helsepersonells plikt til å yte øyeblikkelig hjelp selv om pasienten ikke er i stand til å gi samtykke eller motsetter seg slik hjelp.¹² Utvalget viser også til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 om helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.

Alle personer over 18 år har etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 bokstav a samtykkekompetanse om ikke annet følger av § 4-7 eller annen særlig lovbestemmelse. Personer mellom 16 og 18 år har etter bokstav b samtykkekompetanse hvis ikke annet følger av særlig lovbestemmelse eller av tiltakets art. Det samme gjelder i en viss utstrekning også personer mellom 12 og 16 år, jf. bokstav c.

For pasienter under 16 år har foreldrene eller andre med foreldreansvaret som hovedregel rett til å samtykke til helsehjelp slik det fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 første ledd. Det samme gjelder for ungdom mellom 16 og 18 år som mangler samtykkekompetanse, såfremt vedkommende ikke motsetter seg helsehjelpen, jf. § 4-5. For barn mellom 12 og 16 år skal imidlertid ikke foreldre eller andre som har foreldreansvaret, informeres dersom vedkommende «av grunner som bør respekteres» motsetter seg dette, jf. § 3-4 annet ledd.

For andre tilbud og tjenester enn dem som omfattes av pasient- og brukerrettighetslovens virkeområde, for eksempel tiltak innenfor utdanningssektoren eller arbeids- og velferdssektoren, legger utvalget til grunn at dette vil være tjenester som det heller ikke er aktuelt å tilby med mindre personen saken gjelder, ønsker dette.

Som det fremgår av utredningens kapittel 16 foreslår utvalget at enkeltpersoner skal kunne pålegges å møte til en rådgivningssamtale. Rådgivningssamtalen, som er beskrevet nærmere i nevnte kapittel, vil ha to alternative innretninger avhengig av hvorvidt vedkommende som er ilagt møteplikt samtykker eller ikke samtykker til kartlegging av rusmiddelbruk, livssituasjon for øvrig samt mulig tjenestebehov.

Det første alternativet omfatter personer som *ikke* gir samtykke til kartlegging og består av

⁸ I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 10 er det gitt hjemler om bruk av tvangstiltak som særskilt gjelder rusmiddelavhengige. Utvalget tar her forbehold om eventuelle endringer i lovverket som følge av NOU 2019: 14 *Tvangsbegrensningsloven. Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*.

⁹ Se Den europeiske menneskerettighetsdomstolens dom avsagt 29. april 2002 (*Pretty mot Storbritannia*) og dom avsagt 5. desember 2013 (*Arskaya mot Ukraina*). Se også *Konvensjon om beskyttelse av menneskerettighetene og menneskets verdighet i forbindelse med anvendelsen av biologi og medisin* av 4. april 1997 (Oviedo-konvensjonen, ETS nr. 164) artikkel 5 nr. 1, som fastslår at inngripen på helseområdet bare kan skje etter fritt og informert samtykke fra den berørte personen. Oviedo-konvensjonen trådte i kraft for Norge i 2007.

¹⁰ Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester.

¹¹ Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

¹² Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.

generell rådgivning og informasjon om narkotika- bruk også relatert til omstendighetene som foran- lediget oppmøteplikten samt fraråding av videre bruk av narkotika. Personen vil ha en plikt til å møte til denne samtalen, men pålegges ingen plikt til å besvare spørsmål om egen rusbruk og lig- nende. Alternativet utgjør ikke, etter utvalgets syn, helsehjelp etter helselovgivningen.

Alternativ to vil omfatte kartlegging av rele- vante forhold knyttet til rusmiddelbruk og psyko- sosiale forhold samt boforhold og økonomi. Der- etter gis det veiledning vedrørende muligheter for bistand og henvisning til relevante instanser. Dette alternativet anses som helsehjelp og krever et informert samtykke.

Utvalgets foreslåtte løsning innebærer at poli- tiet gis hjemmel for å ilegge en person oppmøte- plikt for en kommunal virksomhet i tilfeller av avdekket bruk av narkotika og tilhørende befat- ning med narkotika til egen bruk. Politiet har videre hjemmel for å sende melding til helse- og omsorgstjenesten i kommunen om ilagt møteplikt *uten* at det er påkrevet å innhente samtykke fra personen saken gjelder, til å dele disse opplysnin- gene (se utredningens kapittel 14).

Tilsvarende vil det gis hjemmel i forskrift til den nye bestemmelsen om *rådgivende enhet for narkotikasaker* i helse- og omsorgstjenesteloven for kommunens adgang til å melde tilbake til poli- tiet om manglende oppfyllelse av møteplikten *uten* at samtykke er påkrevet (se utredningens kapittel 22).

Rådgivningsenheten for narkotikasaker i utval- gets foreslåtte modell vil være en lovpålagt opp- gave for kommunene etter helse- og omsorgs- tjenesteloven, se kapittel 16. Utvalget legger til grunn at meldinger fra politiet til rådgivningsen- heten derfor omfattes av det eksisterende unn- taket fra politiets taushetsplikt for utlevering av opplysninger til virksomheter som yter tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven, jf. politiregisterloven § 30, jf. politiregisterforskriften § 9-6 første ledd nr. 3.

15.4.2 Brukermedvirkning og rett til tilpasset informasjon

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjen- nomføring av helsehjelpen, jf. pasient- og bruker- rettighetsloven § 3-1. Dette omfatter retten til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og for- svarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder.

En forutsetning for pasient og brukers mulig- het til å gi samtykke og til å medvirke på en meningsfylt måte er at det gis adekvat informa-

sjon. Det er helsepersonellet som yter helse- hjelpen, som har plikt til å gi slik informasjon, jf. helsepersonelloven § 10.

Pasient og bruker skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i egen helse- tilstand og innholdet i helsehjelpen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Pasient og bruker skal også få informasjon om mulige risikoer og bivirkninger av helsehjelpen, og informasjonen skal tilpasses pasient og brukers forutsetninger, herunder alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn. Pasient- og brukerrettighetslo- ven § 3-4 regulerer informasjon som skal/kan gis til foreldre eller andre som har foreldreansvaret, når pasient eller bruker er under 18 år.

Pasienter og brukere kan og skal gjøre egne vurderinger. Disse vurderingene kan stride mot fagpersoners råd og meninger. Helsepersonell skal likevel også i slike sammenhenger under- støtte den enkeltes selvbestemmelsesrett og bidra til at pasienter og brukere kan fatte sine egne beslutninger. Dette gjøres for eksempel gjennom å tydeliggjøre konsekvensene av ulike alternativer for å bidra til at den enkelte kan vurdere disse alternativene opp mot hverandre.

Tilsvarende krav om medvirkning finner vi også i annet regelverk i velferdssektoren. For eksempel skal sosialtjenesten etter sosialtjeneste- loven¹³ § 42 i så stor grad som mulig utforme sitt tjenestetilbud i samarbeid med tjenestemottager, og vedkommendes mening skal tillegges stor vekt.¹⁴

Barn har tilsvarende rettigheter til å bli hørt i saker som gjelder dem selv, i overensstemmelse med deres alder og utvikling, jf. Grunnloven § 104 første ledd annet punktum. Dagens barnevernlov § 6-3 gir barn rett til å uttrykke sin mening etter fylte syv år.¹⁵

15.5 Hvilket rom finnes for sanksjoner etter en overføring fra straff til helse?

15.5.1 Innledning

På grunnlag av utvalgets mandat, og utvalgets for- slag om å avkriminalisere bruk av narkotika samt

¹³ Lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.

¹⁴ Bestemmelsen utdypes i Rundskriv fra AVdir (35-2012).

¹⁵ Barne- og familiedepartementet vil også tydeliggjøre barns rett til medvirkning gjennom forslag til ny barnevernlov Forslaget er en oppfølging av NOU 2016: 16 *Ny barnevernlov – Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse*. Se Regjeringen (2019b).

ervert og innehav av en nærmere definert mengde narkotika til egen bruk, oppstår spørsmålet om hvorvidt de avkriminaliserte handlingene likevel bør møtes med administrative sanksjoner.

I det følgende drøfter utvalget hensiktsmessigheten og rettmessigheten av sanksjoner, gitt mandatets forutsetning om å overføre samfunnets reaksjoner på narkotikabruk fra justis- til helse-sektoren, sett i lys av den eksisterende adgangen til å anvende tvangs- og kontrolltiltak i helse-tjenestene. Videre redegjør utvalget for sine synspunkter på hvorvidt sanksjoner i tradisjonell forstand skal utløses av manglende oppfølging av tilbud om helse- og velferdstjenester, jf. mandatets punkt 1: «[M]anglende oppfølging vil medføre sanksjoner.» Det vises til punkt 15.8 for utvalgets vurderinger av om adgangen til å anvende tvang i helse- og velferdstjenestene bør utvides.

15.5.2 Tvangs- og kontrolltiltak og konsekvenser av regelbrudd i dagens helse- og velferdstjenester

Det finnes i dag virkemidler for tvang og kontroll i helse- og velferdstjenestene, og noen av disse omtales kort i det følgende. Innen velferdsretten er det imidlertid verken tradisjon eller hjemler for å ilegge pasienter og brukere sanksjoner med det formål å markere overfor personen selv, eventuelt også overfor befolkningen for øvrig, at en handling eller atferd var klanderverdig.

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 hjemler tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige dersom den enkelte fyller bestemte vilkår.¹⁶ Vilkårene i bestemmelsene knytter seg imidlertid til en vurdering av personens nåtidige tilstand og behov og er klart nok ikke uttrykk for et formål om å straffe personen for rusmiddelbruken.

I motsetning til poliklinikker har rusbehandlingsinstitusjoner, inkludert kommunale institusjoner med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige,¹⁷ anledning til å benytte tvang og restriksjoner overfor pasienter etter for-

skrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon.¹⁸ Slike tvangstiltak kan utløses av pasientens handlinger og tar sikte på å regulere fremtidig atferd og understøtte formålet med oppholdet. Pågående bruk av rusmidler under behandling kan for eksempel redusere effekten av behandlingen som ytes.

Etter forskriften kan det også treffes vedtak om kroppsvistasjon og undersøkelse ved begrunnet mistanke om at rusmidler og enkelte andre gjenstander vil bli forsøkt innført eller er innført i institusjonen, når slike tiltak er nødvendig for å oppnå formålet med oppholdet, jf. forskriftens § 8. Denne typen inngripende virkemidler kan nok i enkelte tilfeller oppleves av pasient og bruker som en sanksjon som følge av en gitt handling eller atferd. Formålet er imidlertid å kontrollere for bruk av rusmidler, ikke å straffe personen for handlingene.

Brudd på husordensregler, fastsatt etter § 4 første ledd i forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon, for eksempel om bruk av rusmidler under behandling, kan også medføre konsekvenser for en pasient. For eksempel kan pasienten, etter en vurdering av hvorvidt vedkommende nyttiggjør seg behandling i døgninstitusjon, overføres til poliklinikk eller om pasienten ikke ønsker dette, bli skrevet ut av behandling. Helsedirektoratet presiserte i 2018 at slike konsekvenser ikke skal gis rutinemessig, men vurderes med utgangspunkt i den enkeltes behandling/rehabilitering.¹⁹ Også i poliklinisk behandling kan utskrivning fra behandling være et mulig utfall dersom det vurderes at pasienten ikke nyttiggjør seg behandling, og andre former for behandling ikke vurderes å være til nytte.

Det må legges til grunn at det også utenfor institusjoner i en viss utstrekning benyttes tvang som reaksjon på overtredelse av ordensregler og lignende, men da på et mindre sikkert rettslig grunnlag enn i institusjonene. Utvalget viser i den sammenhengen til en rapport fra NAPHA om bruk av rettighetsinngripende tiltak i kommunale botilbud.²⁰

¹⁶ Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester gir i kapittel 10 hjemler for bruk av tvangstiltak som særskilt gjelder rusmiddelavhengige. Etter lovens § 10-2 kan det dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling og holdes tilbake der i opptil tre måneder.

¹⁷ Forskrift 16. desember 2011 nr. 1254 om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon.

¹⁸ Forskrift 26. august 2016 nr. 1003 om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer. Forskriften er gitt med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 om særlige bestemmelser ved opphold i institusjon og spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 om adgang til tilbakeføring ved rømming fra behandling for rusmiddelavhengighet m.m.

¹⁹ Helsedirektoratet (2018c) s. 9.

²⁰ NAPHA (2017a).

Innenfor velferdsretten kan den alminnelige vilkårslæren gi et visst rom for å knytte vilkår til tildelingen av en ytelse, slik at brudd på vilkår kan føre til vedtak som gir negative konsekvenser for mottageren. Dette er lovfestet for sosialtjenestens vedtak om sosial stønad, jf. sosialtjenesteloven § 20, og i enkelte andre lovbestemmelser på velferdsrettens område.²¹ For unge under 30 år er sosialtjenestene nå pålagt å stille slike vilkår ved tildeling av sosial stønad, jf. samme lovs § 20 a. Ved vurderingen av om bruddet skal få konsekvenser, og i så fall hvilke, skal sosialtjenesten foreta en konkret og individuell vurdering, hvor det blant annet tas hensyn til om årsaken er tjenestemottagerens evne eller vilje.²² Dette innebærer at vedtak om konsekvenser som følge av brudd på vilkår har et visst element av å reagere på uønsket atferd. Etter utvalgets syn er det imidlertid lite treffende å anse slike konsekvenser som en sanksjon som sådan, forstått som et tilsiktet onde for å markere et regelbrudd. Vilkårene fastsettes individuelt som ledd i en tilpasning av en *ytelse* på en måte som skal bidra til å motivere og påvirke tjenestemottager til å komme seg ut av en vanskelig livssituasjon.²³ Et annet eksempel på lovregulerte vilkår som fastsettes knyttet til ytelse, hvor brudd på vilkårene kan medføre negative konsekvenser, finnes i folketrygdlovens²⁴ bestemmelser om arbeidsavklaringspenger, jf. §§ 11-7 til 11-9.

Til tross for at det både finnes formell adgang til å regulere pasienters atferd, og det til en viss grad må antas at det forekommer mer uformell bruk av inngripende tiltak med samme formål, er det etter utvalgets syn en klar prinsipiell forutsetning at helsetjenestene i dag ikke forvalter sanksjoner i den betydningen det er redegjort for ovenfor. Velferdstjenestene står etter utvalgets syn i det vesentlige i samme stilling som helse-tjenestene når det gjelder konsekvenser av regelbrudd.

Utvalget peker på betydningen av at vilkår som stilles ved tildeling av sosial stønad, og konsekvenser som følge av brudd på vilkårene er i henhold til de krav som følger av loven, og at det utøves et forsvarlig skjønn. Konsekvensene må fremstå som forholdsmessige, også i betraktning av at sosiale stønader i utgangspunktet er samfunnets sikkerhetsnett og skal ivareta utsatte grup-

per. Tilsyn og klagesaker som er behandlet hos fylkesmannen, viser ikke alltid at praksis er i henhold til myndighetskrav.²⁵

I rusbehandling påpeker utvalget at ilagte konsekvenser av en pasients atferd subjektivt kan oppleves som sanksjon, selv om det etter utvalgets oppfatning ikke faller inn under definisjonen av sanksjon. Det forutsettes en skjønnsom forvaltning av regelverket, både i poliklinisk og døgnbasert rusbehandling.

15.5.3 Sanksjoner ved narkotikabruk og tilhørende befatning med narkotika til egen bruk

Utvalget tar utgangspunkt i at formålet med rusreformen er å endre myndighetenes reaksjoner på bruk og tilhørende befatning med narkotika til egen bruk, «fra straff til hjelp, behandling og oppfølging». Av dette følger det, etter utvalgets oppfatning, at strafferettslige reaksjoner ikke lenger skal være en del av samfunnets virkemidler direkte overfor enkeltpersoners bruk av narkotika. Selv om ordlyden ikke utelukker sanksjoner som reaksjon på narkotikabruk, harmonerer det dårlig med mandatets intensjon å innføre straffelignende tiltak som en reaksjon på bruken som sådan.

Det ligger per i dag utenfor helse- og velferdssektoren ansvarsområde å forvalte straffelignende tiltak som reaksjon på bruk av narkotika. Utvalget vil ikke foreslå noen endring i dette prinsipielle utgangspunktet. Statens helsetilsyn har i sitt skriftlige innspill til utvalget påpekt at dagens helsetjeneste i utgangspunktet ikke er oppbygd med tanke på at helsepersonell skal ha en rolle som kontrollører eller varslere eller sanksjonere pasienter. Fellesorganisasjonen har i sitt innspill til utvalget også advart mot å innføre innhold i tjenestene som kan oppfattes som alternative straffereaksjoner.

Å legge ansvaret for slike reaksjoner til helse- og velferdstjenestene ville kunne påvirke tillitsforholdet mellom bruker eller pasient og tjenesteyter negativt. Det ville være uheldig, fordi tillit ofte vil være en forutsetning for å kunne yte god og forsvarlig helsehjelp og andre velferdstjenester. Slike reaksjoner kan derfor etter utvalgets oppfatning *ikke* ilegges av helse og velferdstjenestene.

Utvalget er klar over at dette ikke er et argument for at sanksjoner som sådan ikke skal ilegges overtredere av forbudet mot bruk av narkotika. Sanksjoner som knytter seg til selve bruken

²¹ For en omtale av slike vilkår, og konsekvenser av brudd på vilkår, se Hagelund mfl. (2016).

²² AVdir (35-2012), kapittel 4.20.2.8.

²³ AVdir (35-2012), kapittel 4.20.1.

²⁴ Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd.

²⁵ Fylkesmannen i Oslo og Viken (2019) s 1.

eller befattningen med narkotika, kunne for eksempel ilegges administrativt av politiet. Slik utvalget ser det, ville dette imidlertid innebære liten endring sammenlignet med gjeldende rett, hvor forelegg utgjør en praktisk viktig reaksjonsform. Utover noen mulige positive konsekvenser ved bortfall av straff som sådan, som er omtalt i kapittel 12, er det vanskelig å se at en overgang til administrative sanksjoner ilagt av politiet ville kunne tjene til å oppnå slike formål som mandatet beskriver. Dette gjelder etter utvalgets syn både for problembrukere og andre brukere av narkotika.

15.5.4 Sanksjoner ved manglende oppfølging av tilbud om helse- og velferdsrettede tiltak

15.5.4.1 Innledning

Spørsmålet er så om en person som ikke følger opp de helse- og velferdstilbud vedkommende tilbys, skal ilegges en sanksjon.

Dette kan for det første ses som et spørsmål om hvorvidt personens befattning med narkotika *likevel* skal anses som straffbar, og anmeldes, dersom personen ikke tar imot (eller avbryter) tilbud om helse- og velferdsrettede tiltak knyttet til narkotikabruken. I et slikt perspektiv vil ikke rusreformen fremstå som vesentlig annerledes enn påtaleunntakelse med vilkår. Det er utvalgets oppfatning at regjeringens formål med rusreformen slik det fremkommer i mandatet – «fra straff til hjelp, behandling og oppfølging» –, utelukker en tilbakeføring til straffesakskjeden etter avkriminalisering av bruk og tilhørende befattning med narkotika til egen bruk.

For det andre kan dette ses som et spørsmål om hvorvidt manglende oppfølging bør føre til administrative sanksjoner. Mange av de samme hensyn som er omtalt ovenfor i forbindelse med spørsmålet om sanksjoner for den rene bruk eller befattning med narkotika til egen bruk, gjør seg også gjeldende her. Det ville være uheldig å legge ansvaret for slike reaksjoner til tjenestene som har til formål å hjelpe personen. Også her kan det riktignok tenkes løsninger der tjenestene selv ikke direkte fatter vedtak om sanksjonering, noe som fremstår som mindre problematisk. Det kan tenkes modeller der saken, i tilfelle manglende oppfølging fra pasienten eller brukeren, oversendes fra tjenesteapparatet til en juridisk avdeling i kommunen, eventuelt til en enhet i politidistriktet med ansvar for forvaltningsoppgaver, og at vedtak om en administrativ sanksjon fattes der. En slik

løsning vil innebære at personer med et behandlings- eller oppfølgingsansvar overfor pasient eller bruker slipper å treffe avgjørelsen om sanksjonering. Det vil imidlertid forutsette et initiativ til sanksjonsvedtaket fra tjenestene som kan være egnet til å svekke enkeltpersoners tillit til helse- og velferdstjenestene. En slik løsning blir dermed også betenkelig av de grunner som er omtalt ovenfor, til tross for at det i prinsippet blir en armlegdes avstand mellom helse- og velferdstjenestene og selve vedtaket om sanksjonering. Nedenfor er denne problemstillingen drøftet særskilt for problembrukere og eksperiment- og rekreasjonsbrukere.

Etter gjeldende rett finnes det en hjemmel for å avkreve fraværsgjeld fra pasienter som ikke møter til avtalt time i spesialisthelsetjenesten og ikke har avbestilt timen mer enn 24 timer i forkant, jf. forskrift om betaling fra pasienter for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten²⁶ § 7, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 første ledd nr. 2. Formålet med gebyret er å «reducere forekomsten av ubenyttede polikliniske timer».²⁷ Utvalgets forslag innebærer ikke en endring av disse bestemmelsene.

15.5.4.2 Problembrukere

En viktig gruppe å ta i betraktning er personer som har en bruk av rusmidler som for eksempel faller inn under diagnosekriterier for skadelig bruk og avhengighetssyndrom (ICD-10).²⁸

Kapasiteten til å følge opp tjenestetilbud og behandling kan i mange tilfeller være svekket som følge av personens totale livssituasjon, herunder omfanget av rusmiddelbruken, somatisk sykdom og andre psykososiale utfordringer personen til enhver tid står overfor. Det tvangsmessige aspektet av rusmiddelbruk ved avhengighetstilstander tilsier at det i utgangspunktet ikke enkelt kan legitimeres å påføre personen et tilsiktet onde som resultat av avhengighetsatferden. Inntak av rusmidler i slike sammenhenger kan neppe sies å være et resultat av en overveid og rasjonell vurdering, selv om personen med rus-

²⁶ Forskrift 20. desember 2016 nr. 1848. Gebyret utgjør det dobbelte av ordinær egenandel, som i 2019 vil si kr 702, jf. forskriften § 7 første ledd. Dersom timen gjelder poliklinisk helsehjelp innen psykiatri eller rusbehandling, er gebyret det samme som ordinær egenandel, jf. § 7 annet ledd. I et forslag fra Helse- og omsorgsdepartementet til endring av forskriften, med frist for høringsuttalelser 1. desember 2019, foreslås gebyret etter § 7 første ledd økt til det tredobbelte av ordinær egenandel.

²⁷ Regjeringen (2019c).

²⁸ Direktoratet for e-helse (2019).

problematikk er tilregnelig og har samtykkekompetanse. Selv om en persons handlinger, her inntak av rusmidler, står i direkte motstrid til personens erklærte ønske om å ikke å bruke rusmidler, har det ikke vært tradisjon for å forstå dette misforholdet som uttrykk for redusert samtykkekompetanse, men mer som uttrykk for mangel på motivasjon.

Utvalget har vanskelig for å se at en trussel om sanksjoner som sådan generelt kan være egnet til å oppnå at personer med alvorlige og omfattende rusproblemer vil slutte å bruke rusmidler. Det er utvalgets oppfatning at det i all hovedsak er konsensus, både i fagmiljøer og politiske miljøer, så vel som i politi, påtalemyndighet og offentligheten generelt, om at det er lite formålstjenlig å straffe personer med et alvorlig rusproblem for deres rusmiddelbruk. Både i og utenfor behandlingsapparatet har man i stor grad gått bort fra tanken om at negative konsekvenser skal ha effekt ved avhengighet. Det reflekteres både i selve diagnosekriteriene og i bruken av alternative straffereaksjoner. Individuelt tilpassede intervensjoner basert på helse- og sosialfaglige vurderinger fremstår minst like godt egnet til å avhjelpe skadelig rusmiddelbruk som bruk av straff.

De fleste synes også å være enige om at bøtelegging av personer med omfattende rusproblemer og avhengighet og som allerede befinner seg i en krevende livssituasjon, ikke er konstruktiv. Det fremstår mer ønskelig at personer i denne gruppen får den hjelp de måtte ha behov for. Utvalget legger til grunn at de samme hensyn i det vesentlige gjør seg gjeldende for administrative gebyrer. Mange mennesker med rusutfordringer har også svak tilknytning til arbeidslivet, dårlig økonomi og offentlig og privat gjeld, herunder narkotikagjeld. Økonomisk er denne gruppen ofte avhengig av sosialhjelp eller andre velferdstjenester som viktigste inntektskilde.²⁹ Sanksjoner i form av et pengegebyr vil dermed være å legge sten til byrden for den enkelte, med høy risiko for at personens behandlings- og rehabiliteringsprosess vanskeliggjøres.

Utvalget legger også vekt på at det vil være i strid med rimelige oppfatninger om en human tilnærming til personer med alvorlige rusproblemer å videreføre straff eller straffelignende reaksjoner, inkludert administrativt ilagt pengegebyr, som reaksjon på *pågående* narkotikabruk eller *tilbakefall* til narkotikabruk, også der dette kunne anses som manglende oppfølging av hjelpetilbud.

²⁹ Hustvedt mfl. (2019).

15.5.4.3 Eksperiment- og rekreasjonsbrukere

Gruppen av eksperiment- og rekreasjonsbrukere omfatter, som nevnt i kapittel 4, personer som har brukt narkotika mer eller mindre jevnlig, men uten at det har ført til helseproblemer eller utpregede negative sosiale konsekvenser for brukeren. Som argument for å opprettholde straffelignende reaksjoner overfor slik bruk kan det fremholdes at disse brukerne kan antas å ha et mer *bevisst* forhold til sin egen bruk enn problembrukerne som er omtalt ovenfor. Det vil si at personen er bevisst risikoen ved rusmidler og ikke minst sin egen rolle som konsument i et kriminelt marked. I tillegg kan det anføres at gruppen har et større moralsk ansvar for at bruk av narkotika alminnelig- og ufarliggjøres (signaleffekten) enn de avhengige eller sterkt marginaliserte brukerne, også med tanke på skadevirkninger på aggregert nivå. Dette innebærer at spørsmålet om bruk av virkemidler med et element av straffehensikt kan stå i en annen stilling når det gjelder rekreasjonsbrukere enn når det gjelder personer med mer alvorlige rusmiddelproblemer og avhengighet.

Bekymringen for signaleffekter av avkriminalisering knytter seg først og fremst til at økt rekreasjonsbruk skal påvirke barn og unge til økt bruk. Opprettholdelse av straffebudet mot bruk av narkotika har da også til dels vært begrunnet med ønsket om å forhindre at barn og unge i en sårbar oppvekstsituasjon blir eksponert for narkotika og selv begynner å bruke slike rusmidler.³⁰ Utvalget viser her også til drøftelsen av argumentet om signaleffekt i utredningens kapittel 12.

For grupper som har særlig risiko for å utvikle problemer, også problemer med narkotika, mener utvalget at det er andre faktorer som fremstår langt mer betydningsfulle enn signaleffekten fra en gruppe mennesker som bruker narkotika i rekreasjonsøyemed. Både genetisk disposisjon og oppvekstbetingelser kan gi økt risiko for utvikling av rusproblematikk:

«Alkoholavhengighet er i tvillingstudier, adopsjons[s]tudier og i dyremodeller vist å ha stor arvelighet (40–60 prosent). For andre rusmidler ligger arveligheten på fra 0,4 for hallusinogener til 0,7 for kokain.³¹ Avhengighet er en 'kompleks genetisk sykdom' som innebærer

³⁰ Ot.prp. nr. 90 (2003–2004) *Om lov om straff (straffeloven)* s. 91.

³¹ Det gjøres oppmerksom på at 0,4–0,7 her skal forstås som henholdsvis 40 og 70 prosent.

interagerende genetiske faktorer og miljøfaktorer.»³²

Foreldres rusmiddelbruk, psykiske lidelser og generelle omsorgsevne er videre av stor betydning for utviklingen av problemer hos barn og unge generelt. Traumatiske opplevelser i barndommen, som vold, overgrep og omsorgssvikt, peker seg ut som særlige risikofaktorer for fremtidig rusproblem.³³

Utvalget mener uansett at det verken fremstår som nødvendig eller formålstjenlig å reagere med straffelignende reaksjoner overfor rekreasjonsbrukere for å formidle at narkotika er ulovlig. Det er heller ingen grunn til å tro at administrative sanksjoner innebærer noen preventiv effekt som ikke allerede oppnås gjennom en slik oppmøteplikt som utvalget foreslår. Det anses videre at det er langt viktigere – i et helseperspektiv – å formidle at all rusmiddelbruk, også bruk av narkotika, kan føre til alvorlige helseskader og særlig dersom bruken skjer i ung alder.

Utvalget legger også vekt på at personer som kan kategoriseres som eksperiment- eller rekreasjonsbrukere, ikke er en homogen gruppe. Innenfor denne gruppen vil det også kunne være personer som har belastninger, risikofaktorer eller sårbarheter hvor rusmiddelbruk kan forsterke eller konsolidere psykososiale problemer og marginalisering og medføre helseskader eller risiko for helseskader på sikt.³⁴ Det er heller ikke på noen måte gitt at straff eller straffelignende sanksjoner overfor disse brukerne nødvendigvis fører til at de avstår fra bruk av narkotika.

Som omtalt i utredningens kapittel 12 kan det ikke finnes noe klart empirisk belegg for at en straffetrussel har betydning for omfanget av bruk av narkotika i et samfunn i den forstand at en streng strafferettslig regulering fører til mindre bruk og omvendt. Det kan være grunner til å tro at heller ikke administrative sanksjoner vil ha betydning for hvorvidt borgerne avstår fra bruk av narkotika. I verste fall kan en slik reaksjon, på samme måte som straff, bidra til å konsolidere eller forsterke en negativ utvikling og identitetsopplevelse og forverre forholdet til hjelpe-tjenestene, også når det handler om rekreasjonsbrukere.

I tillegg til at det i praksis ville bli en vanskelig oppgave å skille mellom brukergruppene, er det utvalgets oppfatning at det ikke vil fremstå som rimelig å straffe, eller ilegge sivilrettslige sanksjoner overfor, en bestemt gruppe personer og ikke en annen gruppe for samme handling, her bruk av narkotika.

15.5.4.4 Konklusjon

Utvalget legger, i tillegg til de ovennevnte vurderinger, til grunn at mandatets formål om å gå «fra straff til hjelp, behandling og oppfølging» innebærer at pasienter og brukere *ikke* skal tilbakeføres til straffesakskjeden som en konsekvens av manglende oppfølging av helse- og velferdsrettede tiltak. Utvalget foreslår heller ikke at det skal innføres nye former for straffelignende tiltak knyttet til narkotikabruk innenfor helse- og velferdstjenestene.

Uavhengig av den enkeltes måte å bruke narkotika på må det, etter utvalgets syn, være en forholdsmessighet mellom lovovertrедelsen og reaksjonen som skal gis. Dette fordrer igjen en forventet skade som følge av handlingen som er av en slik karakter at en fortsatt straffelignende reaksjon gir nyttevirksomheter som er klart større enn de ulempene de påfører den personen saken gjelder. Dette gjelder også med tanke på samfunnets samlede ressursbruk. En slik tilnærming gjør seg gjeldende også for en eventuell sanksjon som ligger utenfor strafferetten.

Videre må prinsippet om likhet for loven gjelde uavhengig av hvorvidt bruken av narkotika anses å være knyttet til problembruk eller rekreasjonsbruk.

15.5.5 Bør reaksjonen «trappes opp» ved gjentatte overtredelser?

Hensynene som tilsier at straff ikke bør benyttes som reaksjon på befatning med rusmidler til egen bruk, gjør seg etter utvalgets syn like sterkt gjeldende uavhengig av om en person overtrer forbudet én eller flere ganger.

I enkelte land som har avkriminalisert bruk av narkotika (se kapittel 6) er det innført ordninger som lar *antallet* ganger personen er blitt tatt for narkotikabruk, være bestemmende for reaksjonen. For eksempel kan det i noen land reageres administrativt kun én gang, slik at det reageres med strafferettslige reaksjoner ved ytterligere overtredelser. Alternativt kan størrelsen på et administrativt gebyr øke ved gjentagelser, slik utvalget har fått opplyst at det gjøres i Portugal

³² Bramness (2010).

³³ Conroy mfl. (2009).

³⁴ Se også EMCDDA (2019b).

(se mer utførlig om Portugal-modellen i utredningens kapittel 6). Etter utvalgets syn er en tilnærming med opptrapping lite hensiktsmessig.

For personer med vedvarende narkotikabruk og avhengighet vil en trinnvis skjerping av reaksjon være problematisk, ettersom bruken av rusmidler gjerne er av tvangsmessig karakter, slik at andre hensyn og vurderinger av konsekvenser settes til side. I slike tilfeller er det grunn til å tro at forbudet overtres på daglig eller nesten daglig basis, og at rettslige konsekvenser ikke er egnet til å avskrekke personen fra å begå nye lovbrudd.

Utvalget finner det heller ikke i tråd med formålet med rusreformen å innføre trinnvis skjerpet reaksjon overfor andre brukergrupper. Det er neppe grunn til å anta at det er en sterk og direkte sammenheng mellom antall ganger en person blir tatt, og omfanget av vedkommendes rusmiddelbruk eller behandlings- og bistandsbehov. Det kan bero på tilfeldigheter om en persons bruk av narkotika avdekkes hyppig eller sjeldent. Dersom regelverket for det offentliges reaksjoner knytter rettsvirkninger til gjentatte overtredelser av forbudet, vil dette etter utvalgets syn stå i veien for å møte den enkelte bruker med hensiktsmessige og tilpassede tilbud og oppfølging.

Utvalget antar at det, som i dag, vil være et lite antall personer som til stadighet overtrer forbudet mot befatning med narkotika til egen bruk. Dersom det er tale om personer som nylig har vært pålagt oppmøteplikt, og som er kjent for tjenestene, vil det kunne være tilstrekkelig å nøye seg med å registrere overtredelsen, og eventuelt beslaglegge rusmiddelet, såfremt det ikke foreligger omstendigheter som tilsier at vedkommende bør oppsøkes eller kalles inn til en ny samtale for ny rådgivning og kartlegging av mulig tjenestebehov.

15.6 Særlig om barn og unge som bruker narkotika

Det offentliges reaksjoner på barns bruk av narkotika skjer i dag i ulike spor, avhengig av om bruken skjer før eller etter at barnet har nådd den strafferettslige lavalderen på 15 år, og avhengig av om barnet er tatt av politiet for narkotikalovbrudd eller har kommet i kontakt med offentlige tjenester på annet vis. Etter en avkriminalisering vil det ikke være nødvendig å videreføre et slikt formelt skille mellom ulike spor for oppfølging i anledning de avkriminaliserte handlingene.

Utvalget foreslår ingen straffelignende reaksjoner for personer under 18 år av samme grunner som det ikke foreslås slike reaksjoner overfor

voksne brukere (se utredningens kapittel 12). Rusmiddelbruk hos barn og unge innebærer imidlertid større risiko for skade enn hos voksne. Dette gjelder både for fysiologisk, psykisk, kognitiv og sosial utvikling. Videre har samfunnet et særskilt ansvar for å sørge for gode oppvekstvilkår for barn og unge.³⁵ Begge disse forholdene taler til en viss grad for å legge mindre vekt på barn og unges rett til selvbestemmelse og privatliv enn i saker som gjelder voksne. Vurderingen av om det bør innføres adgang til mer inngripende tiltak som reaksjon på narkotikabruk, står derfor i en noe annen stilling for barn enn for voksne.

Påtaleunntatelse med vilkår skal i dag være den «foretrukne» reaksjonsformen i saker der personer under 18 år har brukt narkotika, se omtale i utredningens kapittel 10. Ofte skjer dette i samarbeid med, eller som en del av, det rus- og kriminalitetsforebyggende arbeidet i kommunene, for eksempel gjennom det såkalte SLT-samarbeidet.³⁶ Vilkårene består ofte av krav om avhold fra narkotika gjennom såkalte ungdoms- eller ruskontakter, som inkluderer rusmiddeltesting, hovedsakelig i form av urinprøver som et sentralt kontrolltiltak, og med trussel om tilbakeføring til den ordinære straffesakskjeden ved brudd på vilkårene. Etter en avkriminalisering vil det ikke lenger være en straffetrussel som kan fungere som et pressmiddel overfor unge brukere for å få dem til å delta i slike programmer.

Det er flere som overfor utvalget har fremmet synspunkter på at det også etter en avkriminalisering bør opprettholdes en mulighet for å intervernere overfor ungdom på samme måte som det i dag kan gjøres innenfor rammen av påtaleunntatelse med vilkår. Det er vist til politiets myndighet som avgjørende for at den unge forstår alvoret i saken og faktisk møter til oppfølging. Utvalget har gjennom sine møter, blant annet med politiet, hørt argumenter om at unge opplever narkotikarus som noe positivt og i mindre grad enn voksne har evnen til å vurdere mulige fremtidige negative konsekvenser av narkotikabruk, og at det derfor

³⁵ Dette normative utgangspunktet kommer til uttrykk for eksempel i barnekonvensjonen artikkel 3 nr. 1, som bestemmer at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som berører barn. Konvensjonen er gjort til norsk lov, jf. menneskerettsloven § 2 nr. 4, med forrang for eventuell motstridende lovgivning, jf. samme lovs § 3.

³⁶ SLT står for *Samordning av lokale rus og kriminalitetsforebyggende tiltak*. SLT-modellen skal samordne rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak for barn og unge. Målet er at kommunens barn og unge skal få riktig hjelp til riktig tid, av et hjelpeapparat som samarbeider godt på tvers av etater og faggrupper. Kompetansesenter for kriminalitetsforebygging (2019).

er nødvendig at politiet kan sørge for at ungdom møter håndfaste konsekvenser av slik bruk. Dette handler om å informere om mulige negative helsekonsekvenser, men også om at politisaken som opprettes, er et poeng i seg selv. Sammen med andre følger, slik som inndragning av førerkort med videre, skal dette oppleves som så negative konsekvenser av lovbruddet at den unge avstår fra å bruke narkotika.

Utvalget er kjent med at det foreligger noe kunnskap om at hjelpetiltak kan få et positivt utfall selv om inngangen til tiltaket er tvungen, og at dette også gjelder barn og unge.³⁷ Men dersom det er usikkerhet om virkningene av en intervensjon, hva enten den er nyutviklet eller baserer seg på eksisterende praksis, bør den etter utvalgets syn kun benyttes dersom det er vurdert som sannsynlig at tiltaket ikke vil være til skade eller ulempe for personen det gjelder.³⁸ Videre må det være særlige gode grunner til å tro at slike tiltak forventes å ha positiv effekt før de benyttes, og tiltakene må stå i forhold til alvorlighetsgraden av lovbruddet som sådan. Se også utvalgets vurderinger av tvang i punkt 15.8.

Tvangslovutvalget har konkludert med at kunnskapsgrunnlaget om virkninger av å anvende tvang overfor barn er mangelfullt.³⁹ Selv om rapporten nok i stor utstrekning viser til tvang som anvendes innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og i barnevernsammenheng, antar Rusreformutvalget likevel at de samme hensyn som gjør seg gjeldende i disse sektorene, også må tillegges vekt for bruk av tvang overfor barn og unge på rusfeltet. Dette gjelder uformell så vel som formell tvang.

Det integritetskrenkende elementet i å utsettes for en uønsket (helse- og velferdsrettet) intervensjon skal heller ikke undervurderes. Tvangslovutvalget peker på at barn og unge kan ha en mindre utviklet evne enn voksne til å forstå at tvangsbruk kan være nødvendig og riktig i et gitt tilfelle, og derfor på kort og lang sikt ha en mer negativ opplevelse av å bli utsatt for tvang. Tvangslovutvalget nevner likevel at noe forskning viser at det de omtaler som anerkjennende og proporsjonal tvangsbruk, blir opplevd av den enkelte som mindre krenkende enn andre former for tvang.⁴⁰

Barn og unge må akseptere at deres autonomi på en rekke områder begrenses av deres foresattes plikt til å yte omsorg og i den sammenheng måtte ta beslutninger på deres vegne. Tvangslovutvalget har behandlet denne problematikken i sin omtale av hvorvidt den menneskerettslige utviklingen tilsier endringer i reguleringen av tvang mot barn.⁴¹ Her pekes det på at barns, og deres foresattes, rettigheter må vektes på en måte som sikrer at barns interesser og rettigheter ivaretas. Dette gjelder særlig overfor sårbare barn og unge. Det vises til følgende formulering fra Tvangslovutvalgets rapport:

«Det er grunn til å påpeke at barn i enda større grad enn voksne kan komme i en underlegen stilling overfor dem som skal ta stilling til hvilke tiltak som skal anvendes. Derfor må det utvises ekstra tilbakeholdenhet med å utøve tvangstiltak overfor barn. Når det er spørsmål om å benytte tiltak barn motsetter seg, vil det være en forpliktelse å holde barnets standpunkt opp mot det godet som tiltaket skal fremme, som i disse tilfellene vil være av helse- og omsorgsmessig karakter.»⁴²

Utvalget er positiv til samtaleintervensjoner og tilbud om oppfølging til unge mennesker, også der deres motivasjon for endring ikke nødvendigvis er eksplisitt uttrykt. Selv om det foreligger lite systematisk evaluering av tiltak som er påtvinget for eksempel som vilkår ved påtaleunntatelse, indikerer de rapportene som foreligger, at tilbud om samtaler og oppfølging kan oppleves som positivt av ungdommen selv.⁴³

Det er etter utvalgets oppfatning likevel ikke evidens for at det er selve tvangen, i form av

³⁷ Se for eksempel NKTSB (udatert) s. 12.: «Unge med rusproblemer føler sjelden at de trenger behandling og søker nesten aldri behandling på egenhånd. Strafferettslige tiltak og sanksjoner eller påvirkning fra familie og nærmiljø kan derfor spille en viktig rolle i å få unge til å oppsøke, bli i og fullføre behandling. Forskning viser at behandling kan fungere selv om den er under tvang.»

³⁸ Inspirert av Sumnall, Bates og Jones' paper fra 2017, som utgjorde en del av grunnlagsmaterialet for EMCDDA-rapporten *Health and social responses to drug problems: A European guide* s.21. Originalsitat i paperet:

«Where there is uncertainty about the effectiveness of a particular intervention or programme or how best to respond to an emerging drug problem, a precautionary approach should be taken. Innovative interventions or those adapted from current practice should be introduced where the balance of probability suggests that the activity is unlikely to be associated with harm and the costs and harms associated with a lack of action are considered high.»

³⁹ NOU 2019: 14, se spesielt omtale av særlige virkninger av tvang overfor barn, s. 270–273.

⁴⁰ NOU 2019: 14, s. 272.

⁴¹ NOU 2019: 14, s. 182.

⁴² NOU 2019: 14, s. 182.

⁴³ Baklien og Bye (2018) se blant annet side 28 om ungdommens stemme.

straffetrussel eller andre sanksjoner som bidrar til eventuelle ønskede effekter. Utvalget mener at det gjennom helse- og sosialfaglige intervensjoner vil være mulig å motivere den unge til å reflektere over sin rusmiddelbruk, og til å redusere eller avslutte denne, selv uten en straffetrussel.⁴⁴ Dette kan, innenfor rammene av samtykke, likevel gjøres med en viss pågåenhet fra helse- og velferdstjenestene, ikke minst basert på den kunnskap og erfaring som er utviklet gjennom det rus- og kriminalitetsforebyggende arbeidet. Utvalget viser her også til de anbefalinger som gis i Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge.⁴⁵

Utvalget vil på bakgrunn av sine vurderinger ikke foreslå adgang til bruk av tvang overfor barn og unge, for eksempel i form av tvungen rus-testing, som ikke allerede følger av dagens regelverk i helse- og omsorgstjenesteloven, barnevernloven og lov om psykisk helsevern.

Der det oppstår akutte situasjoner som følge av barn og unges bruk av rusmidler, viser utvalget til de virkemidlene som følger av politiloven § 8 om innbringelse, § 9 om inngrep overfor berusede personer og § 13 om inngrep overfor barn.

15.7 Bør dagens alternative straffereaksjoner inngå i utvalgets foreslåtte modell?

Utvalget har i tråd med mandatet vurdert hvorvidt dagens alternative straffereaksjoner bør inngå i den nye reaksjonsmodellen. For nærmere omtale av de ulike alternative straffereaksjonene, se kapittel 10. Alternative straffereaksjoner forutsetter at en handling er straffbar. Etter rusreformen vil ikke det lenger være tilfelle for bruk, innehav og erverv av narkotika til egen bruk, og det vil således ikke være aktuelt å innlemme noen former for straffereaksjoner innenfor den modellen utvalget her foreslår. Alternative straffereaksjoner skal etter utvalgets oppfatning forbeholdes personer som dømmes for forhold som ikke omfattes av utvalgets forslag til avkriminalisering.

⁴⁴ I den sammenheng vil utvalget peke på en evaluert kognitiv behandlingsmodell fra Danmark, U18-modellen, som har som målgruppe unge under 18 år (kan utvides til 25 år) med en bekymringsfull bruk av rusmidler (risikobruk) og bruk som påvirker de unges atferd og mulighet for blant annet å utvikle seg, være aktive i eget liv, inngå i sosiale relasjoner, delta i utdanning og/eller arbeidsliv. Sosialstyrelsen (2019).

⁴⁵ Helsedirektoratet (2019g)

Utvalgets forslag nødvendiggjør således ingen endringer i praktiseringen av alternative straffereaksjoner for handlinger som utvalget ikke foreslår å avkriminalisere.

At helse- og velferdstjenester er en del av tilbudet til personer som ilegges alternative straffereaksjoner, og at det til dels kan benyttes samme metoder i oppfølgingen av disse personene i helse- og velferdssektoren som i kriminalomsorgen, har etter utvalgets oppfatning ikke betydning i denne sammenhengen. For at en person skal motta tjenester fra helse- og velferdssektoren, må det etter utvalgets oppfatning - også i en tilknytning til en alternativ straffereaksjon - foreligge et tjenestebehov og rett til slike tjenester samt samtykke fra personen det gjelder.

15.8 Bør adgangen til bruk av tvang og kontroll i helse- og velferdstjenestene utvides i forbindelse med rusreformen?

15.8.1 Generelt om bruk av tvang i helse- og velferdstjenestene

Utvalget har i fortsettelsen av diskusjonene om alternative straffereaksjoner vurdert hvorvidt det, til tross for prinsippet om samtykkebaserte helse- og velferdstjenester, skal innføres nye administrative hjemler for tvang overfor personer som tas for bruk og tilhørende befatning med narkotika til egen bruk. Dette kunne for eksempel være tvang ved gjennomføring av pålagte samtaler samt kontroll med rusmiddelbruk utover den adgang til bruk av tvang og de vilkår som allerede finnes i helse- og velferdslovgivningen.

Erfaring tilsier at en relativt stor andel av de som tas for bruk av narkotika, ikke nødvendigvis har et behov for behandling for sitt rusproblem som tilsier at det skal gis pasientrettigheter i spesialisthelsetjenesten. Det er heller ikke gitt at det er behov for tjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten mv. Svært få vil oppfylle kriteriene for bruk av tilbakehold etter helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 10.

For å rettferdiggjøre et inngrep innenfor helsesektoren må det, med en viss grad av sikkerhet, påvises at inngrepet vil ha en effekt som oppveier de ulemper og potensielle skader inngrepet kan ha for den berørte personen. Hvilke positive virkninger et inngrep kan ventes å gi, vil også virke inn på vurderingen av hvordan, og på hvem, helse- og omsorgstjenestenes ressurser skal benyttes, ut fra de kriterier som er lagt til grunn for prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten.

Utvalget ser ikke bort fra at et behandlings- eller hjelpetiltak kan få et positivt utfall selv om inngangen til tiltaket er tvungen.⁴⁶ Kunnskapsgrunnlaget er imidlertid mangelfullt. Tvangslovutvalget har nylig gjennomgått kunnskapsgrunnlaget om effekt og bivirkninger av behandling under tvang.⁴⁷ Tvangslovutvalget påpekte at svakhetene ved kunnskapsgrunnlaget i den sammenhengen er enda mer mangelfullt innen rusfeltet enn i psykisk helsevern: «[D]en vitenskapelige litteraturen er av lav kvalitet og gir motstridende funn.»⁴⁸ En foreliggende norsk studie⁴⁹ indikerer, slik Tvangslovutvalget tolket resultatene,⁵⁰ at tre pasienter i snitt må behandles mot sin vilje for å hindre at én av dem faller tilbake til injisering av rusmidler. En premiss i studien var «at alternativet til bruk av tvang er ingen behandling i det hele tatt og fortsatt livstruende rusmiddelbruk», et argument Tvangslovutvalget ikke umiddelbart godtok som et utgangspunkt for å anvende tvang.⁵¹

Tvangslovutvalgets undersøkelser gjaldt tvang anvendt overfor personer med alvorlig rusproblematikk, som utgjør en liten andel av den totale populasjonen som bruker narkotika mer eller mindre jevnlig. Rusreformutvalget tar likevel Tvangslovutvalgets vurderinger til støtte for synspunktet om at det ikke er et solid empirisk grunnlag som tilsier at helse- og velferdstjenestenes adgang til tvungen behandling av personer som tas for bruk av narkotika, bør utvides sammenlignet med gjeldende rett. Mange hensyn som er omtalt i drøftelsen ovenfor av prinsippet om samtykkebaserte helse- og velferdstjenester, og forholdet til sanksjon og straff, gjør seg gjeldende også i denne sammenhengen.

I mange tilfeller ville økt bruk av tvang, etter utvalgets syn, fremstå som uforholdsmessig sett i lys av narkotikabruken som utløser reaksjonen. Det vil også kunne stilles spørsmål om hvorvidt dette kan sies å være hensiktsmessig bruk av helse- og velferdstjenestenes ressurser, noe som neppe kan besvares bekræftende.

⁴⁶ Se for eksempel NIDA (2014) der det hevdes at flere studier viser at effekten for personer som er pålagt å delta i behandling gjennom rettssystemet, er like god – eller bedre – som for dem som deltar i behandling uten slikt pålegg. Personer som er pålagt behandling, ser ut til å møte til terapi i større grad og forblir også i behandling over lengre tid, noe som også kan ha en positiv innvirkning på behandlingseffekten (vår oversettelse).

⁴⁷ Se NOU 2019: 14, kapittel 10.2.2.

⁴⁸ NOU 2019: 14, s. 258.

⁴⁹ Tvangslovutvalget viser her til Pasareanu mfl. (2016).

⁵⁰ NOU 2019: 14, s. 257.

⁵¹ NOU 2019: 14, s. 257.

15.8.2 Rustesting i forbindelse med såkalt ruskontrakt

Utvalget har vurdert om det er behov for særskilte regler overfor barn og unge for å kunne videreføre rustesting og oppfølgingssamtaler for ungdom, ofte kalt «ruskontrakt» eller «ungdomskontrakt». Dette brukes etter gjeldende rett i praksis ofte ved påtaleavgjørelser for narkotikalovbrudd begått av mindreårige, men forekommer også på et klarere frivillig grunnlag uten at det er opprettet straffesak.⁵² Når ruskontrakt benyttes som vilkår for en påtaleunntatelse, står personen saken gjelder, overfor et valg mellom å få avgjort saken gjennom å inngå en slik kontrakt eller ved at det utferdiges et forelegg med bøtestraff.

Påtaleunntatelse kan bare brukes som reaksjon overfor handlinger som er straffbare. Etter utvalgets foreslåtte reform vil det derfor ikke være adgang til å bruke «ungdomskontrakt» eller lignende som vilkår for påtaleavgjørelse dersom ungdommen bare har begått slike handlinger som utvalget foreslår å avkriminalisere.

Ved en slik avkriminalisering oppstår det dermed spørsmål om hvorvidt det bør innføres sivilrettslige hjemler (som går lenger enn rent samtykkebasert oppfølging) for å komme i posisjon til å inngå ruskontrakter, på en lignende måte som politiet frem til nå har kunnet gjøre i tilknytning til påtaleunntatelser. Det måtte da innebære at ikke å samtykke til å inngå en kontrakt om oppfølging og prøvetaking, eventuelt brudd på vilkår fastsatt i en slik kontrakt, skulle kunne utløse straffelignende reaksjoner for personen. Dette ville innebære et element av rettslig press for å inngå avtalen og avlevere urinprøver.

Utvalget stiller seg kritisk til bruk av tvungen rusmiddeltesting, spesielt gjennom krav om å avlegge urinprøver, med negative konsekvenser dersom testen viser positivt resultat, eller ungdommen ikke avlegger prøven. Slik rustesting er etter utvalgets syn et alvorlig inngrep i den personlige sfære og derfor ikke forholdsmessig tatt i betraktning den type lovbrudd utvalget foreslår å avkriminalisere. For å motvirke manipulering avgis urinprøver normalt under tilsyn.⁵³ Dette innebærer at barnet eller ungdommen må akseptere at en fremmed person ser på mens de urinerer, noe som

⁵² Bruk av ruskontrakt kan inngås frivillig, se for eksempel Lien og Larsen (2015), men kan også være et vilkår ved påtaleunntatelse etter straffeprosessloven § 69. Påtalemyndigheten har ved påtaleunntatelsen adgang til å sette vilkår som nevnt i straffeloven § 53 nr. 2, nr. 3 bokstavene a til h, nr. 4 og nr. 5.

⁵³ Helsedirektoratet (2014a veileder) s. 11.

innebærer en blottlegging av intime kroppsdelene. Dette utgjør etter utvalgets syn et betydelig innbrytning i privatlivet og vil kunne oppleves som særdeles krenkende. Det må kreves meget gode grunner for å rettferdiggjøre anvendelse av rettslig press for å gjennomføre et slikt tiltak.

Selv om dagens praksis i hovedsak synes å være at ungdommen også følges opp gjennom samtaler, og urinprøver i mindre grad forekommer isolert, er utvalget informert om at praksis er ulik fra sted til sted, og at urinprøver noen steder kan være eneste tiltak som iverksettes overfor den unge.⁵⁴ Det finnes per i dag ikke god og oppdatert systematisk kunnskap om slike tiltak.

Kunnskapsgrunnlaget om slik rustesting og programmene de inngår i, er mangelfullt. Studier fra USA har vist at bruk av rustesting som en del av en strafferettslig reaksjon på kjøring i ruspåvirket tilstand, hvor positive prøveresultater eller unnlatt oppmøte leder til en snarlig og kortvarig frihetsberøvelse, har gitt positive effekter i form av redusert rusmiddelbruk og rusrelatert kriminalitet.⁵⁵ Den konkrete konteksten slik rustesting inngår i, gjør det imidlertid tvilsomt om resultatene har overføringsverdi til rustesting utenfor straffesaker i en norsk kontekst. Det finnes uttalelser fra ungdom som taler for at rustesting anvendt som vilkår i en alternativ straffereaksjon kan bidra positivt til å opprettholde rusfrihet. Utvalget har funnet slike uttalelser både i en evaluering av den såkalte TIUR-modellen⁵⁶ og i en evaluering av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging.⁵⁷

På den annen side viser internasjonal forskning på bruk av narkotika at de fleste unge mennesker som eksperimenterer med narkotika, avslutter bruken på egen hånd.⁵⁸ I og med at unge eksperimentbrukere uten omfattende rusproblemer eller psykososiale utfordringer kan omfattes av gruppen som vi finner i tiltak som TIUR-modellen, kan et funn av at unge som har kommet inn i en ordning med rustesting, avslutter narkotika-bruken, ikke nødvendigvis anses som en effekt av tiltaket. Dette utelukker likevel ikke at det kan ha virket positivt i enkelttilfeller. Den samlede effekten, og hvilke eventuelle negative effekter rustesting innebærer, er det vanskelig å si noe om. Klare funn om dette ville kreve at det gjennomføres kontrollerte studier, der utfall av tiltaket sammen-

lignes med utfall i en gruppe hvor tiltaket ikke benyttes. Utvalget mener på bakgrunn av dette at tvungen rustesting isolert sett ikke kan anses som et tilfredsstillende kunnskapsbasert tiltak. Etter utvalgets vurdering er det ikke tilstrekkelig klare holdepunkter for at det er forsvarlig å bruke et program med urinprøver som en *reaksjon* på bruk av narkotika eller på manglende oppfølging av helse- og velferdsrettede tiltak.

Utvalget vil på denne bakgrunn ikke anbefale å opprette hjemler for tvungen rusmiddeltesting eller at rustesting under *trussel om straffelignende tiltak* inngår som en del av oppfølging eller kontroll av unge menneskers bruk av narkotika innenfor utvalgets foreslåtte modell.

Dette skal likevel ikke være til hinder for at ungdommen *frivillig* kan avtale et program med rustesting. Utvalget har fått opplyst at noen ungdommer i enkelte tilfeller ønsker en slik prøvetaking, for eksempel for å vise overfor foresatte og andre at ungdommen holder seg rusfri. Med forbehold om at barn og unge ikke utsettes for utilbørlig press, verken fra foresatte eller tjenesteytere, vil frivillig rusmiddeltesting, for eksempel i skolehelsetjenesten, fortsatt kunne inngå som en del av oppfølgingen av barn og unge, sammen med andre forebyggende tiltak, også etter rusreformen. Hvor langt personens eget samtykke kan danne grunnlag for inngripende tiltak i en frivillig avtalt periode, vil måtte vurderes konkret, og det bør utvises varsomhet med å bruke mindreåriges samtykke som grunnlag for inngrep.

Utvalget vil påpeke at det er gjort konsistente funn i studier av systemer med belønning for negative urinprøver, eller for oppfyllelse av andre mål som del av en oppfølging, som viser at dette har en positiv effekt.⁵⁹ Slike belønninger kan for eksempel gis i form av poeng som kan byttes inn i en gjenstand, eller lignende. Ut fra formålene som er nevnt i reformen, kan det fremstå mer nærliggende å bruke slike «gulrøtter» heller enn «pisk» for å forsterke motivasjonen til å delta i oppfølging og gjennomføre. Samtidig vil det være viktig at slike ordninger ikke gjennomføres på en måte som medfører en skjevfordeling av ressurser til oppfølging eller belønning av ungdom som klarer seg fint og leverer negative prøver, til fortrenghet for oppfølging av ungdom som har behov for hjelp med problemer og ikke klarer å møte opp eller ikke klarer å holde seg rusfri.

⁵⁴ Fra paneldebatten i Rusreformutvalgets konferanse om barn og unge i rusreformen 27. mai 2019.

⁵⁵ Babor mfl. (2018) s. 158.

⁵⁶ Baklien og Bye (2017) s. 32.

⁵⁷ Andrews og Eide (2019) s. 72.

⁵⁸ Babor, mfl. (2018) s. 39–40.

⁵⁹ Babor mfl. (2018) s. 148 om «*contingency management*», med videre henvisning til Davis mfl. (2016) s. 267–276; Lussier mfl. (2006) s. 192–203; Kirby mfl. (2013) s. 639–645; Petry (2006); Weaver mfl. (2014) s. 153–163.

15.9 Utvalgets forslag

15.9.1 Innledning

Utvalget foreslår en ny modell (reaksjonsmodell) for samfunnets reaksjon på narkotikabruk og innehav og erverv av narkotika til egen bruk i form av en tredelt prosess etter rusreformen:

1. politiets avdekking og pålegg om møteplikt
2. møte med rådgivningsenheten for narkotikasaker som har to alternative innretninger:
 - a. uten samtykke til kartlegging og helsehjelp: generell informasjon om narkotikaforbudet, konsekvenser av narkotikabruk og offentlige hjelpetilbud
 - b. med samtykke: kartlegging og individuelt tilpasset rådgivning
3. henvisning til oppfølging og behandling utenfor rådgivningsenheten ved behov

Utvalget vil i det følgende gjøre rede for sine vurderinger av den første delen av prosessen, om ilagt møteplikt for et offentlig organ. Deretter redegjør utvalget for sine synspunkter på hvordan den foreslåtte modellen skal møte brukere som ikke oppfyller politiets pålegg, personer som ikke følger opp eller tar imot tilbud om helse- og velferdsrettede tiltak, og personer som gjentatte ganger bryter forbudet.

Innledningsvis i dette kapitlet er det redegjort for utvalgets skille mellom det som anses som reaksjon på narkotikalovbrudd, og de helse- og velferdsrettede tjenestene og tilbudene som kan gis etter en kartlegging av tjenestebehov, og som er basert på den enkeltes samtykke. Utvalget har i lys av dette skillet funnet det mest hensiktsmessig å redegjøre for del 2 og 3 i prosessen, om rådgivnings- og kartleggingssamtaler og videre tilbud om oppfølging, i utredningens kapittel 16.

15.9.2 Møteplikt som reaksjon på narkotikabruk

15.9.2.1 Hjemmel og formål

Utvalget har kommet til at det overfor personer som overtrer forbudet mot bruk og tilhørende befatning med narkotika, bør gis hjemmel for politiet til å pålegge vedkommende å møte for et myndighetsorgan. Dette vil være et likhetstrekk mellom den norske rusreformen og Portugal-modellen, hvor personer som bryter forbudet, kan pålegges av politiet å møte for en nemnd (CDT), se utredningens kapittel 6.

Et pålegg om oppmøte hos en offentlig etat vil være et uvanlig sterkt og inngripende virkemiddel for en handling som ikke anses som kriminell. Innenfor helseretten er det bare i smittevernloven § 5-1 at personer kan få en rettslig *plikt* til å oppsøke offentlige myndigheter. Brudd på denne plikten er imidlertid ikke straffesanksjonert, jf. unntaket i lovens straffebestemmelse i § 8-1 første punktum. Utvalgets forslag innebærer også at foresatte, dersom narkotikaovertrедelsen er begått av en mindreårig person, kan innkalles til møte med rådgivningsenheten sammen med den mindreårige. En slik møteplikt ligner dagens ordning med såkalte bekymringssamtaler etter politiloven § 13, hvor foresatte, uten selv å ha begått en straffbar handling, pålegges en plikt til å møte hos politiet sammen med den mindreårige. En viss parallell finnes også i bestemmelsene om obligatorisk personlig oppmøte til mekling etter ekteskapsloven § 26 første ledd og barneloven § 51. Slik mekling tilbys ved familievernkontorene, hvor det blant annet er ansatt psykologer. Det er etter utvalgets syn på det rene at det må kreves sterke grunner for å pålegge innbyggerne en oppmøteplikt. Når utvalget foreslår å innføre hjemmel for at politiet kan gi pålegg om en slik møteplikt, er det fordi det anses formålstjenlig med tanke på et overordnet ruspolitisk mål om å forebygge og redusere problematisk bruk av narkotika. Møteplikten vil etter utvalgets syn kunne skape nye muligheter for personell med helse- og sosialfaglig kompetanse til å gi informasjon om narkotika basert på en vurdering av risiko knyttet til personens atferd. Møtet skaper også muligheter til å avdekke eventuelle udekkede behandlings- eller tjenestebehov hos personer som ikke selv i utgangpunktet oppsøker hjelp på eget initiativ.

Utvalget har mottatt flere innspill som gir uttrykk for bekymring for at avkriminalisering sender et signal, særlig til barn og unge, om at bruk av narkotika ikke er skadelig, eller at avkriminaliseringen kan bidra til å «normalisere» bruken av narkotika i ungdomskulturen. En møteplikt for en offentlig etat, pålagt av politiet, vil kunne lette oppgaven med å formidle at forbudet mot å bruke narkotika fremdeles gjelder også etter en avkriminalisering. I den grad det er grunn til å frykte en slik signaleffekt av avkriminalisering, vil bestemmelsen om oppmøteplikt kunne antas å motvirke dette.

Utvalget ser dilemmaet ved at ileggelse av en slik møteplikt kan oppleves som mer inngripende for den berørte personen enn dagens reaksjon ved brudd på legemiddeloven § 24 første ledd og

§ 31 annet ledd om forbud mot å bruke eller være i besittelse av narkotika, som vanligvis vil være bøtStraff gitt ved forelegg for voksne lovbrutere. Risikoen for at den enkelte opplever stigmatisering og ydmykelse i forbindelse med å måtte møte for et offentlig organ, bør ikke undervurderes, spesielt der vedkommende selv ikke opplever problemer knyttet til sin bruk av narkotika. Det vil være viktig at det formidles tydelig hva som er formålet med oppmøtet. Formålet er ikke å straffe personen for et lovbrudd, men å gjennomføre en informerende samtale om mulige negative konsekvenser av rusmidler, og å avklare om personen har et behov for helse- og velferdsrettede tiltak, i tråd med gjeldende faglige retningslinjer og internasjonale anbefalinger,⁶⁰ dersom personen samtykker til dette. Se nærmere omtale av slike anbefalinger i utredningens kapittel 7.

15.9.2.2 *Konsekvenser ved unnlattelse av å oppfylle møteplikten*

Av praktiske hensyn, blant annet med tanke på politiets håndhevingskjønn, foreslår utvalget at rådgivende enhet formelt skal gi politiet tilbakemelding om hvorvidt en person har oppfylt sin ilagte møteplikt. Det ligger ingen sanksjonering i dette, men det vil være et elementet for politiets vurdering om pålegg om ny møteplikt dersom vedkommende på nytt tas for bruk av narkotika. Se nærmere om politiets håndhevingskjønn i utredningens kapittel 14.

Pålegget om møteplikt innebærer en rettslig forpliktelse for personen saken gjelder. Den rettslige forpliktelsen anses oppfylt enten ved at den som har fått pålegget, faktisk møter for den foreslåtte rådgivningsenheten, eller ved at det etableres kontakt med fjernmøteteknologi dersom enheten anser dette forsvarlig. Oppmøteplikten vil dessuten falle bort dersom rådgivningsenheten beslutter at personen likevel ikke skal møte. Se nærmere om skjønnsmessig adgang til å suspendere møteplikt i utredningens kapittel 16.

Selv om det legges til rette for at oppfyllelse av møteplikten skal være minst mulig komplisert, vil det være personer som av ulike grunner ikke vil møte for et slikt myndighetsorgan. Dette kan være av prinsipielle grunner, for eksempel fordi vedkommende mener at bruk av narkotika ikke bør være forbudt, eller det kan være fordi bruke-

rens livssituasjon og rusproblem gjør det vanskelig for vedkommende å oppfylle plikten. Rådgivningsenheten personen skal møte for, bør strekke seg langt for å etablere kontakt med brukere, for eksempel gjennom telefon, brev eller ved å oppsøke personen på vedkommendes adresse eller samarbeide med andre instanser som personen kan ha et tillitsforhold til. Formålet med møteplikten er at det oppnås kontakt, og at det dannes en mulighet for å gi rådgivning og tilbud om oppfølging. Dersom rådgivningsenheten har etablert tilstrekkelig kontakt med personen, for eksempel ved at enheten aktivt har oppsøkt vedkommende, bør det derfor ikke knyttes virkninger til at personen ikke på eget initiativ har oppfylt møteplikten.

Utvalget har vurdert hvorvidt det bør etableres en hjemmel for *avhenting* uten samtykke av personer som ikke oppfyller en møteplikt som er ilagt av politiet. Utvalget mener imidlertid at omkostningene, forstått som negative konsekvenser for den enkelte, for tillitsforholdet mellom tjenesteyter og tjenestemottager og for ressursbruk i tjenestene, tilsier at det ikke skal anvendes makt for å bringe personen inn til møtet.

Utvalget har også vurdert om det bør innføres adgang til å ilegge et administrativt ilagt gebyr for manglende oppfyllelse av møteplikten. I mange land som har avkriminalisert, og ikke legalisert, befatning med narkotika til egen bruk, er det innført hjemler for å ilegge overtredelsesgebyr for narkotikabruken (se omtale i kapittel 6). Et slikt gebyr for manglende oppmøte vil kunne skape et insentiv for den enkelte til å etterkomme pålegget om å møte, og trusselen om et slikt gebyr kan bidra til å understøtte oppmøteplikten og understreke at narkotikabruk fremdeles er ulovlig. På den annen side er det en risiko for at overtredelsesgebyr vil kunne skade tillitsrelasjonen mellom pasient eller bruker og tjenestene.

Utvalget har mottatt innspill fra voksne pårørende til personer med ruslidelser om at det ikke er uvanlig at pårørende betaler ilagte bøter for å unngå soning av en subsidiær fengselsstraff. Dersom det innføres et administrativt gebyr som reaksjon på bruk eller besittelse av narkotika til erstatning for bøter etter en avkriminalisering, kan en lignende negativ effekt for pårørende forventes; presset til å gjøre opp for offentlig gjeld for en nærstående med ruslidelser vil kunne være stort, også uten trusselen om en subsidiær fengselsstraff.

Utvalget har kommet til at et pengegebyr for manglende oppfyllelse av møteplikten på mange måter vil fremstå som et nytt navn på en gammel praksis, nemlig botelegging av personer som bru-

⁶⁰ For eksempel er korte intervensjoner («brief interventions») og motiverende intervju (MI) anbefalt av Verdens helseorganisasjon og FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC) som et kunnskapsbasert forebyggende tiltak se UNODC og WHO (2018b) s. 34–36.

ker og har befatning med narkotika til egen bruk, uavhengig av om dette registres i bøteregeister eller ikke.

Utvalget foreslår heller ingen annen sanksjonering i form av straffelignende reaksjoner for brukere som ikke oppfyller møteplikten.

15.9.2.3 Forholdet til helsehjelpbegrepet i helselovgivningen

Ved avklaringen av hvilket regelverk som kommer til anvendelse, har det betydning hvorvidt møtet med kommunen regnes som *helsehjelp* i helserettslig forstand. Når et tiltak anses som helsehjelp, utløses en rekke bestemmelser i helselovgivningen, blant annet om krav til tiltakets innhold og til saksbehandlingen.⁶¹

Helsehjelp er legaldefinert i blant annet helsepersonelloven § 3 tredje ledd:

«Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell.»

Definisjonen er etter sin ordlyd meget vid. Hvorvidt en bestemt type handling faller innenfor helsehjelpbegrepet, beror ifølge Helsedirektoratet på en helhetsvurdering.⁶² Helsedirektoratet har lagt til grunn at rådgivning for å fremstå som helsehjelp må være individuelt tilpasset, av handlingsrettet karakter og basert på informasjon som pasienten gir fra seg.⁶³

Politiets saksbehandling og pålegg ytes ikke av personell med helsefaglig kompetanse og kan ikke sies å utgjøre behandling eller rådgivning. Handlingene knytter seg derimot til kontroll og håndheving av forbudet mot narkotika og til å bringe personen i kontakt med en relevant offentlig tjeneste. Opplysninger om personens helse-situasjon vil ikke ha direkte betydning for politiets håndtering, utover det håndhevingsskjønnet som er omtalt i kapittel 14. Politiets saksbehandling og pålegg anses derfor, etter utvalgets syn, klart ikke som helsehjelp.

Når det gjelder møtet mellom personen og rådgivningsenheten som foreslås i dette kapitlet, bør det første møtealternativet (uten samtykke til

kartlegging med videre) ikke anses som helsehjelp. Riktignok vil personen som gjennomfører samtalen på vegne av rådgivningsenheten, være en person som er kompetent til å gjennomføre møtealternativ to (etter samtykke til kartlegging med videre) som utvalget klart anser som helsehjelp. Det er videre et forebyggende aspekt ved første møtealternativ, noe som kan tale for at det er tale om helsehjelp. Formålet med samtalen er imidlertid å gi personen opplysninger om forbudet mot narkotika og tilgjengelige tilbud, og om muligheten for eventuell videre kartlegging basert på personens samtykke. Se nærmere om samtaleformål i utredningens kapittel 16.

Ved den nærmere grensedragningen av om rådgivning bør anses som helsehjelp, finner utvalget en viss veiledning i Helsedirektoratets uttalelse om grensene for helsehjelpbegrepet i helsepersonelloven § 3 tredje ledd i forbindelse med rådgivning som gis til enkeltpersoner i apotek. I den forbindelse ble følgende lagt til grunn:

«[V]eiledning, råd og informasjon om bruk av legemidler som gis i forbindelse med ekspedering, er helsehjelp i den grad veiledningen og informasjonen er individuelt tilpasset, av handlingsrettet karakter og basert på informasjon personen gir i fra seg. Dersom rådene som gis er av en mer generell og uforpliktende karakter, ikke tilpasset den enkelte person, men som for eksempel vil gjelde for en større gruppe mennesker, vil ikke dette være helsehjelp etter definisjonen.»⁶⁴

Helsedirektoratet la også til grunn at legemiddel-samtale mellom pasient og farmasøyt, røykesluttveiledning, behandling av pasienter i LAR og vurdering av interaksjoner mellom legemidler var å anse som helsehjelp. Derimot ble presisering av produktinformasjon, for eksempel veiledning i forbindelse med bruk av diabetesutstyr eller inhalasjonsmedisin, eller formidling av offentlig helse-relatert informasjon rettet mot en større, ubestemt kundekrets, ikke ansett som helsehjelp.

Utvalget legger vekt på at samtalen (uten samtykke til kartlegging med videre) i rådgivningsenheten ikke vil være av individuelt handlingsrettet karakter eller basert på informasjon som pasienten gir fra seg. Dersom pasienten ikke samtykker til oppfølging, vil det obligatoriske møtet bestå av informasjon fra rådgivningsenheten som vil være av en art som kan gis til en større, ubestemt krets av personer, nemlig personer som har

⁶¹ Se helsepersonelloven § 2 første ledd, pasientjournalloven § 3 første ledd og pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4.

⁶² Helsedirektoratet (2018h).

⁶³ Helsedirektoratet (2018h).

⁶⁴ Helsedirektoratet (2011) s. 2.

brukt en bestemt type narkotika. Den vil kunne fokusere på det narkotiske stoffet saken gjelder, i henhold til opplysninger i meldingen fra politiet, men den vil ikke basere seg på en individuell faglig vurdering knyttet til enkeltpersonens helsemessige situasjon og lignende. Rådgivningsenheten vil imidlertid kunne benytte muligheten som ligger i oppmøtet, til å gi tilbud om helsehjelp som kan tas imot på stedet i form av kartlegging av personens rusproblemer og individuell oppfølging, basert på vedkommendes samtykke og en faglig vurdering av personens situasjon. Den profesjonelle parten som skal gjennomføre samtalen, vil i alternativ 1 kunne formidle budskapet på en måte som gjør det tilgjengelig for mottageren, sett i lys av for eksempel mottagerens alder og bakgrunn. Samtalen skal derimot ikke gå over i individuelt tilpasset helsehjelp uten personens samtykke.

Utvalget har på dette grunnlaget ikke ansett det nødvendig å foreslå en egen lovbestemmelse som uttrykkelig sier at den obligatoriske samtalen, uten samtykke til kartlegging med videre, *ikke* utgjør helsehjelp etter helselovgivningen. For sammenhengens skyld påpekes det at rådgivningsenheten i kommunene etter utvalgets forslag vil være en lovpålagt oppgave med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 7, se kapittel 16. Den profesjonelle parten i samtalen vil ha en straffbelagt taushetsplikt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1, og fylkesmannen fører tilsyn med lovligheten av kommunenes oppfyllelse av pliktene, jf. § 12-3 første ledd. Helsepersonelloven fastsetter krav til personell med autorisasjon eller lisens, jf. helsepersonelloven §§ 48 a eller 49, herunder krav til faglig forsvarlighet og taushetsplikt.

Det andre alternativet, som er betinget av personens samtykke, baserer seg på en dialog med personen og tar sikte på å avklare behov for tjenester basert på personens konkrete rusmiddelbruk, livssituasjon og andre relevante opplysninger. Dette alternativet utgjør etter utvalgets syn klart helsehjelp i helserettslig forstand. Det legges i den forbindelse vekt på at dette er individuelt tilpasset, handlingsrettet og basert på informasjon som pasienten gir den ansatte i rådgivningsenheten med henblikk på kartlegging.

Som nevnt ovenfor er de alternative møtene nærmere beskrevet i kapittel 16.

15.9.2.4 Forholdet til retten til privatliv

Utvalget anerkjenner at en ilagt oppmøteplikt er et inngrep i den enkeltes autonomi, og at dette må gjøres i samsvar med den enkeltes rett til respekt

for sitt privatliv etter Grunnloven § 102 første ledd første punktum, Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) artikkel 8 nr. 1 og FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) artikkel 17 nr. 1. Inngrep i den enkeltes rett til privatliv er ikke rettmessig med mindre det har tilstrekkelig hjemmel, forfølger et legitimt formål og er forholdsmessig, jf. blant annet Rt. 2015 s. 93 avsnitt 60.

Utvalgets forslag til lovbestemmelser utformes med sikte på å oppfylle kravet til en tilstrekkelig *hjemmel* for inngrepet. Det vises til merknadene til de enkelte bestemmelsene.

Formålet med inngrepet, som er å begrense de negative konsekvensene av rusmiddelbruk i samfunnet, har bred politisk oppslutning i Norge og internasjonalt⁶⁵ og må anses som et legitimt formål for inngrepet. Utvalgets forslag, som innebærer å endre samfunnets reaksjoner på narkotikabruk fra straff til hjelp og behandling, forsøker dessuten å bidra til at den enkelte kan motta formålstjenlig hjelp for eventuelle rusrelaterte problemer basert på den enkeltes samtykke, som kan bidra til oppnåelsen av en høyere fysisk og psykisk helsetilstand for en utsatt gruppe.⁶⁶ Hensyn som gjør det nødvendig med inngrep i innbyggers privatliv som følge av bruk av narkotika, knytter seg blant annet til ivaretagelse av helse og offentlig trygghet samt forebygging av uorden og kriminalitet. I enkelte situasjoner, herunder i situasjoner der voksnes bruk av narkotika virker negativt på oppvekstvilkårene til barn personen har omsorgen for, kan inngripen også være nødvendig for å verne andres rettigheter, som nevnt i EMK artikkel 8 nr. 2, jf. også Grunnloven § 104 og barnekonvensjonen artikkel 3 og 33.

Bruk av narkotiske stoffer i befolkningen innebærer samlet sett et samfunnsproblem som det derfor anses *nødvendig og forholdsmessig* å kunne intervensere overfor. Etter gjeldende lovgivning kan den rene bruk av narkotika i prinsippet hjemle en straff på fengsel i inntil 6 måneder, jf. legemiddeloven § 31 annet ledd, jf. § 24 første ledd. Ethvert erverv av narkotika, samt oppbevaring av narkotika til egen bruk utover 1–2 brukerdoser, kan i prinsippet hjemle en straff på fengsel i

⁶⁵ Se for eksempel for Norges del Innst. 207 S (2012–2013) kapittel 2.1. FNs narkotikakonvensjoner, som er omtalt i utredningens kapittel 7, kan ses som uttrykk for en utbredt internasjonal oppslutning om målet om å begrense skadevirkningene av narkotika.

⁶⁶ Jf. FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter artikkel 12 nr. 1 om retten til å nyte den høyest oppnåelige fysiske og psykiske helse. Se også drøftelsen av stigmatisering og marginalisering som følge av straffefølgning i utredningens kapittel 12.

inntil 2 år, jf. straffeloven § 231 (se nærmere omtale i utredningens kapittel 8). Som en konsekvens av disse strafferammene, som riktignok ikke utnyttes til sin ytterste konsekvens i saker om narkotika til egen bruk, foreligger det hjemmel for betydelige inngrep overfor den enkelte ved bruk av straffeprosessuelle tvangsmidler (se utredningens kapittel 9). Denne gjeldende rettstilstanden antas å være i samsvar med retten til privatliv etter Grunnloven § 102 og de folkerettslige bestemmelsene som var mønster for bestemmelsen, selv om det finnes eksempler på at domstoler i andre land har kommet til at strafflegging av personlig bruk av cannabis utgjør et uforholdsmessig inngrep i den enkeltes personlige autonomi.⁶⁷

Utvalget har ved utformingen av sitt forslag søkt å ivareta behovet for et adekvat inngrep, samtidig som dette inngrepet ikke går lenger enn det som anses som nødvendig for å begrense negative konsekvenser av ulovlig rusmiddelbruk. Reaksjonsmodellen utvalget foreslår, vurderes samlet sett å være mindre inngripende enn de reaksjonene som ble lovfestet i forbindelse med avkriminalisering i Portugal.

De hjemler som er gitt for politiets undersøkelse, går ikke lenger enn det som anses nødvendig for å oppnå en rimelig håndheving av et sivilrettslig forbud mot befatning med narkotika til egen bruk. Sammenlignet med gjeldende rett er hjemlene for politiets adgang til å gripe inn i den enkeltes privatliv begrenset, ved at det for eksempel ikke vil være adgang til å ransake persons hjem på grunnlag av funn av en mindre mengde narkotika, se omtale i utredningens kapittel 9. Forholdet til forbudet mot husransakelse utenom i kriminelle tilfeller i Grunnloven § 102 første ledd annet punktum er drøftet i kapittel 14.

Adgangen til å ilegge en rettslig plikt til oppmøte fremstår som nødvendig for å muliggjøre inngripen overfor uønsket bruk av narkotika i samfunnet når slike handlinger ikke lenger skal møtes med straffeforfølgning. Personen blir ikke bedømt som kriminell og ilegges ikke en straffereaksjon for handlingene som det reageres mot.⁶⁸ Etter utvalgets vurdering er oppmøteplikt ikke et uforholdsmessig inngrep i tilfeller der det avdekkes bruk av narkotika eller erverv og innehav av narkotika til egen bruk. Utvalget bygger dette blant annet på hjelpetjenestenes behov for informasjon om narkotikabruk og mulighet for tidlig

identifisering av potensielt skadelig atferd og forebygging av utviklingen av rusmiddelbruk.

Utvalget har lagt til grunn at det pålagte oppmøtet ikke utgjør *helsehjelp* etter helselovgivningen. Tiltaket ligger imidlertid i skjæringspunktet mellom politiets håndheving av forbudet og offentlige hjelpetjenesters oppfølging av enkeltpersoners bruk av rusmidler. Det oppstår derfor et spørsmål om hvorvidt tiltaket kan anses som et *inngrep på helseområdet*, slik at det omfattes av anvendelsesområdet for Oviedo-konvensjonens artikkel 5.⁶⁹ Bestemmelsen fastslår at inngripen på helseområdet bare kan foretas etter at den berørte personen har gitt et fritt og informert samtykke. Ordlyden, og konvensjonens formål, kan tale for at også inngrep som ikke nødvendigvis utgjør helsehjelp, omfattes. Hvorvidt oppmøteplikten faller innenfor konvensjonen, kan det per i dag neppe gis et sikkert svar på.

For det tilfelle at oppmøteplikten faller innenfor Oviedo-konvensjonens virkeområde, anses tiltaket som rettmessig i medhold av konvensjonens artikkel 26 nr. 1. Bestemmelsen gir anledning til å foreta lovhjemlede inngrep i rettigheter som følger av konvensjonen, dersom det er nødvendig i et demokratisk samfunn av hensyn til den offentlige sikkerhet, for å forebygge kriminalitet, til vern om folkehelsen eller til vern om andres rettigheter og friheter. Oppmøte for et offentlig kontor til en samtale anses relativt sett lite inngripende, og det vil etter utvalgets forslag ikke være belagt med straff eller sanksjoner å motsette seg tiltaket (se punkt 15.9.2.2 ovenfor og 15.9.2.5 nedenfor). Det legges til grunn at vurderings-temaene som denne bestemmelsen gir anvisning på, i det vesentlige vil være sammenfallende med om inngrepet er i samsvar med retten til respekt for privatliv etter Grunnloven § 102 og dens internasjonale forbilder som er omtalt ovenfor. Utvalgets forslag vil dermed ikke være i strid med Norges forpliktelser etter Oviedo-konvensjonen.

15.9.2.5 Utvalgets syn på administrativt ilagt gebyr som reaksjon på manglende etterlevelse av pålegg – forholdet til folkerettslige forpliktelser

Utvalget anbefaler, som nevnt ovenfor, at det ikke gis hjemmel for ileggelse av gebyrer som reak-

⁶⁷ Se omtale av rettspraksis i Tyskland i utredningens kapittel 6.

⁶⁸ For eksempel kjøring i ruspåvirket tilstand, jf. vegtrafikkloven § 22, som utvalget ikke foreslår å avkriminalisere.

⁶⁹ «Inngrep på helseområdet» er ordlyden i den norske oversettelsen av konvensjonen i Lovdata. Konvensjonen foreligger i autoritative språkversjoner på engelsk og fransk, hvor den tilsvarende ordlyden er henholdsvis «intervention in the health field» og «intervention dans le domaine de la santé».

sjon på manglende oppfyllelse av ilagt oppmøteplikt for rådgivningsenheten. Utvalget mener at den foreslåtte modellen ikke kommer i konflikt med Norges folkerettslige forpliktelser etter FNs narkotikakonvensjoner. Det vises til kapittel 7, hvor det fremgår at det er en viss tolkningsmessig tvil knyttet til hvorvidt det kreves innføring av lov hjemmel for administrative sanksjoner ved en avkriminalisering av besittelse av narkotika til egen bruk. Utvalget anser administrative sanksjoner som lite hensiktsmessige. Statspartenes praksis er langt ifra entydig når det gjelder det rettslige regimet for innbyggernes befatning med narkotika til egen bruk, og de rådende oppfatningene om hva som er rettmessig og formålstjenlig virkemiddelbruk i narkotikapolitikken, synes til dels å være i rask utvikling, se omtale om dreiningen mot en mer helseorientert narkotikapolitikk i utredningens kapittel 7.

I hvilken utstrekning Norge skal benytte seg av handlingsrommet som tilligger statene etter FNs narkotikakonvensjoner, for å gjennomføre en kunnskapsbasert narkotikapolitikk i tråd med mandatet som er gitt utvalget, vil til dels kunne bero på utenrikspolitiske avveininger som ligger utenfor utvalgets mandat.

For det tilfellet at utvalgets fortrukne forslag ikke anses å oppfylle Norges forpliktelser etter narkotikakonvensjonene med tilstrekkelig grad av sikkerhet, vil utvalget skissere et alternativ som ligger innenfor narkotikakonvensjonenes rammer med større margin. Dette innebærer tilføyesen av en hjemmel for administrativt pengegebyr som en reaksjon på manglende oppfyllelse av møteplikten. Det understrekes at gebyret ikke bør utløses av selve narkotikabruken som sådan eller være en konsekvens av manglende aksept av eller gjennomføring av tilbud om behandling eller lignende tiltak som rådgivningsenheten foreslår. Det er *manglende overholdelse av oppmøteplikten* som eventuelt måtte sanksjoneres.

Ileggelse av et slikt gebyr må i så fall skje etter en individuell vurdering. Overtredelsesgebyr bør bare kunne ilegges dersom gebyret, basert på den informasjonen som er tilgjengelig for rådgivningsenheten, ikke vil være urimelig tyngende sett i lys av overtrederens økonomiske situasjon og livssituasjon for øvrig. Det må kunne dokumen-

teres at rådgivningsenheten har benyttet de muligheter man har til rådighet for å oppnå kontakt med vedkommende før gebyret utferdiges. Overtredelsesgebyr bør etter utvalgets syn, som i Portugal-modellen, ikke kunne benyttes overfor brukere med alvorlig rusproblematikk og avhengighet. Det bør også vurderes om en advarsel vil være et adekvat tiltak. Det må antas at dette vil kunne være relevant i tilfeller av eksperimentell bruk, eller rekreasjonsbruk, særlig der det er første gang det reageres overfor personen. Det bør av hensyn til klarhet for organene som skal anvende lovgivningen, vedtas vilkår om tilregnelighet og minstealder som personlige forutsetninger for å kunne bli ilagt gebyr.⁷⁰

Gebyrets størrelse må fastsettes individuelt på bakgrunn av inntekt og betalingsevne. Et ilagt gebyr bør etter utvalgets syn annulleres dersom den som er ilagt gebyret, tar kontakt, og et møte lar seg gjennomføre innen rimelig tid, fortrinnsvis før gebyret forfaller til betaling.

Behovet for individuelle vurderinger tilsier at det bør være en adgang, og ikke en plikt, til å ilagge overtredelsesgebyr dersom vilkårene er oppfylt.⁷¹ Gitt at vedtaket må basere seg på slike faglige vurderinger basert på den enkeltes situasjon, bør vedtaket forberedes av rådgivningsenheten. Hensynet til relasjonen mellom rådgivningsenheten og personen saken gjelder, som det fremdeles vil være ønskelig å komme i kontakt med for å gjennomføre en rådgivningssamtale, taler imidlertid for at vedtaket ikke fattes og formidles av selve rådgivningsenheten. Vedtaket kan i stedet fattes av juridisk team eller annen egnet enhet i kommunens administrasjon, på grunnlag av innstilling fra rådgivningsenheten.

Fylkesmannen bør være klageinstans for eventuelle vedtak om overtredelsesgebyr.

Som det fremgår vil ikke utvalget foreslå at det gis hjemmel for overtredelsesgebyr. Dette er begrunnet i faglige vurderinger av hvilke virkemidler som fremstår best egnet til å minimere de negative konsekvensene av narkotikabruk i samfunnet.

⁷⁰ Se Prop. 62 L (2015–2016) *Endringer i forvaltningsloven mv. (administrative sanksjoner mv.)* kapittel 12.

⁷¹ Se Prop. 62 L (2015–2016) kapittel 20.

Kapittel 16

Organisering og innretning av rådgivende enhet for narkotikasaker

16.1 Innledning

I henhold til utvalgets mandat skal utvalget «utrede og foreslå en modell for å oppnå formålet med rusreformen». Formålet med reformen er beskrevet i mandatets punkt 1:

«Regjeringen ønsker å endre myndighetenes reaksjoner mot personer som tas for bruk og besittelse av narkotika fra straff til hjelp, behandling og oppfølging.

Regjeringen vil gjennomføre en rusreform for å sikre et bedre tilbud til rusavhengige, der ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk overføres fra justissektoren til helsetjenesten.»

Utvalget har redegjort for sin tolkning av *reaksjoner* i denne sammenhengen i utredningens kapittel 15. I det inneværende kapitlet gjøres det rede for hvordan utvalgets foreslåtte modell bør forankres organisatorisk og administrativt, og for hvordan modellens funksjoner bør innrettes.

De funksjoner som inngår i utvalgets foreslåtte modell, kan enten ivaretas av særorganer (heretter kalt *nemndsmodell*) eller av personell som i større grad er integrert i eksisterende etater som også ivaretar andre oppgaver overfor personer i tilknytning til deres rusmiddelbruk (heretter kalt *integrert modell*). Hensyn som taler henholdsvis for og imot begge løsninger, drøftes i dette kapitlet.

Utvalgets foreslåtte modell innebærer en integrert modell som er forankret i de ordinære helse- og velferdstjenestene, med hovedansvaret lagt til det kommunale forvaltningsnivået. Enhetens primære funksjon vil være å gi råd og informasjon til personer som ilegges møteplikt for enheten på bakgrunn av avdekket bruk, innhav eller erverv av narkotika til egen bruk, samt å kartlegge behov for tjenester etter samtykke og å videreformidle disse personene til adekvate tjenestetilbud.

I punkt 16.2.2 omtales kort Portugal-modellen, og i 16.2.3 skisseres to alternative nemndsmodeller i en norsk kontekst. Den ene modellen innebærer opprettelse av nye særorganer etter inspirasjon fra Portugals avkriminaliseringsreform, mens den andre baserer seg på de eksisterende fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker.

I punkt 16.2.4 gjøres det mer grundig rede for begrunnelsene for utvalgets foretrukne integrerte modell. Utvalget foreslår å opprette en *rådgivende enhet for narkotikasaker* enten i hver kommune eller gjennom interkommunalt samarbeid mellom to eller flere kommuner der dette fremstår hensiktsmessig. I samme punkt beskrives også modellens organisatoriske og administrative forankring, kompetansekrav med videre.

Utvalget redegjør deretter i punkt 16.3 for saksgang og prosess fra politiets pålegg om oppmøteplikt til saken avsluttes. I hovedsak gjøres det i utredningens kapittel 14 rede for politiets rolle og atferd i forbindelse med avdekking, men det nevnes her noen forhold som er relevante for politiets oppgaver. Utvalget redegjør også kort for hvilke opplysninger som skal følge politiets pålegg om oppmøte for de rådgivende enhetene. Videre gjøres det rede for utvalgets vurderinger av innholdet i modellen og ulike hensyn som må ivaretas.

Utvalget har i punkt 16.4 vurdert særskilt hvordan barn og unge under 18 år skal ivaretas i modellen, mens saksbehandlingsregler, herunder klageadgang og tilsyn, er behandlet i punkt 16.5. I punkt 16.6 redegjør utvalget for spørsmål om journalføring og registrering av personopplysninger. I punkt 16.7 omtales modellens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen, og i punkt 16.8 redegjør utvalget for sine synspunkter på hvordan modellen skal forholde seg til utlendinger uten fulle rettigheter etter helse- og velferdslovgivningen. Punkt 16.9 omhandler pårørendeperspektivet, herunder både barn som pårørende og øvrige pårørende. Avslutningsvis, i punkt 16.10, omtales

kort behovet for tilrettelagt oppfølging av minoriteter og kjønnsespesifikke behandlings- og oppfølgingsbehov.

16.2 Alternative modeller – nemndsmodellen og den integrerte modellen

16.2.1 Innledning

Utvalget har, i henhold til sitt mandat, særskilt vurdert erfaringer fra avkriminaliseringen i Portugal, herunder det rettslige grunnlaget og valg av organisering og virkemidler, særlig de såkalte frarådningsemndene. Dette er nærmere behandlet i utredningens kapittel 6. Utvalget anbefaler ikke en slik organisering av den norske rusreformen, men skisserer for sammenligningens skyld likevel kort to mulige organiseringer av en nemndsmodell.

16.2.2 Portugal-modellen

Portugal avkriminaliserte bruk og besittelse av all narkotika til egen bruk i 2001 (se utvalgets omtale av Portugal i utredningens kapittel 6). Portugal-modellen løftes ofte frem i det nasjonale og internasjonale ordskiftet om avkriminalisering. Også Stoltenberg-utvalget anbefalte i 2010 å innføre en nemndsmodell etter inspirasjon fra Portugal¹.

I tillegg til en kraftig oppbygging og opprusting av tjenesteapparatet, var opprettelsen av de såkalte frarådningsemndene en vesentlig bestanddel i Portugals innsats for å oppnå sine ruspolitiske mål. Portugisiske myndigheter viser også til den brede politiske forankringen som betydningsfull, både for oppslutningen og gjennomføring av reformen. Myndighetene peker også på en stram styringsstruktur, fra helsedepartementet via et eget rusdirektorat (SICAD) og ned til nemndene (CDT-ene), som viktig for vedlikehold av modellen. Se nærmere om Portugal i utredningens kapittel 6.

Nemndene i Portugal er forankret i helsesektoren, men har likevel anledning til å sanksjonere enkeltpersoner på grunnlag av rusmiddelbruk. Blant norske forvaltningsorganer fremstår fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker som mest sammenlignbare med frarådningsemndene i Portugal. Samtidig er det viktige forskjeller. Fylkesnemndene i Norge sorterer administrativt under Barne- og familiedepartementet, ikke under helseforvaltningen, slik CDT-ene i Portugal gjør. Fylkesnemndene kan treffe vedtak

om bruk av inngripende virkemidler, for eksempel plassering og tilbakehold av barn i institusjon uten barnets samtykke, jf. barnevernloven § 2-24. Fylkesnemndene har derimot ikke myndighet til å benytte rent sanksjonerende virkemidler, som for eksempel overtredelsesgebyr, slik frarådningsemndene i Portugal har. Frarådningsemndene både undersøker saken og treffer vedtaket, slik også enkelte tilsyn og kommisjoner i norsk sammenheng gjør.² Til sammenligning er saksbehandlingen i fylkesnemndene basert på kontradiksjon og likebehandling av den offentlige parten (kommunen) og den private parten, jf. barnevernloven § 7-3 annet ledd bokstav c og d, det vil si at partene er gitt samme mulighet til å påvirke utfallet av saken blant annet gjennom vitneførsel.

16.2.3 Nemnder i en norsk kontekst

16.2.3.1 Innledning

Nemndsordninger for rusmiddelbruk er ikke ukjent i Norge. Som det vises til i utredningens kapittel 3, ble det i 1957 gjort endringer i edruskapsloven som brakte «narkomane» inn under lovbestemmelsene om behandling av «drikkefeldige». Lovendringen innebar blant annet at kommunale edruskapsnemnder kunne pålegge innleggelse av en person til undersøkelse, behandling eller kur på grunnlag av vedkommandes narkotikabruk. To tiår senere ble det konstatert at utskillelsen av saker om «rusmisbruk» i en særskilt nemnd innebar en «oppsplitting og særbehandling» som edruskapsvernet led under, og i løpet av 1980-årene var ordningen avvirket i de fleste av landets kommuner. Utviklingen gikk således i retning av å avvikle særomsorg og mot å integrere personer med rusmiddelproblematikk i det ordinære tjenestetilbudet. Rusreformutvalgets forslag om en integrert modell kan sies å knytte an til denne tradisjonen.

En ny nemndsmodell i en norsk sammenheng ville uansett ikke kunne bygge på de gamle edruskapsnemndene verken i form eller innhold. Utvalget har sett på to alternative organiseringer av en nemndsmodell i en norsk kontekst, henholdsvis en ny nemndsordning og en utvidelse av ansvars- og oppgaveområdet til fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker.

Nemndenes funksjoner og oppgaver ville i stor utstrekning være sammenfallende med oppgavene som er beskrevet i forbindelse med utval-

¹ Stoltenbergutvalget 2010.

² Et eksempel på dette er kontrollkommisjonsordningen i psykisk helsevern, Helsedepartementet (2018f).

gets redegjørelse for sitt forslag om integrert modell, se punkt 16.3.

16.2.3.2 Ny nemnd for narkotikasaker?

Et argument for å opprette en ny nemndsordning for narkotikasaker er at det ville fremstå som en tydelig markering av bruddet med den tidligere kriminaliseringspolitikken. Slike nemnder kunne tenkes plassert på regionalt nivå, eventuelt som et oppgavefellesskap mellom fylker. Det fremstår nærliggende at det øverste faglige ansvaret i så fall burde ligge til Helse- og omsorgsdepartementet, med ansvar for styring og faglig oppfølging delegert til Helsedirektoratet.

For å sikre en tverrsektoriell koordinering og forankring av aktivitetene i de nye nemndene ville det være tilrådelig å opprette et tverrdirektoralt råd for narkotikasaker, bestående av Bufdir, POD, KDI, AVdir og Udir, under ledelse av Helsedirektoratet. Også dette ville være etter inspirasjon fra Portugal. I tillegg ville utvalget foreslått å opprette et eget brukerutvalg. Råd for narkotikasaker ville innledningsvis ha et felles ansvar for etablering av nemndene, deretter ansvar for å sikre en enhetlig og faglig forsvarlig praksis i regionene og endelig ansvar for videreutvikling og vedlikehold av nemndene.

Opprettelsen av et helt nytt nemndsapparat vil antageligvis være den mest ressurskrevende av løsningene som skisseres i dette kapitlet.

16.2.3.3 Fylkesnemnder for barnevern, sosiale saker – og narkotikasaker?

En utvidelse av fylkesnemndas oppgave- og ansvarsområde forutsetter en styrking av medisinsk-, psykolog- og sosialfaglig vurderingskompetanse i nemnda eller eventuelt en utvidelse av antall sakkyndige som skulle bidra til å kartlegge den enkeltes tjenestebehov. Fylkesnemndene er i dag underlagt Barne- og familiedepartementet. Det måtte her lages en struktur for hvordan Helse- og omsorgsdepartementet skulle inngå som overordnet organ for fylkesnemndenes håndtering av narkotikasaker, med tanke på mandatets forutsetning om å flytte ansvaret for samfunnets reaksjoner på bruk og tilhørende befatning med narkotika til egen bruk til *helsetjenesten*. På samme måte som i alternativet ovenfor kan Helsedirektoratet gis ansvar for nemndene og for drift av et tverrdirektoralt råd for narkotikasaker.

Også dette alternativet ville kreve en betydelig kapasitetsutvidelse, avhengig av omfanget av saker. For utvalgte vurderinger av omfang av saker, se utredningens kapittel 19.

16.2.3.4 Utvalgets vurdering av nemndsmodeller i en norsk kontekst

Utvalget går inn for en ikke-sanksjonsbasert reaksjonsmodell for bruk av narkotika og tilhørende befatning med narkotika som omfattes av avkriminaliseringen. Det etableres et tydelig skille mellom reaksjon på selve narkotikalovbruddet – her politiets pålegg om oppmøte for et myndighetsorgan – og påfølgende tilbud om helse- og velferdstjenester basert på samtykke (se utredningens kapittel 15).

En nemndsmodell som i Portugal vil etter utvalgets oppfatning ha preg av en sivilrettslig sanksjonsmodell, som etter utvalgets syn ikke kan legges til helse- og velferdssektoren, slik mandatet forutsetter, uten å komme i konflikt med grunnleggende prinsipper som regulerer disse tjenestene (se utredningens kapittel 15). I tillegg er utvalgets forståelse av mandatet at samfunnet ikke skal anvende straff overfor personer som tas for narkotikabruk eller innehav eller erverv av narkotika til egen bruk, men møte disse med hjelp, oppfølging og behandling. Utvalget foreslår heller ikke å utvide adgangen til å anvende tvang overfor personer som bruker narkotika.

Utvalget går ikke inn for at den nye modellen skal avgjøre «skyldspørsmål» om hvorvidt vedkommende faktisk har overtrådt forbudet mot bruk, innehav eller erverv av narkotika til egen bruk. Dette spørsmålet forutsettes avklart fra politiets side før pålegg om oppmøte gis til personen saken gjelder. Utvalget viser til at politiets pålegg om oppmøte for myndighetsorganet er å anse som et enkeltvedtak, som kan påklages til den lokale politimyndighet og eventuelt videre til Politidirektoratet (se utredningens kapittel 14).

Modellen utvalget foreslår er tenkt å fremme kontakt mellom helse- og velferdstjenestene og enkeltpersoner som kan ha behov for deres tjenestetilbud. Med et slikt utgangspunkt er det etter utvalgets oppfatning lite som taler for å opprette et nytt domstolslignende organ for å ivareta formålet med rusreformen. Av samme grunn foreslår heller ikke utvalget å utvide ansvars- og oppgaveområdet til de allerede eksisterende fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker til å omfatte saker om bruk og tilhørende befatning med narkotika til egen bruk.

Nemdene i Portugal har for øvrig en særlig funksjon ved at de, i tillegg til å forvalte sivilrettslige sanksjoner, også vurderer en persons tjenestebehov og formidler personer til behandling og sosiale tjenestetilbud med videre. Utvalget påpeker i den forbindelse at det i Norge allerede er

veletablerte strukturer for inngang til helse- og velferdstjenestene. Å opprette et nytt forvaltningsorgan som skal utføre samme oppgaver som helse- og velferdstjenestene selv, for eksempel kartlegging av rusmiddelbruk, helsemessige og psykososiale behov, for deretter å henvise videre til disse tjenestene, fremstår som unødig byråkratisk og vil dessuten være kostnads- og tidkrevende.

Etter utvalgets syn vil en nemndsmodell som i Portugal *ikke* være formålstjenlig med tanke på å oppnå formålet med rusreformen. Utvalget mener at det vil være mest hensiktsmessig og minst ressurskrevende å forankre en ny modell innenfor dagens helse- og velferdstjenester, fremfor å bygge en helt ny struktur eller å utvide ansvarsområdet for fylkesnemndene.

16.2.4 En integrert modell – en rådgivende enhet for narkotikasaker

16.2.4.1 Overordnet organisatorisk og administrativ forankring

En tydelig forankring i de sentrale helsemyndighetene var et uttalt suksesskriterium i den portugisiske tilnærmingen, både med tanke på implementering, utvikling og vedlikehold av modellen. Utvalget mener det vil være hensiktsmessig også i en norsk sammenheng å etablere en tilsvarende tydelig forankring av den nye modellen som her foreslås, fra Helse- og omsorgsdepartementet som overordnet nivå, til kommunene som utøvende nivå.

Utvalget foreslår en tilsvarende overordnet organisatorisk modell som ble skissert ovenfor for nemndsmodeller, der Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for det myndighetsorganet som tar imot personer som politiet har ilagt en oppmøteplikt. Om politiets saksbehandling og pålegg om oppmøteplikt (se utredningens kapittel 14). Dette ansvaret omfatter å sikre nødvendig forankring og oppfølging i berørte sektordepartementer og nødvendige bevilgninger til drift. Helsedirektoratet kan tillegges et delegert ansvar for styrings og faglig oppfølging. For å sikre en tverrsektoriell ansvarsforankring foreslår utvalget å opprette et tverrdirektoraltd råd (for narkotikasaker), for eksempel bestående av Bufdir, POD, KDI, AVdir og Udir, under ledelse av Helsedirektoratet. I tillegg foreslår utvalget å opprette et eget brukerutvalg i tilknytning til dette rådet.

Rådet kan innledningsvis ha ansvar for implementering av modellen og deretter sikre en enhet-

lig faglig praksis nasjonalt gjennom systematisk opplæring og utarbeidelse av veiledende materiell. Endelig skal rådet ha ansvar for evaluering, overvåking, videreutvikling og vedlikehold av modellen.

16.2.4.2 Lokal organisatorisk og administrativ forankring

Utvalget har lagt til grunn at de organisatoriske enheten bør ha geografisk nærhet til personer som skal pålegges møteplikt. Dette gjør det mulig å ilegge oppmøteplikt innen et kort tidsrom og gjør det enkelt for personen det gjelder, å oppfylle sin oppmøteplikt. Videre bør det være nærhet, også organisatorisk, til tjenestetilbudene. Utvalget antar at mange personer som kanaliseres inn i denne modellen, sannsynligvis har behov for kommunale tjenester uavhengig av om de har samtidig behov for spesialisthelsetjenester. Dette taler etter utvalgets mening også for en organisering på kommunalt nivå.

Utvalget understreker allerede her at modellen, selv om den omtales som en «enhet», ikke forutsetter at det opprettes en egen organisatorisk enhet, atskilt fra kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester. Utvalget peker på at det er funksjonene og den tverrfaglige kompetansen som skal inngå i modellen, som er utslagsgivende. Kommunen kan velge å organisere dette arbeidet ut fra sine lokale forutsetninger, men skal kunne vise til hvordan de ulike elementene i utvalgets foreslåtte modell ivaretas.

Utvalgets mandat forutsetter at modellen utvalget skal utrede, ikke vil medføre noen endring av dagens prinsipielle ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Utvalget tar dette til støtte for at oppgaveløsingen skal skje nærmest personene som vil inngå i ordningen, samtidig som det ordinære systemet for henvisninger til spesialisthelsetjenesten skal fungere også innenfor den foreslåtte modellen. Samlet sett taler disse hensynene for at modellen forankres på kommunalt nivå, tilknyttet helse- og omsorgstjenestene, men med et tverrfaglig kompetanse- og samhandlingskrav.

Utvalget ser mulige utfordringer som kan oppstå i en kommunalt forankret modell. Blant annet vil det i små kommuner kunne oppleves som problematisk at helsetjenesten, som en innbygger møter i mange sammenhenger, også blir kjent med en persons narkotikabruk. Dette kan kanskje oppleves spesielt problematisk i tilfeller der personen ikke er kjent av tjenesten fra tidligere, og bruken heller ikke er av en karakter som med-

fører helseskader. Utvalget mener imidlertid at dette er en problemstilling som kan oppstå på mange områder i helse- og velferdstjenestene, og at det må legges til grunn at helsepersonell og annet personell som inngår i modellen, ivaretar sin taushetsplikt og for øvrig tar imot personen det gjelder, på en respektfull måte.

I henhold til mandatet skal den nye modellen forankres i helsetjenestene. Uavhengig av kommunens organisering av sine ulike tjenestetilbud vil alle kommunene ha en helse- og omsorgstjeneste. Det vil etter utvalgets syn være naturlig at den integrerte modellen har en forankring i denne tjenesten, og at det innføres en hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven om krav til en *rådgivende enhet for narkotikasaker*. En slik ordning innebærer et funksjonskrav og ikke et krav til en nærmere bestemt organisering. Et eksempel på lovfesting av denne typen enhet er kravet om *koordinerende enhet* i kommunene etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 og hjemmelen i samme paragraf til å gi nærmere bestemmelser i forskrift om ansvaret til slike enheter.

Med tanke på at tilgangen til relevant kompetanse kan være en knapp faktor i enkelte mindre kommuner, mener utvalget at det i denne sammenhengen bør legges til rette for interkommunal oppgaveløsning, jf. kommuneloven kapittel 5 om interkommunalt samarbeid.

Utvalget understreker at den foreslåtte modellen innebærer at kommunenes ansvar i denne sammenhengen omfatter alle relevante *kommunale instanser*. I tillegg peker utvalget på at øvrige sektorer og forvaltningsnivåer samt offentlige instanser utenfor kommunen har en forpliktelse til å yte tjenester som bidrar til helhetlige, koordinerte og sammenhengende forløp. Utvalget viser her til det generelle kravet til forvaltningsmessig samarbeid som ligger i de fleste deler av helse- og velferdssektoren for å sikre at de respektive etater oppfyller sine plikter etter eget lovverk, for eksempel etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4, barnevernloven § 3-2 og sosialtjenesteloven § 13.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 gir pasient og bruker som har behov for *langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester*, rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). IP er i seg selv et samhandlingsverktøy, og de fleste deler av helse- og velferdssektoren er etter eget lovverk forpliktet til å opprette IP eller delta i arbeidet med IP. Plikten til å etablere IP er forankret i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1, barnevernloven § 3-2 a og sosialtjeneste-

loven §§ 28 og 33. Skolen er forpliktet til å delta i arbeidet med individuell plan etter opplæringslova § 15-5, og også kriminalomsorgen skal samarbeide med andre aktører for å sikre at domfelte får de tjenester de har krav på etter lovverket, jf. straffegjennomføringsloven § 4.

Utvalget anbefaler at det etableres en lokal samarbeidsavtale mellom politiet og rådgivningsenheten med henblikk på mest mulig effektiv samhandling og oppfølging av pålegg fra politiet.

Utvalget forutsetter som nevnt ovenfor ikke at enheten nødvendigvis må opprettes som et eget organ eller en avdeling som er administrativt adskilt fra de øvrige deler av kommunens tjenester. Utover utvalgets forslag om å etablere en ny bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven med krav til en rådgivende enhet for narkotikasaker som *funksjon* vil kommunene organisatorisk kunne plassere enheten i den delen av tjenestene som de finner mest hensiktsmessig for enhetens oppgaveløsning, under forutsetning av at kompetansekravene og samhandlingsplikten ivaretas.

En organisering på tvers av avdelinger, der personell som inngår i enheten, kan ha sin primære tilhørighet i andre deler av tjenestene, kan være en hensiktsmessig løsning for noen kommuner. I den sammenheng vil det være formålstjenlig å vurdere å knytte personell som har sin tilhørighet for eksempel i oppsøkende tjenester, formelt til rådgivningsenheten med tanke på etablering av kontakt med personer som erfaringsmessig kan være vanskelige å nå av de ordinære tjenestene.

En slik organisering kan også være spesielt aktuell for små kommuner hvor det ikke forventes mange saker til behandling. Utvalget understreker likevel at det bør være kontinuitet i enhetens personell, slik at det etableres og opprettholdes erfaring, kunnskap og kompetanse i enheten. Mange kommuner har en egen rustjeneste eller felles rus- og psykisk helsetjeneste, og det vil etter utvalgets syn være naturlig at kommunene vurderer hvorvidt den rådgivende enheten kan forankres innenfor en slik organisering.

Kommunen gis ansvar for å peke ut det personellet som skal være tilknyttet enheten, herunder en person som skal ha lederfunksjon i enheten. Lederen bør ha avgrenset instruksjonsmyndighet overfor personell som er tilknyttet enheten, men som er ansatt i andre deler av tjenesteapparatet.

Kommunen vil videre ha ansvaret for at enheten til enhver tid har de rammebetingelser som er nødvendig for å kunne utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte, på samme måte som for kommunens øvrige tjenester.

16.2.4.3 Kompetansekrav i rådgivende enhet for narkotikasaker

Narkotikabruk har et bredt spenn, fra tilfeldig eksperimentbruk uten behandlings- eller oppfølgingsbehov til sammensatte og kompliserte sykdomsbilder med avhengighet og samtidige psykiske og somatiske lidelser. Utvalget mener at det er nødvendig med en flerfaglig tilnærming for å kunne gi adekvat rådgivning og foreta en helhetlig og forsvarlig vurdering av tjenestebehov hos personer med rusproblematikk. Utvalget mener også at erfaring fra rollen som bruker av relevante offentlige tjenestetilbud, såkalt erfaringskompetanse, både er ønskelig og nødvendig i en slik modell. Utvalget foreslår derfor at slik kompetanse skal inngå i modellen. I saker som angår barn og unge under 18 år, skal rådgivende enhet alltid styrkes med barnevernfaglig kompetanse.

Utvalgets forslag til sammensetning av kompetanse i rådgivningsenheten blir dermed slik:

- medisinskfaglig
- psykologfaglig
- sosialfaglig
- erfaringsbasert
- barnevernfaglig (ved behov)

Utvalget foreslår at kravet om medisinskfaglig kompetanse kan ivaretas gjennom avtale mellom kommuner og fastleger, jf. fastlegeforskriften § 12.³ Psykologfaglig kompetanse blir et lovfestet krav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fra 2020. Deltagelse i enheten kan inngå som en del av de kommunale psykologenes arbeidsoppgaver.

Utvalget understreker at lege og psykolog i denne sammenheng ikke trenger å ha en utøvende funksjon, forstått som å skulle delta i møtet med vedkommende som er ilagt møteplikt for rådgivningsenheten. Det som er sentralt, er at deres særlige kompetanse er tilgjengelig i det tverrfaglige vurderingsarbeidet i saker der personer har samtykket til kartlegging av tjenestebehov.

Sosialfaglig kompetanse er allerede til stede i mange kommuners helse- og omsorgstjeneste.

³ Forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene § 12 – Fastlegens deltakelse i andre allmennlegeoppgaver i kommunen:

«Fastlege i fulltidspraksis kan pålegges å delta inntil 7,5 timer per uke i andre allmennlegeoppgaver i kommunen, for eksempel i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sykehjem og fengsler. Før pålegg gis skal kommunen søke å inngå frivillige avtaler om utføring av disse oppgavene. Fastlegens deltakelse i administrative møter med kommunen skal iberegnes i de 7,5 timene.

Fastlegen og kommunen kan inngå avtale om andre oppgaver som skal inngå i de 7,5 timene, jf. første ledd.»

Dersom slik kompetanse ikke finnes i helse- og omsorgstjenesten, kan kommunene benytte sosialfaglig personell, for eksempel fra sosialtjenesten i NAV. Erfaringskompetanse kan kommunene sikre ved å ansette erfaringskonsulenter eller medarbeidere med brukererfaring i sine tjenester, eventuelt inngå samarbeid med brukerorganisasjonene. Barnevernfaglig kompetanse vil kunne hentes fra den kommunale barneverntjenesten.

I tillegg til oversikt over tilgjengelige hjelpe-tjenester vil enhetens personell måtte ha oppdatert kunnskap om ulike rusmidler, deres utbredelse, bruksmønster og skadepotensial, herunder påvirkning av somatisk helse, psykisk helse og kognitive funksjoner. Utvalget foreslår at helsemyndighetene, i samarbeid med relevante kompetansmiljøer, utvikler og etablerer et kvalitets-sikret opplæringsystem i en form som lett lar seg oppdatere.

16.3 Saksgang og prosess

16.3.1 Meldings- og mottaksfase

16.3.1.1 Pålegg og melding fra politiet

Det må i tilfeller der politiet avdekker bruk eller befatning med narkotika som omfattes av avkriminaliseringen, etableres et system for ileggelse av møteplikt og melding av forholdet til kommunen ved rådgivningsenheten. I hvilken utstrekning politiet skal kunne unnlate å ilegge møteplikt og gi melding til kommunen, omtales i utredningens kapittel 14.

Politiets melding til kommunen kan følge en ferdig utarbeidet mal i form av et standardisert meldingsskjema. Sentrale opplysninger vil være personalia, hvilket eller hvilke rusmidler forholdet gjelder, samt hvor og under hvilke omstendigheter avdekkingen fant sted. For barn og unge bør det inneholde et punkt om hvorvidt foreldre/foresatte er varslet, og om det er sendt melding til barnverntjenesten. Det bør også følge en skjønnsmessig vurdering av personen fra politiet, for eksempel om vedkommende vurderes å ha omfattende rusmiddelbruk, og om fysisk og psykisk helse ellers tilsier en særlig rask behandling av forholdet. Også andre forhold, for eksempel omsorgsansvar for mindreårige barn, kan ha betydning for den påfølgende saksbehandlingen.

For registrering av opplysninger om befatning med narkotika som omfattes av avkriminaliseringen i politiets registre, se omtale i utredningens kapittel 14.

Melding fra politiet om pålegg om oppmøteplikt sendes kommunen ved leder for rådgivende enhet for narkotikasaker med gjenpart til personen som pålegges oppmøte. Meldingen bør sendes straks, og innen én virkedag. Det må videre påføres informasjon om klageadgang på politiets vedtak på gjenpart til den som er pålagt en slik plikt, se nærmere omtale i utredningens kapittel 14.

16.3.1.2 *Hvilken kommune som skal stå som mottager av melding fra politiet*

Det kan oppstå uklarheter om hvilken kommune som skal stå som mottager av melding fra politiet dersom det avdekkes bruk, innehav eller erverv av narkotika til egen bruk i én kommune, og vedkommende er hjemmehørende i en annen kommune. I hovedsak skal melding gå til personens bostedskommune for oppfølging der. Ved tvil om hvilken kommune som vil være rette mottager av melding, bør *oppholdskommuneprinsippet* legges til grunn. Det vil uansett måtte påhvile kommunene å samarbeide om løsninger for personer som har uklar tilknytning til en bestemt kommune.

16.3.1.3 *Mottak av melding om pålagt oppmøteplikt i kommunen*

Opplysninger i meldeskjemaet som sendes fra politiet, er personsensitive, og meldinger fra politiet kan dermed ikke formidles elektronisk i form av e-post fra politiet i det ordinære e-postprogrammet som benyttes i kommunene. Mange kommuner har tatt i bruk sikre digitale kanaler for å sende og motta personsensitive opplysninger digitalt.⁴ Det må uansett sikres at slik melding formidles i et system som ivaretar gjeldende krav til personvern.

Melding om oppmøteplikt rettes til rådgivende enhet for narkotikasaker ved leder. Med tanke på at det bør være kort responstid på meldingene, må det være et system med stedfortrederansvar, slik at det sikres at meldingen blir håndtert uten unødig opphold. Det bør vurderes å sette en frist i rutiner for saksbehandlingen.

16.3.2 **Gjennomføringsfase**

16.3.2.1 *Innkalling*

På bakgrunn av melding til kommunen om pålagt plikt om oppmøte for rådgivende enhet fra politiet innkalles personer som er ilagt møteplikt, til møte med enheten. Bakgrunnen for å legge myndigheten til å sette oppmøtetidspunkt til kommunen er enhetens behov for å kunne planlegge sin virksomhet. Enheten bør ha en viss fleksibilitet med tanke på tidspunkt, slik at det ikke blir en opphopning av saker på bestemte ukedager. Innkalling bør sendes personen innen tre virkedager. Utvalget foreslår ingen bestemt frist for selve oppmøtet for enheten, men oppmøtetidspunktet bør være så nær som mulig det tidspunktet da politiets pålegg ble gitt.

Innkalling skal alltid være skriftlig og i tillegg til tidspunkt og sted for gjennomføring av møtet inneholde en kort forklaring om hvilke elementer møtet inneholder, samt om saksgang og prosess. Det må opplyses om samtykkeregler, klageadgang med videre og eventuell frist for å søke utsettelse. Eventuelle konsekvenser av å unnlate å oppfylle oppmøteplikten (se utredningens kapittel 15), må også fremgå av innkallingen. Utvalgets foretrukne forslag inneholder ingen andre konsekvenser enn at politiet informeres om hvorvidt møteplikten er oppfylt, og at kommunen etter omstendighetene selv kan oppsøkende vedkommende.

Enheten må, så langt det er mulig, legge til rette for at vedkommende som er ilagt oppmøteplikt, mottar innkallingen. Dette kan innebære at det er nødvendig å kontakte vedkommende på telefon, e-post og i enkelte tilfeller også oppsøke vedkommende på adresse. For personer uten kjent adresse eller fast oppholdssted, eller som aktivt unndrar seg kontakt, bør rådgivningsenheten kunne samarbeide for eksempel med andre relevante deler av kommunens tjenester, for eksempel oppsøkende tjenester og utekontakt. Innhenting og utlevering av opplysninger må finne sted innenfor rammene som følger av forvaltningsloven § 13 og særlovgivning, som for eksempel helsepersonelloven kapittel 5.

16.3.2.2 *Vurdering av hvorvidt innkalling til oppmøte i enkelte tilfeller ikke er formålstjenlig*

Det kan i enkelte tilfeller fremstå som lite hensiktsmessig eller til og med kontraproduktivt å kreve at en person må oppfylle en oppmøteplikt som er ilagt av politiet. Utvalget mener at det der-

⁴ For eksempel tilbyr KS kommuner og fylkeskommuner fellesløsningen KS SvarUt, som beskrives som «et effektivt verktøy for å sende utgående post, digitalt eller som brevpost, til innbyggere og organisasjoner – på en svært enkelt måte». Dette omtales også som eDialog, se for eksempel eDialog – sikker innsending av dokumenter til kommunen, Lillehammer kommune (2019)

for bør være rom for at rådgivende enhet vurderer hvorvidt det er formålstjenlig å kreve at møteplikten oppfylles i det konkrete tilfellet. Utvalget foreslår derfor at den rådgivende enheten tillegges en skjønnsmessig adgang til å la være å innkalle, selv om personen i utgangspunktet er ilagt oppmøteplikt av politiet. I slike tilfeller vil personen få beskjed om at oppmøte likevel ikke er nødvendig. En slik suspensjon av oppmøteplikten kan for eksempel inntre overfor personer som tidligere har vært ilagt oppmøteplikt (innenfor et visst tidsrom), og som da ble vurdert ikke å bruke narkotika på en måte som gir særlig risiko for helseskade, og hvor det heller ikke foreligger andre psykososiale risikofaktorer som tilsier et hjelpebehov. Beslutningen kan bygge på opplysninger fra politiet i den enkelte sak og den rådgivende enhetens kunnskap om den aktuelle personen. Det samme kan også gjelde for personer som bruker rusmidler på en måte som medfører høyere risiko for skade, men som allerede mottar adekvate tjenester relatert til sin narkotikabruk.

For personer som har, eller anses å kunne ha, en avhengighetstilstand, og som følge av det bruker narkotika med høy hyppighet, vil det kunne være uforholdsmessig å kreve en oppfyllelse av møteplikt hver gang vedkommendes narkotikabruk blir avdekket. Å møte til timer, enten det er hos fastlege, sosialtjeneste eller andre offentlige tjenester, kan være utfordrende i seg selv for mennesker som lever kaotiske liv, og som mangler stabile rammer. Et krav om å oppfylle møteplikten i slike tilfeller kan bidra til å øke presset i en livssituasjon som allerede oppleves som uoversiktlig og problematisk, i tillegg til at det også fremstår som u hensiktsmessig bruk av enhetens ressurser.

Det bør ved en slik vurdering tas i betraktning om vedkommendes situasjon er endret i retning av at nytt møte bør gjennomføres for å sikre at personen det gjelder, har tilgang til adekvate hjelpe- og behandlingstilbud. Personer med kjent rusproblem skal etter utvalgets forslag alltid gis tilbud om oppfølging og behandling, men altså ikke nødvendigvis en plikt til oppmøte.

16.3.2.3 *Gjennomføring av møtet utenfor kontor og uten krav om fysisk oppmøte*

Utvalget mener også at det overfor enkelte brukere bør vurderes å gjennomføre møtet utenfor enhetens kontor, for eksempel på en nøytral arena. Gjentatte møter med det offentlige tjenesteapparatet kan i noen tilfeller bidra til å for-

sterke en negativ identitetsutvikling og bidra til å befeste en persons opplevelse av seg selv som en som står utenfor normalsamfunnet. Her vil det kunne være riktig å legge opp til minst mulig formalisert systemkontakt. Overfor særlige risikogrupper, for eksempel marginalisert ungdom med liten tillit til det offentlige hjelpeapparatet, vil en slik alternativ tilnærming kunne være formålstjenlig.

Det kan i enkelte deler av landet være krevende å gjennomføre møter innen rimelig tid. Utvalget forutsetter at det bør være et relativt kort tidsrom mellom oppmøtepålegg og gjennomføring av møtet. Utvalget erkjenner at geografiske forhold, herunder lange avstander mellom deler av kommunen og administrative sentra, kan medføre at fysisk oppmøte for den rådgivende enheten kan være praktisk vanskelig å gjennomføre. Utvalget peker her på ulike teknologiske løsninger som allerede er tatt i bruk innen helsetjenestene i deler av landet, og som kan muliggjøre oppfyllelse av oppmøteplikten uten fysisk tilstedeværelse ved rådgivningsenhetens kontor.

16.3.2.4 *Gjennomføring av møtet med personen som er ilagt møteplikt*

Selve møtet med personen som er ilagt oppmøteplikt, gjennomføres i form av en samtale. Utvalget antar at det i utgangspunktet vil være tilstrekkelig med én person fra enheten til stede i møtet, da det vil kunne være upraktisk og unødig ressurskrevende dersom alt personell i enheten skal delta i gjennomføringen. Det vil også kunne være uheldig for samtaledynamikken med tanke på maktforholdet mellom tjenesteutøver og personen som er ilagt møteplikt, dersom flere enn én person fra enheten er til stede.

Rådgivningsenhetens personell skal innledningsvis gi tilstrekkelig informasjon til at vedkommende som er ilagt møteplikt kan foreta en informert beslutning om å samtykke – eller ikke samtykke – til videre kartlegging av rusmiddelbruk, livssituasjon for øvrig samt mulig tjenestebehov.

Møtet vil ha to alternative innretninger som det prinsipielt er vesentlig å skille fra hverandre avhengig av hvorvidt vedkommende som er ilagt møteplikt samtykker eller ikke samtykker til slik kartlegging som nevnt ovenfor. Det første alternativet omfatter personer som *ikke* gir samtykke til kartlegging og vil bestå av *generell rådgivning og informasjon*, som er obligatorisk i kraft av oppmøteplikten personen er ilagt av politiet. Det

andre alternativet omfatter personer som samtykker til slik kartlegging.

Alternativ 1. Obligatorisk og generell rådgivning

Formålet med samtalen er å opplyse om forbudet mot bruk av narkotika samt opplyse og bevisstgjøre personen på konsekvenser av rusmiddelbruk, både for vedkommende selv og for andre.⁵ Det er ikke et krav om at vedkommende må utlevere personlige opplysninger i denne samtalen og møtet vil ikke anses som helsehjelp etter helselovgivningen (se omtale i utredningens kapittel 15).

Eksempelvis vil samtalen kunne forløpe slik:

Bakgrunn for innkalling, herunder lovbruddet, formålet med samtalen og den videre prosessen, tas opp med den som er ilagt møteplikt. Det opplyses om personalets taushetsplikt, og om at vedkommende ikke er pliktig til å oppgi personlige opplysninger.

Personellet gir generell informasjon og rådgivning om narkotikabruk basert på informasjon fra politiets melding. Informasjonen som gis, vil typisk omhandle skadevirkninger på somatisk og psykisk helse samt kognitive funksjoner og mulige sosiale og relasjonelle konsekvenser av bruken, både av akutt og varig karakter.

Det er viktig at informasjonen som gis til enhver tid er oppdatert og korrekt og ikke tar sikte på verken å overdrive eller bagatellisere skadepotensialet ved det enkelte rusmiddel.

Personen informeres om tjenestetilbud som finnes og gis mulighet for selv å ta kontakt dersom vedkommende senere ønsker det. Det kan i den sammenheng gis tilbud om en konkret dato og tidspunkt for et slikt møte som personen kan velge å møte til eller ikke.

Samtalens avsluttes med en generell oppfordring om å avstå fra videre bruk av narkotika eller redusere bruken av narkotika.

Alternativ 2. Kartlegging og rådgivning etter samtykke

Utvalget legger til grunn at kartlegging av den innkaltes individuelle situasjon vil falle inn under definisjonen av helsehjelp og dermed forutsetter et samtykke etter reglene som gjelder i pasient-

og brukerrettighetsloven kapittel 4, eventuelt på grunnlag av samtykke fra foresatte dersom vedkommende er mindreårig, se nærmere omtale i punkt 16.4.1. Mindreåriges rett til å begrense foresattes medvirkning og tilgang på opplysninger i forbindelse med helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-4 og 4-4, må respekteres i dette alternativet. Utvalget redegjør mer utførlig for krav om samtykke ved helsehjelp i utredningens kapittel 15.

Utvalget peker på at det kan være hensiktsmessig å benytte strukturerte kartleggings- og samtaleverktøy for å avdekke omfanget av rusmiddelbruk, risiko og tjenestebehov hos den enkelte.⁶ Det fremstår naturlig å ta utgangspunkt i kjent metodikk, for eksempel korte intervensjoner og motiverende intervju, som er anbefalt av Verdens helseorganisasjon og FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC) som et kunnskapsbasert forebyggende tiltak mot narkotika- bruk hos ungdom og voksne når det ikke er tale om vedvarende rusproblemer.⁷

Kartleggings samtalen kan forløpe på følgende måte:

Gjennom bruk av kartleggings- og samtaleverktøy avklares omfanget og alvorlighetsgraden av rusmiddelbruken samt vedkommendes fysiske og psykiske helse. Vedkommendes livssituasjon kartlegges med tanke på sosiale relasjoner, økonomi, bolig, arbeid, utdanning med videre.

På bakgrunn av kartleggingen skal personellet gi råd og veilede personen både med tanke på konsekvenser av narkotikabruk og hvilke muligheter som finnes for å få hjelp ved behov. Der det identifiseres et udekket behov for tjenester eller bistand fra andre sektorer, for eksempel fra sosialtjenesten og den øvrige arbeids- og velferdsforvaltningen, utdanningssektoren, spesialisthelsetjenesten eller andre, skal rådgiver i saken sørge for at det etableres kontakt med aktuelle instanser.

Kartlegging må gjennomføres på en måte som er tilpasset personen og situasjonen og det vil bero på faglige vurderinger nøyaktig hvilken type kartlegging som bør gjennomføres, og hvilke tiltak som fremstår som relevante å foreslå for personen.

⁵ Det kan i denne sammenheng være aktuelt at personellet har fått opplæring og kan benytte samtalemetodikk som motiverende intervju (MI) eller lignende, Helsedirektoratet (2017c).

⁶ I denne sammenhengen peker utvalget på kartleggingsverktøy som Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT), Berman mfl. (2002). Det kan også ses hen til relevante elementer i kartleggingen som skal gjennomføres i tilknytning til henvisning til eller oppstart av pakkeforløp for rusbehandling, Helsedirektoratet (2018f).

⁷ Se UNODC og WHO (2018b) s. 34–36.

16.3.2.5 *Vurdering i teamet*

I saker der det anses hensiktsmessig med en tværfaglig vurdering, skal enhetens personell, eller deler av enhetens personell, drøfte og vurdere forhold ved den enkelte brukers kartlagte behov med tanke på å initiere adekvate tjenestetilbud. På bakgrunn av denne drøftelsen vil det kunne gis ytterligere informasjon om videre tjenestetilbud, og personen vil kunne henvises direkte videre til kommunale helse- og sosialtjenestetilbud eller til videre utredning og behandling av ruslidelser eller somatiske eller psykiske lidelser. Slik henvisning vil følge det ordinære systemet for henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

I saker som angår barn og unge under 18 år, skal teamet alltid styrkes med barnevernfaglig kompetanse.

16.3.2.6 *Samtykke og brukermedvirkning i prosessen*

Som nevnt ovenfor vil første møtealternativ, hvor det gis generell informasjon om forbudet mot narkotikabruk med videre og generelle råd knyttet til det rusmiddelet saken gjelder, etter utvalgets syn *ikke* være å anse som helsehjelp etter helselovgivningen.

Proessen som sådan må likevel ivareta brukerens rett til samtykke, medvirkning og informasjon, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 om samtykke til helsehjelp og kapittel 3 om brukermedvirkning og informasjon. Evnen til å gi et gyldig samtykke og til å medvirke forutsetter at brukeren får den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og tilstrekkelig grunnlag til å velge mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Informasjonen skal tilpasses den enkeltes forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn.

Rådgiver skal alltid spørre den det gjelder, om ønsker og tanker om tjenestebehov og -tilbud og legge vekt på den enkeltes synspunkter.

16.3.2.7 *Avslutning av saker i rådgivningsenheten*

I utgangspunktet avsluttes en sak fra rådgivningsenhetens side i det vedkommende har oppfylt sin møteplikt. Dette gjelder både i tilfeller der det er gjennomført en obligatorisk og generell samtale uten samtykke til kartlegging av rusmiddelbruk, livssituasjon og tjenestebehov og der det er gitt samtykke og slik kartlegging er gjennomført.

Imidlertid bør det, dersom personer som ikke samtykker til videre oppfølging kan antas å ha et behandlingstrengende rusproblem eller en alvorlig psykisk eller somatisk lidelse, vurderes om bekymringen for vedkommendes liv og helse tilsier at personen *likevel* bør motiveres til å motta behandling og oppfølging i strid med eget ønske. Dette kan for eksempel skje gjennom henvisning til aktivt oppsøkende behandlingsteam (se omtale i utredningens kapittel 5) eller annen oppsøkende tjeneste. Dersom omstendighetene tilsier det, må det også vurderes om det er grunnlag for å anvende regler om tvang innenfor helse-tjenestene.

Personer som har behov for og som samtykker til videre oppfølging, skal som nevnt ovenfor ha informasjon om relevante tjenestetilbud samt henvises videre til helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten eller andre instanser. Ved behov skal enheten også sikre at personen henvises til behandling i spesialisthelsetjenesten. Enheten bør vurdere om det skal oppnevnes en koordinator og om det er behov for å utarbeide en IP for vedkommende, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1. Videre bør det vurderes å opprette en ansvarsgruppe eller på annen måte sikre en strukturert oppfølging av den enkelte. Ved behov skal enheten initiere dette arbeidet.

Rådgivende enhet skal også rutinemessig foreta en kontroll av hvorvidt aktuelle instanser har iverksatt tiltak og tjenester, og i den forbindelse melde avvik, eventuelt underrette tilsynsmyndigheter, dersom tjenestetilbud uteblir.

16.3.3 Tilbud om oppfølging og behandling – konsekvenser ved manglende oppfølging

Tjenestetilbudet kan ytes av ulike aktører. Utvalget understreker behovet for at nødvendige tiltak og tjenester raskt iverksettes overfor brukere, og at alle relevante aktører ved behov inngår i tjenestetilbudet, herunder den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, sosialtjenesten, barneverntjenesten og utdanningssektoren. Utvalget foreslår på bakgrunn av drøftelsene i utredningens kapittel 15 at det ikke på noen måte skal sanksjoneres overfor personer som etter å ha mottatt informasjon i møtet med rådgivningsenheten avslår tilbud om hjelp eller behandling i tilknytning til sin rusmiddelbruk. Utvalget foreslår heller ingen form for sanksjonering overfor personer som avbryter hjelpetiltak eller behandling.

16.4 Særlig om barn og unge som ilegges møteplikt og forholdet til barneverntjenesten

16.4.1 Innledning

Utvalget har vurdert om barn og unge som selv bruker narkotika, burde følges opp utenfor utvalgets foreslåtte modell. Etter utvalgets syn fremstår det imidlertid verken kostnadseffektivt eller faglig hensiktsmessig å lage to spor for narkotikasaker basert på alder, hvorav det ene ligger i helse- og omsorgstjenesten og det andre for eksempel i barneverntjenesten.

Utvalgets oppfatning er således at barn og unge under 18 år som selv bruker narkotika skal inngå i den nye reaksjonsmodellen (se også utvalgets vurderinger av barn og unge i utredningens kapittel 15).

I utvalgets foreslåtte modell skal barneverntjenesten likevel ha en særlig rolle der det vurderes å iverksette tiltak *uten barnets samtykke*. Barnevernet er allerede en instans som er involvert i slikt arbeid, blant annet gjennom å behandle bekymringsmeldinger knyttet til barn og unges egen rusmiddelbruk, iverksetting av undersøkelssaker og hjelpetiltak uten samtykke. Utvalget ønsker generelt ikke å foreslå nye tvangshjemler i helsesektoren, heller ikke overfor mindreårige. Utvalget har derfor sett hen til eksisterende hjemler som kan anvendes overfor barn og unge som har en risikofull eller skadelig rusmiddelbruk, herunder adgangen til å anvende tvang etter kapittel 10 i helse- og omsorgstjenesteloven og barnevernloven §§ 4-4 og 4-24.

Utvalgets modell forutsetter at det i alle saker der det gjøres en vurdering av barn og unge, sikres en barnevernfaglig kompetanse. For videre oppfølging bør det etableres samarbeid med relevante instanser, som skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom og psykisk helsevern for barn og unge, i henhold til kravene om forvaltningsmessig samarbeid eller, ved behov, etter bestemmelsene i sektorlovverk om individuell plan. Se omtale i punkt 16.2.4.2 ovenfor. Ikke minst må det legges til rette for et godt samarbeid med barnet eller ungdommen selv og de foresatte.

16.4.2 Politiets pålegg til barn og unge om møteplikt for rådgivende enhet for narkotikasaker og forholdet til meldinger til barneverntjenesten

Politiet skal etter rusreformen kunne gi pålegg om oppmøteplikt for den rådgivende enheten til

barn og unge der det avdekkes bruk, innehav eller erverv av narkotika til egen bruk, på samme måte som for voksne. Av meldingen til rådgivende enhet må det fremgå om foreldre, eller den som har foreldreansvar, eventuelt barnevernet, er varslet i den aktuelle saken. For mindreårige må det i utgangspunktet legges til grunn at foreldre skal ha informasjon om forhold vedrørende barnet som er av betydning for å kunne utøve sitt foreldreansvar etter barneloven § 30. Barnets narkotikabruk kan ha betydning for ivaretagelse av foreldreansvaret, og som hovedregel må det forutsettes at foreldre eller foresatte varsles ved avdekking av narkotikabruk hos mindreårige.

Det kan imidlertid være forhold som tilsier at det må anses som *ikke tilrådelig* at foreldre eller foresatte varsles om narkotikabruk. Det kan for eksempel være situasjonen dersom det er grunn til å tro at barnet vil bli utsatt for utilbørlige reaksjoner fra foreldre dersom de får kjennskap til barnets narkotikabruk. Politiet må sikre at denne informasjonen følger melding til rådgivende enhet.

Politiet sender i dag et betydelig antall bekymringsmeldinger til barneverntjenesten, også der det handler om barn og ungdommers rusmiddelbruk. Utvalget understreker at den nye modellen *ikke* kommer i stedet for politiets opplysningsplikt, jf. barnevernloven § 6-4, dersom det er (andre) forhold ved barnets situasjon som tilsier at opplysninger skal avgis til barnevernet.

Politiinstruksen § 12-4 vil også gjelde på samme måte som tidligere, jf. første ledd første punktum: «Hvis politiet får kunnskap om at noen under 15 år lever under forhold som må antas å innebære alvorlig risiko for vedkommendes helse eller utvikling, skal barnets foresatte, eller dersom dette ikke antas mulig eller tilrådelig, det stedlige barnevern underrettes uten opphold.»

16.4.3 Saksgang i saker som omhandler barn og unge under 18 år

Rådgivende enhet skal etter utvalgets forslag styrkes med barnevernfaglig kompetanse i alle saker som omhandler barn og unge under 18 år, i den tverrfaglige vurderingen av tjenestebehov.

Barn og unge under 18 år som er pålagt å møte for rådgivende enhet, skal innkalles med foreldre eller den som har foreldreansvaret, dersom dette ikke av særlige grunner bør unnlates. Se omtale av forhold som kan tilsi at dette ikke er tilrådelig, i punkt 16.4.2. Ungdom som har fylt 16 år og som har samtykket til kartlegging av rusmiddelbruk, livssituasjon og tjenestebehov, kan også, etter eget ønske og dersom ungdommens moden-

het tilsier det, gjennomføre kartleggingssamtalen med rådgivningsenheten enten alene eller med en annen tillitsperson enn foresatte. Bakgrunnen for dette skillet ligger i de gjeldende reglene om samtykkekompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven, se nærmere om samtykkereguleringene i utredningens kapittel 15.

For barn og unge under 16 år kan foresatte gi samtykke på vegne av barnet til kartlegging av behandlings- og tjenestebehov samt videre oppfølgingstilbud, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 første ledd. Det må likevel vurderes individuelt hvorvidt foresattes samtykke skal innhentes og legges til grunn i den enkelte sak, jf. samme lovs § 4-3 første ledd bokstav c, jf. § 3-4 annet ledd.

Avhengig av behovet for hjelpetilbud og tjenester vil den videre oppfølgingen kunne skje i regi av helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten, barneverntjenesten, i spesialisthelsetjenesten ved BUP eller TSB eller i et samarbeid mellom alle relevante tjenesteytere (se omtale av plikt til samarbeid og individuell plan i punkt 16.2.4.2).

På samme måte som overfor voksne skal det også overfor barn og unge rutinemessig vurderes om det er hensiktsmessig med koordinator, individuell plan (IP), opprettelse av ansvarsgruppe og lignende. For de yngste barna mener utvalget at det bør utpekes en person med relevant kompetanse som skal ha et koordinerende ansvar for oppfølging av det enkelte barnet. Denne funksjonen synes det mest formålstjenlig å forankre i barneverntjenesten, og utvalget viser i den sammenhengen til barnevernloven § 3-2 a første ledd, om plikt til å utarbeide individuell plan.⁸

16.4.4 Tiltak overfor barn og unge – ansvarsfordeling mellom helse- og omsorgstjenesten og barneverntjenesten

Tiltak som tilbys etter tjenestebehov og samtykke, vil være hjemlet i det ordinære regelverket for den eller de tjenestene som yter tilbudet.

Utvalget ønsker som nevnt ovenfor ikke å foreslå nye tvangshjemler, heller ikke overfor mindreårige i narkotikasaker. Utvalget har derfor sett til

⁸ Lov 17. juli 1992 om barneverntjenester § 3-2 a, Plikt til å utarbeide individuell plan, første ledd: «Barneverntjenesten skal utarbeide en individuell plan for barn med behov for langvarige og koordinerte tiltak eller tjenester dersom det anses nødvendig for å skape et helhetlig tilbud for barnet, og det foreligger samtykke. Barneverntjenesten skal samarbeide om planen med andre instanser barnet mottar tiltak fra.»

gjeldende lovverk som kan anvendes overfor barn og unge som har en risikofylt eller skadelig rusmiddelbruk, og som ikke samtykker til eller følger opp de tilbudene som er gitt. I denne sammenhengen ser utvalget særlig til reglene i barnevernloven.

I saker som omhandler mindreårige, der oppmøteplikten ikke er oppfylt, eller samtykke til videre oppfølging ikke gis, bør rådgivningsenheten vurdere om opplysningsplikten etter barnevernloven § 6-4 første ledd bokstav a eller c, eller helsepersonelloven § 33 annet ledd bokstav a eller c, er utløst. Dette gjelder både der barnets egen rusmiddelbruk er årsaken til bekymring, og der omsorgspersons rusmiddelbruk gir grunn til å tro at barn blir eller vil bli utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt.⁹

Dersom rådgivende enhet sender melding til barneverntjenesten, vil dette kunne utløse plikt til å undersøke saken, jf. barnevernloven §§ 4-2 og 4-3. Ansvaret for eventuelle tiltak som iverksettes overfor barnet eller dets foresatte *uten samtykke* fra personene det gjelder, vil etter utvalgets syn tillegge barneverntjenesten og hjemles i reglene i barnevernloven.

Utvalget påpeker at det i enkelte tilfeller tas i betraktning hvorvidt den unge bør vurderes med tanke på anvendelse av bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10, med forbehold for de mulige endringer som følger av Tvangslovutvalgets forslag om ny tvangsbegrensningslov.¹⁰

Hvor barnet eller den unge skal ha sitt påfølgende tjenestetilbud – i barnevernet, spesialisthelsetjenesten (TSB eller BUP), den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller skolehelsetjenesten – vil være avhengig av det kartlagte behandlings- og/eller tjenestebehovet.

Utvalget understreker at de ulike sektorenes pålagte krav om samhandling og samarbeid gjelder uavhengig av hvilket regelverk som anvendes.

16.5 Saksbehandlingsregler, klageadgang og tilsyn

16.5.1 Saksbehandlingsregler

Ettersom oppfølgingen etter politiets avdekking legges til kommunen, med mulighet for involvere

⁹ Se lov 17. juli 1992 om barneverntjenester § 4-4 om hjelpetilbud og § 4-24 om plassering og tilbakehold i institusjon uten samtykke.

¹⁰ NOU 2019: 14 *Tvangsbegrensningsloven. Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten.*

ring av ulike etater etter behov, vil saksbehandlingen reguleres av gjeldende lovgivning for kommunens tjenester, sektorlovgivning og de alminnelige reglene i forvaltningsloven kapittel III.¹¹ Utvalget har ikke sett behov for å fravike gjeldende lovregulering.

16.5.2 Klageadgang og tilsyn

Rådgivende enhet for narkotikasaker fatter ikke vedtak om tildeling av eller avslag på tjenester som kan påklages. Forhold ved saksbehandlingen, herunder om krav til samtykke og brukermedvirkning i pasient- og brukerrettighetsloven er oppfylt, kan imidlertid påklages etter de alminnelige klagereglene.

For tjenester som ytes av den øvrige helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, sosialtjenesten med videre, gjelder klageadgangen som er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7 og de respektive sektorenes særlover.

Idet rådgivningsenheten er en del av helse- og omsorgstjenestene, vil det være fylkesmannen som fører tilsyn med rådgivningsenhetens virksomhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3.

16.6 Registrering og behandling av opplysninger om enkeltsaker – forholdet til journalplikten

16.6.1 Registrering av pålegg om oppmøteplikt og obligatorisk rådgivningssamtale

Behovet for et forsvarlig kunnskapsgrunnlag for riktig og nødvendig oppfølging, og ikke minst hensynet til den enkelte borgers rettssikkerhet, tilsier at narkotikasaker registreres.

Videre vil innholdet i registrere og journaler kunne danne grunnlag for kvalitets-, rapporterings- og forskningsarbeid som kan styrke kunnskapsgrunnlaget for tiltak på rusfeltet.

Utvalget legger til grunn at det i utgangspunktet vil være nødvendig å registrere følgende opplysninger:

- personens navn, adresse og telefonnummer
- fødselsnummer
- yrke og stilling
- eventuelt navn og adresse til foresatte/verge
- hvorvidt personen har omsorg for mindreårige barn

- oppsummering av melding(er) mottatt fra politiet til rådgivende enhet for narkotikasaker
- eventuelt behov for tolk o.l. ved kommunikasjon med personen

Adgangen til slike registeroppføringer bør begrenses til ansatte i kommunen som har tilknytning til rådgivningsenheten for narkotikasaker.

16.6.2 Journal for kartlegging og tilpasset rådgivning

For den delen av utvalgets forslag som utgjør helsehjelp i helserettslig forstand (se ovenfor), må kommunen føre et pasientjournalssystem, jf. helsepersonelloven § 39 og pasientjournalloven § 8.

Etter utvalgets syn ville det i utgangspunktet være ønskelig om opplysninger fra rådgivningsenhetens saker kunne registreres i en tilpasset, adskilt journal i de eksisterende journal-systemene som benyttes i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Dette ville bidra til å sikre at opplysninger knyttet til meldinger fra politiet om narkotikabruk begrenses til medlemmer av enheten, samt gi bedre tilpassing til sakstypen. Det ville også kunne bli lettere å hente ut statistikk til evaluerings- og forskningsformål.

Erfaring fra IKT-prosjekter, selv knyttet til mindre endringer i journalssystemer, tyder imidlertid på at kostnadene til etablering av tilpassede løsninger kan bli uforholdsmessig høye sammenlignet med gevinsten av å ha et eget tilpasset system for narkotikasaker (se notat fra Oslo Economics, som foreligger som digitalt vedlegg til utredningen),

Utvalget foreslår både av økonomiske og tidsmessige hensyn at registrering av meldinger fra politiet, samt av opplysninger fra gjennomføring av møter med personene det gjelder, inntil videre gjøres i dagens arkiv- og journalssystemer i helse- og omsorgstjenesten. Det legges til grunn at det kan gis adekvat beskyttelse av personopplysninger med de muligheter for adgangsbegrensning som ligger i systemene kommunene benytter per i dag.

Utvalget vil likevel foreslå at det på sikt, både av hensyn til personvern og muligheten for uttrekk av statistikk til evaluering og forskning, vurderes å etablere egne moduler i journal-systemene. Dette bør ses i sammenheng med utviklingen av kommunalt pasientregister (KPR) og utvikling av elektronisk journal i kommunal sektor, som er en del av ansvarsområdet til Direktoratet for e-helse.

Det kan neppe gis noen uttømmende liste over opplysninger som det vil være nødvendig å regi-

¹¹ Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningsaker.

strere i alle tilfeller. Generelle krav til innholdet i pasientjournal fremgår av pasientjournalforskriften § 4. For øvrig viser utvalget til journalforskriftens bestemmelser, særlig § 7 om journalføring og § 8 om journalens innhold, vedrørende utformingen av en eventuell slik særjournal for narkotikasaker. Imidlertid må det i den delen av journalen som omhandler overtredelse av forbudet mot befatning med narkotika til egen bruk, fremkomme hva som var utfallet av saken, for eksempel avslutning uten oppfølging, henvisning til annen kommunal instans eller henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Dersom personen, etter samtykke, henvises til behandling eller mottar tjenester som følger av vedtak i helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten eller av andre tjenesteytere, journalføres den videre oppfølgingen i de ordinære journal-systemene i de respektive virksomheter.

Personen saken gjelder, vil ha rett til journalinnsyn i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 og vil på nærmere angitte vilkår kunne kreve retting og sletting av journalopplysninger, jf. helsepersonelloven §§ 42 og 43.

16.7 Om modellens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen

Etter utvalgets oppfatning bør rusreformen i prinsippet også gjelde på Svalbard og Jan Mayen. Straffebudet i legemiddeloven § 31, jf. § 24, gjelder for begge steder, jf. forskrift om helselovgivning for Svalbard og Jan Mayen § 11 første ledd. Det samme gjelder straffeloven § 231, jf. § 4 første ledd og Svalbardloven § 2.

Sysselmannen har myndighet som politimester, jf. Svalbardloven § 5 annet ledd. Avdekkingsfunksjonen knyttet til bruk, innehav eller erverv av narkotika til egen bruk og vedtaket om oppmøteplikt kan derfor etter utvalgets mening ivaretas av Sysselmannens politiavdeling.

I og med at Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) HF ved Longyearbyen sykehus ivaretar helsetjenestetilbudet på både primær- og spesialisthelsetjenestenivå,¹² kan det være nærliggende å legge funksjonen som skal ivaretas av rådgivende enhet for narkotikasaker, til Longyearbyen sykehus.

For personer som oppholder seg på Svalbard, men ikke er registrert i befolkningsregisteret på Svalbard, kan det være aktuelt å pålegges opp-

møte for rådgivende enhet i vedkommendes hjemkommune dersom det synes mer hensiktsmessig.

Klageadgang og tilsyn med de funksjoner som ligger til rådgivende enhet for narkotikasaker, vil, som for helse- og omsorgstjenestene for øvrig, ligge til fylkesmannen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 og helsetilsynsloven § 2. Etter forskrift om helselovgivning for Svalbard og Jan Mayen § 6 tredje ledd er det Fylkesmannen i Troms (og Finnmark¹³), som skal føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten på Svalbard. Tilsynet for Svalbard skal gjennomføres i samråd med Sysselmannen. Fylkesmannen for Jan Mayen, jf. forskriftens § 21 annet ledd, er Fylkesmannen i Nordland.

16.8 Særlig om utlendinger uten fulle rettigheter etter helse- og velferdslovgivningen

Utvalget har vurdert hvordan politi og helse-tjenesten skal forholde seg til avdekket narkotika- bruk hos utlendinger som oppholder seg i Norge, og som ikke har fulle rettigheter til helsehjelp¹⁴ eller ikke er medlemmer av folketrygden.¹⁵

Utvalget har konkludert med at også personer uten slike rettigheter bør omfattes av utvalgets foreslåtte modell. Det ville av prinsipielle grunner være uheldig å trekke et skille som får betydning for om befatning med narkotika til egen bruk skal være straffbar eller ikke, som i mange tilfeller vil være basert på nasjonalitet.

Under utvalgets studietur til Portugal ble det redegjort for håndteringen av utenlandske borgere, herunder turister, i frarådningsnemndene (CDT-ene) der. Dersom en utenlandsk statsborger blir tatt for befatning med narkotika innenfor den grensen som er satt for straffrihet, vil vedkommende henvises til nemnda i den byen eller det distriktet overtredelsen fant sted. Utvalget legger til grunn at en lignende løsning vil være formålstjenlig i Norge.

Dersom det avdekkes avkriminalisert befatning med narkotika til egen bruk, skal personen, uavhengig av om vedkommende har fulle rettigheter til helsehjelp, eller medlemskap i folketrygden, pålegges oppmøte for rådgivende enhet i den

¹³ Forskrift 22. juni 2015 nr. 747 om anvendelse av helselover og forskrifter for Svalbard og Jan Mayen er ikke oppdatert i henhold til ny lov 15. desember 2017 nr. 107 om statlige tilsyn med helse- og omsorgstjenestene mv.

¹⁴ Jf. forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket § 2.

¹⁵ Jf. folketrygdloven kapittel 2.

¹² Universitetssykehuset Nord-Norge (2019).

kommunen vedkommende har opphold. Enheten vil deretter gjennomføre en rådgivende samtale på vanlig måte.

I denne sammenhengen vil det oppstå spørsmål om videre oppfølging og tilbud om helse- og velferdstjenester. Utvalget ser at dette kan reise flere prinsipielle spørsmål, som strekker seg ut over utvalgets mandat. Omfanget av et eventuelt tilbud om ytterligere oppfølging og behandling som kan tilrettelegges gjennom rådgivningsenheten, vil nødvendigvis avhenge av hvilken helsehjelp og andre ytelser personen har krav på etter gjeldende rett.¹⁶

16.9 Særlig om pårørendes situasjon

16.9.1 Barn som pårørende til personer som ilegges møteplikt for rådgivningsenheten for narkotikasaker

Barn som pårørende vil i mange tilfeller være særlig utsatt for påkjenninger som følge av familiemedlemmers helseutfordringer, herunder rusproblem. Barn som vokser opp i en familie hvor én eller begge foresatte har et rusmiddelproblem, har større risiko enn andre barn for å utvikle egne psykiske og fysiske helseproblemer samt atferdsproblemer og vanskeligheter på skolen.¹⁷

Barn som pårørende har derfor behov for og rett til særskilt vern og oppfølging. Helsepersonelloven § 10 a pålegger helsepersonell å bidra til at mindreårige barn som pårørende får den informasjon og oppfølging de kan ha behov for som følge av foreldrenes tilstand. Dette gjelder pasienter med psykisk sykdom og ruslidelser så vel som personer med alvorlig somatisk sykdom eller skade.

Utvalgets mandat forutsetter at «hensynet til barn som pårørende ivaretas, at barnets omsorgssituasjon vurderes og at barnets beste legges til grunn». Dersom personer med omsorg for barn pålegges oppmøte for enheten, bør vedkommendes rusmiddelbruk i relasjon til omsorgsevne alltid tematiseres i rådgivningssamtalen. Barnekonvensjonen¹⁸ artikkel 3 pålegger offentlige myndigheter å legge til grunn barnets beste som et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som berører barn, og konvensjonens artikkel 33 påleg-

ger statene en særskilt plikt til å beskytte barn mot negative konsekvenser av ulovlig bruk av narkotika.

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, har også en opplysningsplikt etter lov om barneverntjenester § 6-4, som vil tre i kraft der det er grunn til å være bekymret for barnets omsorgssituasjon, eller der forhold ved barnets atferd og psykiske helse tilsier et grunnlag for tjenester og tiltak etter bestemmelsene i barnevernloven. Videre har helsepersonell en selvstendig og individuell plikt til å gi opplysninger til barnevernstjenesten hvis de har grunn til å tro at barn blir mishandlet i hjemmet, eller at det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. helsepersonelloven § 33.

På denne bakgrunn skal rådgivningsenheten alltid vurdere hvorvidt en persons rusmiddelbruk er av en slik karakter at det kan være grunn til bekymring for barns omsorgssituasjon som tilsier at personellets opplysningsplikt¹⁹ etter barnevernloven trer i kraft.

Utvalget legger til grunn at enhetens personell i tilfeller der det er barn som pårørende, alltid skal vurdere om barnet kan ha selvstendig oppfølgingsbehov fra andre deler av tjenesteapparatet, også utover tiltak fra barneverntjenesten. Det må sikres at barnet kommer i kontakt med riktig instans, enten det er i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten.

Enheten bør i denne sammenheng utarbeide rutiner og prosedyrer for ivaretagelse av barn som pårørende. Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a at helseforetakene i nødvendig utstrekning skal ha barneansvarlig personell. Barneansvarlig personell har ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av barn som er pårørende til foreldre eller søsken med psykisk sykdom, rusavhengighet, alvorlig sykdom eller skade. En tilsvarende plikt for kommunene om barneansvarlig personell skal vurderes i forbindelse med opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020).²⁰

¹⁶ Se også Helfos nettsider om hva slags helsetjenester utenlandske statsborgere har krav på, Helfo (2019).

¹⁷ Holm (2012) og Torvik og Rognmo (2011).

¹⁸ FNs konvensjon om barnets rettigheter, 1989.

¹⁹ Offentlige myndigheter, samt en rekke yrkesutøvere med profesjonsbestemt taushetsplikt, har plikt til å gi opplysninger til barnevernet når det er grunn til å tro at et barn blir utsatt for mishandling eller andre former for alvorlig omsorgssvikt, eller når et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker. Opplysningsplikten følger av lov om barneverntjenester § 6-4 og av bestemmelser i andre lover, blant annet helsepersonelloven § 33. Denne opplysningsplikten innebærer en plikt til å melde fra til den kommunale barneverntjenesten av eget tiltak ved alvorlig bekymring.

²⁰ Prop. 15 S (2015–2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)* s. 48.

Pliktene omtalt ovenfor, samt retningslinjer, veiledere og lokale fagprosedyrer,²¹ danner de faglige rammene for hvordan dette skal gjennomføres i tjenestene.

16.9.2 Andre pårørende enn personens egne barn

Det ligger utenfor utvalgets mandat å foreslå endringer i tjenestetilbudet til andre pårørende enn barn av personer som omfattes av utvalgets foreslåtte modell. For utvalget er det likevel nærliggende kort å nevne pårørendes behov.

Pårørende og nærstående kan utsettes for psykiske belastninger, som stress, angst, skyldfølelse og skam. Også vold og trusler kan være en del av det å være pårørende. Ikke minst kan stigma som rammer personer med rusproblemer, også ramme de pårørende. Ofte har søkelyset vært rettet mot foreldre av personer med rusproblematikk. Disse problemstillingene gjelder i stor grad også søsken.²²

Utvalget peker på at helse- og omsorgstjenesten skal ha systemer og rutiner som legger til rette for informasjon, samtale og dialog med pårørende. Dette gjelder enten pårørende har rollen som informasjonskilde for helsetjenesten, representerer bruker/pasient, er omsorgsgiver eller opplever belastninger i en slik grad at den pårørende selv har behov for støtte og behandling.²³

²¹ Se for eksempel fagprosedyren *Barn som pårørende*, Sørlandet sykehus og BarnsBeste (2016).

²² Se for eksempel blogginnlegg på Borgestadklinikken om rus og avhengighet, Borgestadklinikken (2019).

²³ Helsedirektoratet (2017e).

16.10 Særlig om behov for tilrettelagt oppfølging av minoriteter og om kjønns spesifikke behandlings- og oppfølgingsbehov

Det vil være de samme normerende føringer som ligger til grunn for helse- og velferdssektoren for øvrig, som etter utvalgets mening vil være gjeldende for den rådgivende enhetens tilnærming til ulike grupper som pålegges møteplikt for enheten. Utvalget viser her i hovedsak til Helsedirektoratets faglige retningslinje om behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og -avhengighet,²⁴ som inneholder anbefalinger for hvordan tjenestene skal nærme seg pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, herunder hvordan tjenestene skal ivareta språklige og kulturelle forskjeller. Retningslinjen har også anbefalinger knyttet til den samiske delen av befolkningen og til seksuelle minoriteter.

Det er videre erkjent at menn og kvinner med rusproblemer kan ha ulike erfaringer og opplevelser knyttet til sitt rusmiddelproblem, og at dette kan kreve ulik tilnærming og tilrettelegging av tiltak og innsatser. Utvalget viser her til Helsedirektoratets faglige retningslinje om behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og -avhengighet, som anbefaler at kjønns spesifikke behandlings- og oppfølgingsbehov bør ivaretas.

Retningslinjen er primært rettet mot spesialisthelsetjenesten, men prinsippet i anbefalingen vil også gjelde for tjenesteytere i primærhelsetjenesten, og utvalget forutsetter at dette ivaretas i tjenestene.

²⁴ Helsedirektoratet (2016b).

Kapittel 17

Evaluering av rusreformen

17.1 Innledning

Regjeringens formål med rusreformen og utvalgets forslag til modell for gjennomføring av reformen anses som en betydelig endring i nasjonal narkotikapolitikk. Innenfor et politikk-område av så stor samfunnsmessig interesse som narkotikapolitikken vil det etter utvalgets mening være nødvendig å igangsette en evaluering, senest fra og med implementeringen av rusreformen.

På statlig nivå er alle virksomheter pålagt å gjennomføre evalueringer. Denne plikten følger av *Reglement for økonomistyring i staten*¹ kapittel V om kontroll § 16:

«Alle virksomheter skal sørge for at det gjennomføres evalueringer for å få informasjon om effektivitet, måloppnåelse og resultater innenfor hele eller deler av virksomhetens ansvarsområde og aktiviteter. Evalueringene skal belyse hensiktsmessighet av eksempelvis eierskap, organisering og virkemidler, herunder tilskuddsordninger. Frekvens og omfang av evalueringene skal bestemmes ut fra virksomhetens egenart, risiko og vesentlighet.»

Tradisjonelt iverksettes evalueringer på et avgrenset felt med en begynnelse og en slutt. Erfaringer og kunnskap fra evalueringer kan ha mer eller mindre relevant overføringsverdi til beslektede områder. Utvalget har fått forståelsen av at rusfeltet generelt oppleves som forskningssvakt, og at det er kunnskapshull på flere områder. Utvalgets oppfatning er videre at overordnede helsemyndigheter, så vel som justissektoren ved politiet, kriminalomsorgen med videre, ikke i tilstrekkelig grad har kunnskap om kvantitet, kvalitet eller effekt av innsatser, tiltak og tjenestetilbud på rusfeltet. Dette gjelder tjenester som leveres på kommunalt nivå, fra ideelle og

kommersielle aktører og fra spesialisthelsetjenesten. Statistiske data på områder som potensielt kunne være av stor betydning for ruspolitiske retningsvalg, finnes ikke, eller er ikke umiddelbart tilgjengelige.

Utvalget peker særlig på følgende forhold/tiltak med behov for mer empiri:

- ruskontrakter for ungdom, sammenlignet med resultatene for ungdom som ikke går på kontrakt, men får annen oppfølging eller ingen oppfølging
- andre tiltak som har grader av tvang, for eksempel tilbakehold etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10
- hvilke mekanismer som skaper stigmatisering av personer med rusproblematikk og deres pårørende
- hvilke forhold som kan motvirke hjelpesøkende atferd for problemer med narkotika, og hva som utgjør hindre for å oppsøke hjelp
- forskning på hvilke virkninger lovendringer kan ha på befolkningen (mye av forskningen omhandler lovbestemmelser om besittelse av cannabis. Det finnes lite forskning på virkninger av lovbestemmelser som gjelder annen narkotika)

I utvalgets mandat, og i regjeringens politiske plattform,² fremkommer det at regjeringen vil føre en *kunnskapsbasert ruspolitikk*. Evaluering av rusreformen inngår som en del av en slik kunnskapsbasert ruspolitikk, men etter utvalgets oppfatning burde evalueringen av rusreformen inngå i et større systematisk forskningsarbeid. En kunnskapsbasert ruspolitikk forutsetter en systematisk tilnærming til området som helhet. En forskningsmessig tilnærming til ruspolitiske tiltak og virkemidler er avgjørende for å ha best mulig evidens for ruspolitiske retningsvalg og for utvikling av kostnadseffektive tiltak på samfunns- og individnivå. Slik forskning, som kommer i tillegg til evalueringer av avgrensede tiltak, er også helt

¹ Forskrift 12. desember 2003 nr. 1938. Reglement for økonomistyring i staten.

² Regjeringen (2019d).

nødvendig for å forsikre seg om at de valgene som tas, og de tiltak som iverksettes, ikke har uakseptable, utilsiktede negative konsekvenser for individ og samfunn.

For evaluering av rusreformen spesielt vil det etter utvalgets oppfatning være nødvendig å utarbeide hensiktsmessige måleparametere for flere forhold ved rusfeltet som kan knyttes til reformen. Dels handler det om å vurdere i hvilken grad og på hvilke forhold ved rusfeltet avkriminaliseringen kan antas å ha effekt, både hva gjelder tilsiktede og utilsiktede konsekvenser, og dels handler det om hvordan den nye reaksjonsmodellen påvirker de samme forholdene.

Utvalget har ikke utarbeidet et uttømmende evalueringsprogram eller fullstendige parametere for evaluering av rusreformen. Denne oppgaven bør etter utvalgets syn tilligge helsemyndighetene og evaluator. Utvalget begrenser seg i dette kapitlet til først kort å redegjøre for sitt syn på hvor ansvaret for evalueringen bør forankres, se punkt 17.2. Deretter omtales noen prinsipper knyttet til selve evalueringsprosessen i punkt 17.3. I punkt 17.4 peker utvalget på noen forhold av særlig betydning som kan bli påvirket av rusreformen, og som bør tas i betraktning under evalueringen. Avslutningsvis, i punkt 17.5, fremheves noen særskilte områder hvor det, etter utvalgets mening, foreligger ytterligere utredningsbehov.

17.2 Administrativ forankring av evalueringen

Utvalget har i sitt forslag til modell for avkriminalisering foreslått en administrativ forankring i Helse- og omsorgsdepartementet med delegert myndighet til Helsedirektoratet som fagansvarlig direktorat. I tillegg har utvalget foreslått et tverrdirektoralt råd for narkotikasaker hvor relevante direktorater inngår, under ledelse av Helsedirektoratet. Dette rådet skal i henhold til forslaget ha ansvar for å sikre tilstrekkelig oppfølging av den nye reaksjonsmodellen innen sine sektorer, herunder etablering, opplæring og overvåking. Se nærmere om dette i utredningens kapittel 16.

Det vil på denne bakgrunn være nærliggende å tillegge Helsedirektoratet ansvaret for en evalueringsprosess knyttet til rusreformen på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet som øverste ansvarlige instans. Utvalget foreslår videre at Justis- og beredskapsdepartementet også deltar i evalueringsarbeidet, for eksempel ved Politidirektoratet, for å sikre at kunnskap om rusreformens

betydning for politiets arbeid kommer med i evalueringen.

17.3 Evalueringsprosessen

17.3.1 Trinn og prinsipper i en evalueringsprosess

Det finnes mye litteratur som beskriver innhold og mulige inndelinger av evalueringsprosessers trinn eller faser. Utvalget har sett hen til en publisering fra EMCDDA fra 2017³ som tar for seg trinnene i evaluering av ruspolitikk, og til publikasjoner fra henholdsvis Finansdepartementet⁴ og Direktoratet for økonomistyring (DFØ).⁵

17.3.2 Ledelsesforankring

En ledelsesmessig forpliktelse er avgjørende for å lykkes med en evalueringsprosess.⁶ Dette handler både om prioriteringer som gir tilstrekkelig ressursallokering til evalueringsarbeidet, og om at funn i evalueringen blir gjenstand for læring og konkret oppfølging der dette er nødvendig. I en ruspolitisk sammenheng vil en slik overordnet ansvarsforankring som nevnt ovenfor være nødvendig for at evalueringsdata skal få betydning for ruspolitiske veivalg og innsatser.

17.3.3 Valg av evalueringsform og tidsperspektiv

Ofte er evaluering et endepunkt etter at et tiltak eller en endring er gjennomført, eventuelt har virket en stund. Det må tas stilling til på hvilket tidspunkt evalueringen av rusreformen skal starte, om det skal være en for-evaluering (*ex ante*), om evalueringen skal være i form av en følge-evaluering underveis (*ex nunc*), eller om evalueringen tar sikte på å måle resultater og effekter av reformen etter et gitt tidsrom etter at den er iverksatt (*ex post*).⁷

I tillegg til evaluering som tar sikte på å belyse resultater og effekt, kan det iverksettes en prosesevaluering. I denne sammenhengen kan evalueringen være knyttet til implementering av nye bestemmelser i regelverket, implementering av

³ EMCDDA (2017).

⁴ Finansdepartementet (2005).

⁵ Senter for statlig økonomistyring (2008). Senter for statlig økonomistyring endret navn til Direktoratet for økonomistyring i 2011.

⁶ EMCDDA (2017) s. 7.

⁷ EMCDDA (2017) s. 8–9 og 54–25.

modellen, lokale variasjoner, etterlevelse av regelverk, instruksjoner med videre. Dette kan være av interesse fordi effektene av rusreformen vil være avhengig av flere ulike aktørers innsats og deres oppfølging av reformens intensjoner.

Formålene, det vil si det myndighetene ønsker å oppnå med rusreformen, er av en slik karakter at det må antas at effekter først inntreffer etter noe tid. Dette vil også kunne være tilfelle for eventuelle utilsiktede konsekvenser av reformen. Utvalget mener at evalueringen av rusreformen ikke må starte på et senere tidspunkt enn fra og med implementeringen av rusreformens modell, og evalueringen bør løpe i alle fall i en tiårsperiode, om den ikke gjøres tidsubestemt. Samtidig må det tas høyde for at korrigerende eller forsterkende tiltak kan bli iverksatt underveis. Utvalget viser til den såkalte *kvalitets-sirkelen*,⁸ som er en kjent visualisering av hvordan systematisk evaluering bør inngå som en del av en virksomhets kvalitetsarbeid, ikke bare som enkeltstående hendelser, men – ideelt sett – som en løpende prosess.

17.3.4 Gap-analyse

Det finnes allerede tilgjengelig statistikk på noen områder på rusfeltet som overvåkes, og som kan tenkes å endre seg som følge av rusreformen. På andre områder vil det være lite informasjon tilgjengelig, se for eksempel omtalen av endringer i Colorados cannabislovgivning i underkapitlet om USA i utredningens kapittel 6.

Det kan være av interesse å sammenligne dagens situasjonsbilde med en fremtidig ønsket tilstand. Dette gjøres ofte gjennom en såkalt *gap-analyse*.⁹ Utvalget mener det så raskt som mulig etter at reformen vedtas implementert, bør igangsettes et arbeid som i større grad enn det Rusreformutvalget har hatt tid og anledning til, konkretiserer hvilken tilstand som ønskes realisert på rusfeltet gjennom rusreformen. På det grunnlaget anbefales det å iverksette en gap-analyse for å se på avstanden mellom nåsituasjonen og ønsket tilstand. En slik analyse kan gi informasjon om hvilke andre tiltak som eventuelt bør iverksettes, i tillegg til avkriminalisering og utvalgets foreslåtte modell, for å bringe disse to situasjonsbildene i samsvar.

17.3.5 Ønsket tilstand etter rusreformen

Tilstanden etter rusreformen er, basert på utvalgets mandat – svært forenklet uttrykt – at ingen

straffes for befatning med narkotika omfattet av avkriminaliseringen, og at det gis tilbud om hjelp, behandling og oppfølging til personer som overtrer forbudet, og som har behov for slik hjelp. Politiet skal kunne gi en person pålegg om oppmøteplikt for et myndighetsorgan forankret i helsetjenesten der det er avdekket narkotikabruk, innehav eller erverv av narkotika til egen bruk.

Brukere av narkotika opplever redusert stigma knyttet til sin bruk av narkotika, mindre grad av marginalisering og økt sosial integrering. Terskelen for å søke hjelp oppleves som lavere, og den enkelte bruker møtes med hensiktsmessige og tilpassede tilbud og oppfølging. Tjenestetilbudet omfatter tjenester fra kommunen, spesialisthelsetjenesten og andre relevante sektorer, som arbeids- og velferdssektoren, barnevernet, utdanningssektoren med videre.

Modellens struktur, organisering og innhold bidrar til et bedre tjenestetilbud til brukerne. Modellen sikrer at ulike tjenester og tjenestnivåer samhandler, og er i tråd med internasjonale anbefalinger om rehabilitering og reintegrering. Hensynet til barn som pårørende ivaretas, barns omsorgssituasjon vurderes, og barnets beste legges til grunn ved utforming av tjenestetilbud og tiltak.

Politiet opplever å ha adekvate og effektive virkemidler for kriminalitetsbekjempelse samt tilstrekkelig informasjonstilgang til å ivareta sine forvaltningsmessige og kriminalitetsforebyggende oppgaver.

Bruken av narkotika er generelt lav i befolkningen, og høyrisikobruk og skadelig bruk er redusert. Det er ikke økt skadeomfang som relateres til bruk av narkotika på individ- eller samfunnsnivå.

17.3.6 Utarbeidelse av evalueringsspørsmål og parametere

Det er av særlig betydning at spørsmål og problemstillinger som ønskes evaluert, er av en slik art og beskrives på en måte som gjør at de lar seg måle. Videre må de ha relevans i den forstand at de faktisk sier noe om resultater og effekter av reformen. Utvalget legger til grunn at dette vil være en av de store utfordringene med tanke på å evaluere reformen isolert sett, fordi en rekke faktorer utenom rusreformen vil ha innvirkning på utviklingen av ulike variabler på narkotikaområdet.

Spørsmålene som evalueres, må være knyttet til det myndighetene ønsker å oppnå med reformen, det vil si de formål og målsettinger som er reformens intenderte konsekvenser. Samtidig må

⁸ Se FHI (2015).

⁹ Pihl og Vikøren (2018).

evalueringen innrettes på en måte som også kan fange opp eventuelle utilsiktede konsekvenser av rusreformen, ikke minst uønskede utilsiktede konsekvenser.

17.3.7 Gjennomføring og oppfølging

Gjennomføringsfasen handler primært om innsamling og analyse av relevante data. Hvilke data som innhentes, valg av metode med videre vil blant annet være avhengig av hvilke problemstillinger som skal evalueres, samt tid og ressurser til rådighet. Som nevnt mener utvalget at evalueringen av rusreformen bør løpe over lengre tid, og at sentrale variabler bør overvåkes fortløpende. Dette vil være viktig for å kunne iverksette korrigerende tiltak dersom en trend innen én eller flere av variablene synes å avvike fra en ønsket utvikling.

Dersom en evaluering skal gi realiserbare gevinster, må funn og anbefalinger fra evalueringen inkorporeres i modellen for rusreformen fortløpende, eventuelt som en del av nye strategier og handlingsplaner på rusfeltet. Allerede før evalueringen tar til, bør det være en plan for hvordan man systematisk skal sikre at dette integreres i utviklingen av ruspolitiske tiltak og virkemidler.¹⁰

17.4 Forhold av betydning for å vurdere resultater og effekter av rusreformen

Utvalget peker her på noen forhold som oppfattes som særlige betydningsfulle, som må følges tett og inngå som en del av evalueringen av rusreformen. Disse forholdene løftes frem på bakgrunn av utvalgets gjennomgang av forskningsrapporter som omhandler effekter av endringer i regulering av narkotikafeltet i andre land, samt problemstillinger som er reist i utvalget og i innspill fra eksterne personer og virksomheter.

For at eventuelle endringer i disse forholdene skal kunne relateres til reformen, forutsetter det både kvantitative og kvalitative undersøkelser og analyser.

Det bør etter utvalgets oppfatning konkretiseres parametere i tilknytning til

- holdninger til narkotika og til brukere av narkotika
- tilgang til narkotika
- faktisk bruk av narkotika

- bruksmønster i den delen av befolkningen som bruker narkotika
- skadeomfang knyttet til bruk av narkotika på individ- og samfunnsnivå
- kriminalitet relatert til narkotika
- politiets og påtalemyndighetens oppfølging av reformen
- helse- og velferdstjenestens oppfølging av reformen
- ulike aktørers opplevelse av reaksjonsmodellen, herunder brukertilfredshet med modellen hos personer ilagt møteplikt

Utvalget understreker at listen ovenfor ikke er uttømmende, og at det innenfor disse forholdene ved rusfeltet kan oppstilles et nærmest uendelig antall underproblemstillinger. Utvalget vil likevel peke særlig på behovet for å følge med på hvordan lovverket praktiseres og hvilke grupper som bruker narkotika som faller inn under straffrihet, og hvilke som vil følge straffesakskjeden. Spesielt av interesse vil det være å se om det er forskjeller med utgangspunkt i etniske, sosiale, geografiske og kjønns- og aldersmessige skillelinjer. Videre vil det være av interesse å ha statistikk over antall saker som straffeforfølges som salg selv om mengden er innenfor den avkriminaliserte mengden narkotika, og omvendt: hvor mange som følges opp i straffesakskjeden for oppbevaring av narkotika over mengdebegrensningen, men ansett som til egen bruk. Dette kan ha betydning blant annet for fremtidig justering av terskelverdier.

Utvalget er også klar over at flere av disse forholdene allerede følges, for eksempel gjennom Norges tilknytning til EMCDDA, Ungdata- og ESPAD-undersøkelsene. Her vil det være nødvendig å finne metoder for å se om eventuelle endringer i utviklingen på disse områdene i noen grad, eller i det hele tatt, kan relateres til avkriminalisering og den nye reaksjonsmodellen.

Utvalget mener at det bør være helsemyndighetene, i samarbeid med fag- og forskningsmiljøer, som definerer hvilke forhold som skal inngå i evalueringen, og som utarbeider problemstillinger og parametere som skal være sentrale i evalueringen av rusreformen og ruspolitikken generelt.

17.5 Ytterligere utredningsbehov

17.5.1 Innledning

Utvalget ser at det har skjedd svært mye på rusfeltet de siste 20 årene. Utvalget peker blant annet

¹⁰ EMCDDA (2017) s. 20.

på rusreformen av 2004, to opptrappingsplaner (hvorav den siste skal virke ut 2020), utprøving av evidensbaserte modeller som ACT/FACT, Housing First, Rask psykisk helsehjelp, IPS med videre (se omtale av disse tilbudene i utredningens kapittel 5). I 2010 kom en rapport om narkotika¹¹ og i 2012 en stortingsmelding om rusfeltet.¹² På kunnskapssiden fikk vi i 2003 en NOU som oppsummerte kunnskap om effekt av tiltak på rusmiddelfeltet,¹³ og det produseres regelmessig (sektorielle) rapporter, som Statusrapport for LAR¹⁴, PasOpp-undersøkelser¹⁵, NPR-rapporter¹⁶, Brukerplan-årsrapporter¹⁷, Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid – årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene¹⁸ og nå sist KvaRus¹⁹.

Det har imidlertid ikke blitt gjort noe forsøk på å vurdere helheten i hjelpe- og behandlingstilbudet til personer med rusrelaterte problemer siden et utvalg oppnevnt av sosialminister Magnhild Meltveit Kleppa i 1999 leverte tre rapporter om rusfeltet.²⁰

Rusreformutvalgets mandat har ikke omfattet å utrede det samlede hjelpe- og tjenestetilbudet til personer med rusproblemer som sådan, men det synes å være uløste utfordringer på rusfeltet, som utvalget har kommet i kontakt med i løpet av sitt utredningsarbeid. Utvalget foreslår derfor at det nedsettes et offentlig utvalg som har som mandat å utrede forslag til endring og utvikling av tjenestetilbudet som kan bidra til å hente ut mer effekt av alle de tiltakene som er satt i verk de siste 20

¹¹ Stoltenbergutvalget (2010).

¹² Meld. St. 30 (2011–2012) *Se meg! — Alkohol – narkotika – doping*.

¹³ NOU 2003: 4 *Forskning på rusmiddelfeltet – En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak*.

¹⁴ SERAF utarbeider årlig en nasjonal statusrapport for LAR på oppdrag fra Helsedirektoratet.

¹⁵ Folkehelseinstituttet gjennomfører nasjonale brukererfæringsundersøkelser (PasOpp-undersøkelser) på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

¹⁶ Norsk pasientregister.

¹⁷ Brukerplan er et verktøy for kommuner som ønsker å kartlegge omfang og karakteren av rusmiddelmisbruk i kommunen.

¹⁸ SINTEF utarbeider en årlig rapport for Helsedirektoratet om årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

¹⁹ Et nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler.

²⁰ Ot.prp. nr. 3 (2002–2003) s. 12: «Det tidligere Sosial- og helsedepartementet nedsatte i desember 1998 en arbeidsgruppe for å gjennomgå og vurdere hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere (Nesvåg-gruppen). Gruppen skulle også vurdere tiltak for kvalitetssikring av hjelpe- og behandlingstilbudet, og behov for endringer i ansvarsplassering- og finansieringssystem. Gruppen avsluttet sitt arbeid i juni 1999.»

årene. Mandatet bør videre omfatte å utarbeide forslag til en ny struktur eller organisering av det overordnede ansvaret for rusfeltet, som – kanskje mer enn noe annet felt med så stor samfunnsmessig interesse – har mangelfullt kunnskapsgrunnlag og store samhandlings- og koordineringsbehov.

Utvalget vil i det følgende peke på et utvalg områder som kan være aktuelle for et slikt utvalg å utrede nærmere.

17.5.2 Områder med behov for ytterligere utredning

17.5.2.1 Oppfølging av somatiske og psykiske lidelser hos narkotikabrukere

Utvalget mener at tjenestene narkotikabrukere har behov for, ikke i tilstrekkelig grad er organisert på en måte som gjør dem *tilgjengelige* for de brukerne som kanskje trenger dem mest. Det bør utredes om spesialisthelsetjenesten i større grad må ta ansvar, sammen med kommunene og fastlegene, for å sikre at pasienter med omfattende rusmiddelbruk også får dekket sine somatiske og psykiske behandlingsbehov. Det kunne for eksempel vurderes å opprette tilbud om døgnopphold i et samarbeid mellom kommuner og helseforetak etter modell av Gatehospitalet.²¹ Utvalget viser også til aktivt oppsøkende behandlingsteam som ACT og FACT, som er omtalt i utredningens kapittel 5, som kan være effektive modeller for å tilgjengeliggjøre behandlingstilbud for personer med rusmisbruk og samtidige psykiske lidelser.

17.5.2.2 Akuttmottak og sømløse overganger

Fra politihold er det overfor utvalget fremmet behov for akuttmottak hvor politiet kan bringe personer i forkommen tilstand som gir uttrykk for et ønske om behandling og rehabilitering. Utvalget viser til behovet for at rusbehandling, inkludert avrusingstilbud, bør tilbys svært raskt til personer med rusproblemer, ettersom «motivasjonsvinduet» (eller et ønske om å ta imot behandling på et gitt tidspunkt) kan være smalt. Det kunne vurderes om et delt kommunalt og statlig ansvar for døgnplasser med raskt inntak, for videre behandling i spesialisthelsetjenesten, kunne være aktuelt.

²¹ Se mer om Gatehospitalets tilbud på Frelsesarmeens nettsider, Frelsesarmeen (2019).

17.5.2.3 Brukerrom

Oslo og Bergen er de to eneste kommunene i Norge som tilbyr en brukerromsordning som en del av helse- og omsorgstjenestetilbudet til problembrukere av narkotika. Utvalgets sekretariat har i møter med ulike tiltak, blant annet i Oslo kommune, hørt argumenter for at det i tilknytning til lavterskel botilbud eller lignende, der beboerne i stor grad er aktive brukere av narkotika, bør etableres lokale brukerrom med lavere krav enn det ordningen forutsetter i dag. Utvalget mener regelverket for brukerrom bør vurderes med tanke på å muliggjøre desentraliserte brukerrom der det kan være et behov for slike.

17.5.2.4 Modeller med sikte på varig arbeid i ordinært arbeidsliv

Utvalget peker på at arbeidslivet fungerer som en arena både for økonomisk sikring og for bygging av relasjoner og sosial integrering. Dette gjelder også personer med rusproblemer. Utvalget viser til at det innen psykisk helse-feltet er gode erfaringer med bruk av særskilt metodikk for å etablere personer med psykiske lidelser i ordinært og varig arbeid (se utredningens kapittel 5). Utvalget mener at slike tilbud systematisk bør styrkes, videreutvikles og tilpasses personer som aktivt bruker rusmidler.

17.5.2.5 Oppsøkende virksomhet

Utvalget mener at oppsøkende virksomhet kan være av stor betydning for å ha en oversikt over rusmiddelbruken i samfunnet, spesielt i ungdomsmiljøene. Oppsøkende tjenester kan bidra til å identifisere og intervenere tidlig overfor unge som kan være i risiko for å utvikle rusproblematikk. I tillegg vil en systematisk tilstedeværelse ute blant ungdom i risiko og andre marginaliserte grupper, bidra til å bygge opp et kunnskapsgrunnlag om faktorer som bidrar til utstøting og marginalisering. Slik kunnskap kan igjen bidra til å utvikle tiltak som mer effektivt kan være med på å

reversere en uheldig utvikling. Fra fagfeltet selv pekes det på behov for at overordnede myndigheter tilrettelegger for et nasjonalt faglig løft og styrker den faglige kompetansen i feltet, blant annet ved å (re)etablere et nasjonalt koordinerende faglig knutepunkt for det oppsøkende feltet. Tidligere lå slike funksjoner til KoRus Oslo, som var en viktig nasjonal ressurs for hele fagfeltet, og kanskje særlig for oppsøkende tjenester i de små kommunene.

17.5.2.6 Samhandling

Fragmenterte, uoversiktlige og ofte kortvarige tjenestetilbud vil kunne gjøre det vanskelig for personer med rusproblematikk å få fullt utbytte av de tjenestene som mottas, i tillegg til at de kan være vanskelig tilgjengelige i seg selv. Det er behov for å koordinere tjenester fra ulike sektorer og forvaltningsnivåer. Utvalget trekker frem prosjekter som koordinerende tillitsperson²² som eksempel på en måte å organisere rusarbeidet på, som varer over tid og med det skaper en langvarig terapeutisk relasjon, og samtidig bistår i å koordinere et uoversiktlig hjelpeapparat.

Samhandling og koordinering synes å være den største utfordringen på rusfeltet og har vært en tilbakevendende problemstilling nesten helt siden «narkotikaproblemet» i sin tid oppsto. Utvalget stiller spørsmål ved årsakene til at denne samhandlingen synes å være så vanskelig å få til. Utvalgets oppfatning er at det samlede regelverket for helse- og velferdstjenestene i seg selv ikke nødvendigvis er årsak til såkalte *glippsoner*, for eksempel som følge av uklar rolle- og ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelse-tjenesten. Utvalget kan heller ikke se at det er vesentlige forhold som ikke reguleres av lov. Utvalget stiller derimot spørsmål om hvorvidt forvaltningen, også gjennom organiseringen av sine tjenester, faktisk etterlever de kravene som ligger til grunn for å kunne yte sømløse, helhetlige og individuelt tilrettelagte tjenestetilbud.

²² Se Stavseng mfl. (2011).

Kapittel 18

Problemstillinger etter avkriminalisering: håndtering av opplysninger, behandling av ikke-avgjorte saker og ikke-fullbyrdede reaksjoner samt lemping av gjeldsbyrde

18.1 Innledning

I dette kapittelet behandles enkelte problemstillinger som reises ved en eventuell avkriminalisering, som på ulike vis knytter seg til reintegrering av personer som er ilagt straffereaksjoner for slik befatning med narkotika som utvalget foreslår å avkriminalisere, se kapittel 13. Dette gjelder for det første hvilken tilgang politiet bør ha til opplysninger om overtredelse av legemiddelloven § 24 når dette ikke lenger er straffbart, men en ulovlig handling som politiet gis hjemmel til å reagere overfor, se kapittel 14, se punkt 18.2. Dette har betydning for blant annet håndteringen av forvaltningsoppgaver i politiet, herunder førerkortsaker. For det annet oppstår spørsmålet om hvorvidt straffereaksjoner som er ilagt forut for en avkriminalisering, skal fremgå av politiattest og vandelsvurdering etter avkriminaliseringen, se punkt 18.3.

For det tredje fremlegger utvalget sitt syn på håndteringen av straffesaker som ikke ennå er rettskraftig avgjort, og straffereaksjoner som ikke ennå er (ferdig) fullbyrdet ved avkriminaliseringen, se punkt 18.4.

Gjeldsproblematikk er en kjent problemstilling for personer med rusrelaterte problemer som ønsker å endre sin livssituasjon. Avslutningsvis, i punkt 18.5, behandles et forslag til lemping av gjeldsbyrde ved gjennomføring av behandling for alvorlige rusproblemer.

18.2 Håndtering av opplysninger om overtredelser av forbudet mot narkotikabruk og befatning med narkotika til egen bruk

18.2.1 Innledning

Som ledd i polititjenesten vil politiet kunne undersøke personer for å avdekke bruk og besittelse av narkotika, beslaglegge narkotika og treffe vedtak

om oppmøteplikt for rådgivningsenheten, se kapittel 14–16. Utvalget legger til grunn at politiet har saklig behov for å kunne behandle opplysninger om enkeltpersoners bruk av narkotika, ettersom dette er nødvendig for å utføre lovpålagte forvaltningsoppgaver. Blant de mest aktuelle lovbestemmelsene som legger slike oppgaver til politiet, er

- vegtrafikkloven § 34 femte ledd, jf. § 24 fjerde ledd, som gir grunnlag for tilbakekall av førerrett dersom personen ikke anses edruelig,
- yrkestransportloven § 37 f, jf. § 37 c, som gir grunnlag for tilbakekall av retten til å føre motorvogn ved persontransport mot vederlag (kjøreseddel) dersom personen ikke anses edruelig, og
- våpenloven § 10 første ledd, jf. § 7 tredje ledd, som gir grunnlag for tilbakekall av våpenkort dersom personen ikke anses edruelig.

Noen endring i disse lovpålagte oppgavene for politiet ligger det utenfor utvalgets mandat å vurdere, og utvalget anser det heller ikke som sin oppgave å evaluere politiets nåværende oppgaveløsning i disse sakene.

En persons forhold til rusmidler kan etter omstendighetene ha betydning for politiets forvaltningsmessige oppgaver, herunder edruelighetsvurderinger knyttet til tillatelser fra det offentlige til å inneha våpen eller føre motorvogn. Opplysninger om befatning med narkotika som er lagret i blant annet politiets registre, kan utleveres til andre gjøremål i politiet i medhold av bestemmelser i politiregisterloven kapittel 5 og 6 samt politiregisterforskriften del 3. Ansatte i politiet som arbeider med slike oppgaver, kan gis direkte tilgang til opplysninger i politiets reaksjonsregister, jf. politiregisterloven §§ 21 og 29 og politiregisterforskriften §§ 9-5 og 44-6. Det samme gjelder politiets politioperative registre og lydlogg, jf. politiregisterforskriften § 53-7, kriminali-

tetsetteretningsregisteret, jf. § 47-8, arrestjournal og opptak av lyd og bilde i politiarrest, jf. § 54-6, og utlendingsregisteret, jf. § 56-5.

Politidirektoratet har i en redegjørelse til utvalget gitt uttrykk for at blant annet «bekymringsmeldinger, rapporter utarbeidet på bakgrunn av informasjon fra PO-registeret, straffeattest, bøteattest, avhør og dommer» er underlagsdokumenter for politiets forvaltningsoppgaver.¹ Det er påpekt i redegjørelsen at underlagsdokumentene må være verifiserbare, innholdsrike og relevante.

Ved en slik avkriminalisering som utvalget foreslår, vil politiet ikke lenger få samme tilfang av informasjon gjennom behandlingen av *straffesaker* for så vidt gjelder de handlingene som foreslås avkriminalisert.

Utvalgets forslag innebærer imidlertid at politiet vil ha oppgaver knyttet til håndhevingen av det sivilrettslige forbudet mot narkotikabruk, se kapittel 14. Politiets oppgaveløsning i denne sammenhengen innebærer derfor at politiet vil håndtere opplysninger om enkeltpersoners narkotikabruk. Spørsmålet er i hvilken grad politiet skal lagre opplysninger om sivilrettslige narkotikasaker, og for hvilke formål slike opplysninger eventuelt skal kunne brukes.

Politidirektoratet har gitt uttrykk for klar bekymring for at slik informasjon vil bli «mindre tilgjengelig og mindre prioritert i politiets kontakt med aktuelle personer» dersom reaksjoner på bruk og besittelse flyttes fra justissektoren til helsesektoren.² Det er også en bekymring for at det vil bli utfordringer med å få tilgang, og at det vil oppstå forsinkelser, dersom politiet må få utlevert slike opplysninger fra helsepersonell for å ivareta forvaltningsmessige oppgaver.³

18.2.2 Forholdet til politiets registreringsplikt for tiltak som følge av lovbrudd, jf. politiregisterloven § 9

Politiregisterloven § 9 pålegger politiet en plikt til å føre et reaksjonsregister med opplysninger om personer som har vært ilagt straff eller andre strafferettslige reaksjoner eller andre tiltak som følge av lovbrudd. Dersom pålegget om oppmøte for rådgivningsenheten er å anse som et «tiltak som følge av lovbrudd» omfattes dette av registre-

ringsplikten i § 9. Pålegg må i så fall registreres i politiets reaksjonsregister.

Ordlyden er i utgangspunktet meget vidtrekende, på grunn av de nokså åpne uttrykkene *tiltak* og *lovbrudd*. Formålet med reaksjonsregisteret er, i henhold til politiregisterforskriften § 44-1, å ivareta politiets og påtalemyndighetens behov for informasjon om strafferettslige reaksjoner og andre avgjørelser eller tiltak som følge av lovbrudd i forbindelse med forebygging, straffefølgning og som grunnlag for vandelskontroll og akkreditering. Det følger av forarbeidene til hjemmelsparagrafen at den viderefører den opphevede strafferegistreringsloven av 1971 § 1.⁴ Etter den opphevede bestemmelsen, som anses videreført i ny lov, var politiet ilagt en plikt til å registrere straffereaksjoner (frihetsstraff, bot, påtaleunntakelse med videre), andre strafferettslige reaksjoner (overføring til tvungent psykisk helsevern med videre), dommer på anbringelse i arbeidsskole for unge lovbrøyttere og dommer på anbringelse i tvangsarbeid eller kursted etter løsgjengerloven av 1900 eller andre lover. Dommer på anbringelse i tvangsarbeid eller kursted etter løsgjengerloven var det vi med dagens språkbruk ville kalle en alternativ straffereaksjon. En idømt fengselsstraff kunne falle bort helt eller delvis dersom personen i stedet ble anbragt i en slik anstalt, hvor personens såkalte ørkesløshet eller drukkenenskap skulle kunne behandles.⁵ Det synes derfor klart at strafferegistreringsloven av 1971 § 1 bare innebar en plikt til å registrere tiltak som følge av lovbrudd som var *straffbare*. Formuleringen «tiltak som følge av lovbrudd» i politiregisterloven § 9 bør tolkes i lys av dette, ettersom bestemmelsen er ment å være en videreføring av strafferegistreringsloven av 1971 § 1. Det er derfor mest

¹ POD (2019b), se digitalt vedlegg om forholdet til politiets forvaltningsoppgaver, s. 1.

² POD (2019b), se digitalt vedlegg om forholdet til politiets forvaltningsoppgaver, s. 1-2.

³ POD (2019b), se digitalt vedlegg om forholdet til politiets forvaltningsoppgaver, s. 2.

⁴ Ot.prp. nr. 108 (2008–2009) *Om lov om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten (politiregisterloven)*, s. 298.

⁵ Se lov om løsgjænger, betleri og drukkenenskap § 2 annet ledd:

«Derhos bliver paatalemyndigheden i dommen at bemyndige til at lade ham anbringe i et tvangsarbeidshus for en tid af 18 maaneder, men af 3 aar, saafremt han i henhold til denne lov tidligere har været anbragt i tvangsarbeidshus. Skeer saadan anbringelse, kan fuldbyrdelsen af den idømte fængselsstraf helt eller delvis bortfalde.»

Se også § 4 annet ledd om tvangsarbeidshus. Se også § 18 om anbringelse i kuranstalt:

«Findes den, som i henhold til §§ 16 eller 17 [straffebudene mot åpenbar beruselse på offentlig sted og forstyrrelse av alminnelig fred og orden med videre] idømmes straf af fængsel, at være forfalden til drukkenenskap, kan paatalemyndigheden i dommen bemyndiges til at anbringe ham i et tvangsarbeidshus eller en af kongen godkjent kuranstalt [...]. Sker saadan anbringelse, kan fuldbyrdelsen af den idømte fængselsstraf helt eller delvis bortfalde.»

naturlig å forstå registreringsplikten etter § 9 slik at den gjelder tiltak som følge av *straffbare* lovbrudd.

Denne forståelsen innebærer at beslutning om oppmøteplikt som treffes av politiet etter utvalgets foreslåtte modell, ikke er en slik reaksjon som vil omfattes av registreringsplikten i politiregisterloven § 9.

18.2.3 Utvalgets forslag til registrering av opplysninger i politiet og tilgangen til slike opplysninger

Gitt at utvalgets forslag innebærer håndhevingsoppgaver for politiet som gjør at de får opplysninger om personers bruk av narkotika, vil det i utgangspunktet være naturlig å åpne for at politiet kan bruke slike opplysninger for å løse spesifikke lovpålagte oppgaver.

I tillegg til behovet for at det ligger verifisert informasjon til grunn for forvaltningsoppgavene omtalt ovenfor, vil det være av betydning å sikre notoritet om slike undersøkelser og beslag som politiet vil kunne gjøre under håndhevelsen av det sivilrettslige forbudet som utvalget foreslår.

Spørsmålet er om behandlingen av slike opplysninger krever at det opprettes et nytt politiregister, eller om dette informasjonsbehovet, og hensynet til personvernet til den saken gjelder, kan imøtekommes innenfor et av politiets eksisterende registre.

Vurderingen vil til en viss utstrekning avhenge av hvordan eksisterende politiregistre eventuelt kan videreutvikles. Et beslektet spørsmål er om det vil være ønskelig med et registersystem som samler informasjon om politiets møter med enkeltpersoner med et *forebyggende* siktemål, utenfor straffesak. Et register som inneholder slik informasjon lagret på enkeltpersonnivå på en strukturert måte, ville gjøre det mulig med mer adekvate søkefunksjoner og lette utarbeidelse av statistikk om forebyggende tiltak, som kunne understøtte evalueringer og forskning på slike tiltak. Samtidig reiser dette spørsmål knyttet til personvern og publikums forhold til politiet. Utvalget antar at det kan være grunn til å vurdere problemstillingen nærmere, men dette reiser spørsmål som det ikke er rom for å løse innenfor rammene av denne utredningen.

Etter gjeldende rett vil det være rom for å registrere opplysninger i politioperative registre om politiets utførelse av oppgaver etter de nye bestemmelsene utvalget foreslår. Etter politiregisterloven § 10 skal politiet føre registre som gir en fortløpende og døgkontinuerlig oversikt

over alle vesentlige opplysninger om ordning og utførelse av polititjenesten på vedkommende sted, såkalte politioperative registre. Slike registre kan brukes til politimessige, forvaltningsmessige og administrative formål. I henhold til politiregisterforskriften § 53-1 er formålet med politioperative registre å

1. bidra til en forsvarlig planlegging og gjennomføring av polititjenesten, herunder å ivareta politiansattes sikkerhet,
2. sikre notoritet om alle vesentlige forhold og opplysninger vedrørende ordning, planlegging og utførelse av polititjenesten, og
3. bidra til utøvelse av politiets ordenshåndhevelse, forvaltningsoppgaver og kriminalitetsbekjempende virksomhet

Særlig formål nr. 2 og 3 er treffende med hensyn til de oppgaver politiet vil ha etter utvalgets foreslåtte modell. Det følger av politiregisterforskriften § 53-6 første ledd at det i slike registre kan registreres opplysninger som er nødvendig for å oppnå formål som nevnt i § 53-1, se ovenfor. Politiregisterforskriften § 53-7 første ledd gir mulighet til å gi tilgang til direkte søk i politioperative registre i den utstrekning det er nødvendig for utøvelsen av politiets forvaltningsvirksomhet.

Det vil føre for langt å spesifisere de tekniske detaljene for hvordan slik lagring, og tilgang, eventuelt skal gjennomføres. Som et utgangspunkt antar imidlertid utvalget at det bør unngås å opprette nye datasystemer for å behandle saks typen knyttet til avkriminaliserte narkotikasaker.

Utvalget legger til grunn at en mulig hensiktsmessig løsning er å innføre en rutine for behandlingen av slike saker i politiets eksisterende Basisløsning (BL). Dersom dette ikke anses ønskelig, for eksempel ut fra et utgangspunkt om at BL ikke bør benyttes for andre saker som skal inngå i straffesaksregisteret, kan det tenkes løsninger der for eksempel hendelsen og politiets tjenesteutøvelse lagres i politioperativ logg (PO-logg). En rekke hendelser som omfattes av politiets tjenesteutøvelse etter politilovens annet kapittel, herunder bortvisning og visitasjon etter politiloven § 7, registreres i utgangspunktet i PO-loggen, dersom det ikke er opprettet særskilt register for slike hendelser.⁶ De undersøkelser og det pålegget som politiet gis kompetanse til etter

⁶ Ifølge opplysning innhentet per telefon fra Kripos 31. oktober 2019. Det er opprettet særskilte politiregistre for politiets innbringelse og bruk av arrest, jf. politiregisterforskriften kapittel 54, og for bekymringssamtale med barn etter politiloven § 13 fjerde ledd, jf. politiregisterforskriften kapittel 58.

utvalgets foreslåtte modell, kan anses å ha en slik likhet med denne typen inngrep at det fremstår nærliggende å lagre opplysninger på lignende vis. Meddelelsen som sendes til den foreslåtte rådgivningsenheten, må i så fall lagres i politiets dokumentbehandlingssystem utenfor straffesaker.⁷

18.3 Håndtering av opplysninger om tidligere registrerte straffereaksjoner for narkotikalovbrudd som avkriminaliseres

18.3.1 Innledning

Som omtalt ovenfor er politiet underlagt en plikt til å føre register over straffereaksjoner, jf. politiregisterloven § 9. Den generelle regelen må forstås slik at den også omfatter rettskraftige straffereaksjoner for handlinger som er blitt avkriminalisert etter ileggelsen. Et særskilt spørsmål er om den avkriminaliseringen som utvalget foreslår, bør ha konsekvenser for lagringen og håndteringen av tidligere registrerte straffereaksjoner for de avkriminaliserte handlingene. Når handlinger avkriminaliseres, kan det diskuteres i hvilken grad det er nødvendig at straffereaksjoner for slike handlinger fremdeles lagres og fremgår av politiattester og vandelsvurderinger.

Utvalget er kjent med at det i noen land som har gjennomført avkriminalisering, også er tatt skritt for å slette tidligere ilagte straffereaksjoner for handlingene, eller at det er vedtatt særskilte regler som innebærer at slike reaksjoner ikke fremgår av politiattester.

I *Storbritannia* er det vedtatt særskilte bestemmelser som gir adgang til å søke om å få slettet straffereaksjoner for tidligere straffbare seksuelle handlinger mellom personer over den seksuelle lavalder.⁸ Utvalget kjenner ikke til at det er tatt tilsvarende skritt i Norge for å fjerne fra strafferegisteret registrerte straffereaksjoner for overtredelse av forbudet i straffeloven av 1902 mot seksuell omgang mellom menn etter at slike handlinger ble avkriminalisert i 1972. Ingen slike tiltak er beskrevet i forarbeidene til lovendringen. En mulig forklaring på at spørsmålet ikke har hatt aktualitet, uavhengig av hva som måtte ha vært den prinsipielle tilnærmingen til spørsmålet, er at straffebudet sjelden ble anvendt i praksis forut for avkriminaliseringen,⁹ og at det tidvis ble brukt i

kombinasjon med andre bestemmelser om sedelighetslovbrudd som ikke ble avskaffet i 1972.

I delstaten *New York* i USA ble det tidligere i år vedtatt avkriminalisering av mindre alvorlige narkotikalovbrudd.¹⁰ Samtidig ble det vedtatt at registrerte straffesaker for slike lovbrudd ikke skal anmerkes i vandelsattester som utstedes fra delstatens offentlige kontorer. Innen 29. juli 2020 skal slike lovbrudd regnes som nulliteter, og de skal merkes som dette i delstatens registre. Fra dette tidspunktet kan personer som er ilagt reaksjoner for slike lovbrudd, lovlig benekte at dette har hendt. Unntak gjelder for personer som søker jobb i føderale etater, politistyrkene og enkelte andre arbeidsgivere med særskilte unntak i delstatslovgivningen.

18.3.2 Grunnlag for vandelskontroll etter gjeldende rett

18.3.2.1 Oversikt

Vandelskontroll reguleres av politiregisterloven kapittel 7 og politiregisterforskriften. Vandelskontroll kan bare foretas når det foreligger hjemmel i lov eller forskrift i medhold av lov. Opplysninger fra vandelskontroll gis ved politiattest, vandelsvurdering og straffattest, jf. politiregisterloven § 35 første ledd. Fremstillingen i det følgende retter seg hovedsakelig mot *politiattester*. *Vandelsvurderinger* skal som hovedregel inneholde anmerkning om forhold som fremgår av uttømmende politiattest, jf. § 41 nr. 1, jf. § 45 første ledd. *Straffattest* skal inneholde anmerkning om alle straffer, andre strafferettslige reaksjoner og andre tiltak som følge av lovbrudd, jf. § 46 annet ledd.

Hva slags politiattest som utstedes er avhengig av hva som er bestemt i hjemmelsgrunnlaget for utstedelse av politiattesten. Det finnes to hovedtyper politiattester: ordinær og uttømmende. Omfanget av ordinær og uttømmende politiattest er kortfattet beskrevet nedenfor, med vekt på hvordan dette slår ut for narkotikalovbrudd og særskilte regler om unge lovbrøyttere. Både ordinær og uttømmende politiattest kan gjøres *avgrenset* eller *utvidet*. Avgrenset politiattest gjelder bare bestemte typer lovbrudd, mens utvidet politiattest også omfatter saker som ikke ennå er endelig avgjort (såkalte verserende saker).

⁷ Dette er WebSak, som nylig erstattet DocuLive.

⁸ Se Protection of Freedoms Act 2012, Chapter 4.

⁹ Innst. O. XI (1971–72) *Om lov om endringer i den alminnelige borgerlige straffelov 22. mai 1902 nr. 10 s. 3, første spalte.*

¹⁰ New York State Senate Bill S6579A, 16. juni 2019.

18.3.2.2 Ordinær politiattest, jf. politiregisterloven § 40:

De følgende typer reaksjoner skal i utgangspunktet tas med i ordinær politiattest:

- dom på betinget og ubetinget fengsel,
- dom på forvaring, eventuelt sikring,
- dom på samfunnsstraff, eventuelt samfunns-tjeneste,
- dom på ungdomsstraff,
- dom på rettighetstap,
- bot for lovbrudd med øvre strafferamme på fengsel i mer enn 6 måneder, og
- dom på overføring til tvungent psykisk helsevern.

De følgende typer reaksjoner skal i utgangspunktet ikke tas med i ordinær politiattest:

- betinget dom hvor fastsetting av straff utstår,
- påtaleunntatelse etter straffeprosessloven §§ 69 og 70,
- bot for lovbrudd med øvre strafferamme på fengsel inntil 6 måneder,
- forenklet forelegg,
- overføring til Konfliktråd, eller
- overføring til Barnevernstjenesten.

Tidsbegrensning: Som hovedregel skal reaksjoner likevel ikke tas med i ordinær politiattest, hvis det har gått mer enn tre år fra dommen ble avsagt eller forelegget ble vedtatt, jf. § 40 nr. 5. Det gjelder unntak fra dette for noen alvorligere reaksjoner, for eksempel ubetinget fengsel på mer enn 6 måneder, hvor reaksjonen anmerkes hvis det er mindre enn 10 år fra løslatelsen.

Bortfall pga. lav alder: De følgende reaksjonene anmerkes *ikke* i en ordinær politiattest:

- dom på betinget fengsel eller bot, dersom lovbruddet er begått av person under 18 år mer enn 2 år før utstedelsen av attesten, eller
- dom på ungdomsstraff eller samfunnsstraff, dersom lovbruddet er begått av person under 18 år mer enn 5 år før utstedelsen av attesten.

18.3.2.3 Uttømmende politiattest, jf. politiregisterloven § 41:

På uttømmende politiattest skal det anmerkes alle straffer, andre strafferettslige reaksjoner og andre tiltak som er registrert i reaksjonsregisteret som følge av lovbrudd, uten tidsbegrensninger. De følgende reaksjonene anmerkes likevel ikke:

- Overføring til konfliktråd etter strpl. § 71a første og annet ledd, dersom vedkommende ikke har begått nye lovbrudd 2 år etter at det er inn-

gått godkjent avtale, ungdomsplan eller plan i konfliktrådet.

- Forenklet forelegg (ikke aktuelt i narkotikasaker etter gjeldende rett).
- Reaksjon ilagt en person som var under 18 år på gjerningstidspunktet og som ikke har begått alvorlig eller gjentatte lovbrudd, og som heller ikke har begått nye lovbrudd.

Når det gjelder unntaket for unge lovbrytere i bokstav c, er det fastsatt mer detaljerte regler i politiregisterforskriften § 30-3 annet ledd. I henhold til bestemmelsen skal reglene for utstedelse av ordinær politiattest (se ovenfor) gjelde for reaksjoner på lovbrudd begått før fylte 18 år, selv om politiet utsteder en uttømmende politiattest. Denne mildere regelen gjelder likevel ikke dersom personen:

- er ilagt reaksjon for lovbrudd begått før fylte 18 år med øvre strafferamme på fengsel i mer enn 3 år;
- er ilagt reaksjon for 5 eller flere lovbrudd begått før fylte 18 år med øvre strafferamme på fengsel i inntil 1 år, eller tre eller flere lovbrudd begått før fylte 18 år med øvre strafferamme på fengsel i mer enn 1 år. Reaksjon anmerkes uansett dersom vedkommende er ilagt reaksjon for til sammen fem lovbrudd før fylte 18 år uavhengig av lovbruddets øvre strafferamme; eller
- er ilagt reaksjon for nytt lovbrudd etter fylte 18 år som ble begått innenfor de fristene reaksjonen skal vises på ordinær politiattest etter politiregisterloven § 40 nr. 5 og 7.

18.3.2.4 Barneomsorgsattest, jf. politiregisterloven § 39

En praktisk viktig type politiattest er såkalt *barneomsorgsattest*, som kreves i ulike sammenhenger der personer skal ha omsorg for eller oppgaver knyttet til mindreårige, eller personer med utviklingshemming, jf. politiregisterforskriften § 34-1. Dette omfatter også oppgaver i regi av frivillige organisasjoner. Norges Idrettsforbund krever fremvisning av politiattest uten anmerkninger fra alle over 15 år som utfører oppgaver som innebærer et ansvars- eller tillitsforhold overfor mindreårige eller personer med utviklingshemming.¹¹

¹¹ Norges idrettsforbund organiserer om lag 11 000 idrettslag, og har ifølge sine egne nettsider «det øverste idrettspolitiske ansvaret for all idrett i Norge». Forbundet har fastsatt nulltoleranse for anmerkninger på barneomsorgsattester. Se Norges idrettsforbund (udatert).

Barneomsorgsattest er *avgrenset* i den forstand at det er fastsatt hvilke lovbrudd som eventuelt skal med på barneomsorgsattester, jf. politiregisterloven § 39 første ledd, og det gjelder hovedsakelig seksual-, volds-, og narkotikalovbrudd. Overtredelse av straffeloven av 1902 § 162 eller straffeloven § 231 om narkotikalovbrudd inngår i opplistingen. Anmerkninger for disse lovbruddene skal anmerkes som for ordinær politiattest (se ovenfor). Barneomsorgsattesten er *utvidet* i den forstand at det også skal anmerkes om personen er siktet eller tiltalt – det kreves altså ikke at personen allerede er ilagt en rettskraftig reaksjon.

18.3.3 Utvalgets vurdering og forslag

Ved en avkriminalisering kan det ha gode grunner for seg å sperre eller slette straffereaksjoner som tidligere er ilagt for de handlingene som avkriminaliseres. Spørsmålet om fortsatt lagring og bruk av en ilagt straffereaksjon for en handling som senere ble avkriminalisert, kommer ikke minst på spissen i de tilfeller der det har gått lang tid siden lovbruddet, og personen ellers har vært lovlydig. På den annen side vil personen ha overtrådt straffebud som gjaldt på handlingstidspunktet, og personen har slik sett utvist en vilje til å sette seg over normene som regulerer atferden i samfunnet. For noen typer stillinger som krever fremlagt en uttømmende politiattest, kan en slik vilje og evne til lovbrudd tenkes å være av interesse, i den grad det indikerer en lavere grad av respekt for lovens rammer. Det vil imidlertid ikke nødvendigvis foreligge noe klart grunnlag for å trekke en slik konklusjon. Begrunnelsen for å tillegge det betydning at en person har utvist vilje og evne til å overtre en lovbestemmelse, fremstår nokså abstrakt når det er tale om en lovbestemmelse som samfunnet senere fant grunn til å avskaffe. Et slikt prinsipielt utgangspunkt om at ethvert lovbrudd, også et relativt sett lite alvorlig lovbrudd som senere er blitt avkriminalisert, skal tillegges betydning, harmonerer dessuten dårlig med gjeldende regler om politiattester: Forenklede forelegg, som innebærer en konstatering av skyld for en straffbar handling, anmerkes ikke på uttømmende politiattest eller vandelsvurdering, jf. politiregisterforskriften § 30-2.

I utvalgets mandat er det pekt på at straffefølgning av bruk og besittelse har bidratt til stigmatisering, marginalisering og sosial utstøting. Et kriminelt «rulleblad» som følge av mindre alvorlige narkotikalovbrudd knyttet til egen bruk kan utgjøre en del av dette bildet, selv om bestemmel-

ser i politiregisterloven og politiregisterforskriften innebærer at gamle reaksjoner, eller også handlinger begått av mindreårige, i mange tilfeller ikke vises på politiattesten grunnet tidsbegrensninger.

Utvalget mener at hensynene som er beskrevet ovenfor, kan imøtekommes gjennom en ordning der visse tidligere ilagte reaksjoner unntas fra politiets attester og vandelsvurderinger.

Etter gjeldende rett har Politidirektoratet myndighet til å beslutte at færre opplysninger skal anmerkes på politiattester, dersom dette ikke strider mot formålet med attesten, jf. politiregisterforskriften § 33-3, jf. politiregisterloven § 42. Bestemmelsen innebærer en adgang til å beslutte at politiattest skal utstedes med færre opplysninger enn det som følger av hjemmelsgrunnlaget for attesten. I forarbeidene til politiregisterloven er det gitt følgende eksempel for å illustrere bestemmelsens anvendelsesområde:

«Bestemmelsen kan for eksempel være praktisk dersom utenlandske myndigheter krever at en person må fremlegge politiattest fra sitt hjemland før inngåelse av ekteskap i vedkommende land. Det er i så fall ikke nødvendig ut fra formålet å opplyse at vedkommende er dømt for kjøring i påvirket tilstand. Dersom det er fare for at denne opplysningen i seg selv vil være et hinder for at vedkommende kan inngå ekteskap, bør opplysningen ikke tas med i attesten.»¹²

Etter denne bestemmelsen vil det, i prinsippet, kunne treffes en beslutning, etter søknad, om at et avkriminalisert narkotikalovbrudd ikke anmerkes på politiattest som utstedes for eksempel i forbindelse med søknad om visum i et annet land.

Etter utvalgets syn vil det være ønskelig å fastsette mer generelle regler om avkriminaliserte narkotikalovbrudd i lov eller forskrift. Dette kan ha fordeler ved at det reduserer behovet for konkrete vurderinger i enkeltsaker. Politiattest og vandelsvurdering vil kunne være aktuelt i forbindelse med tilsettelse og utøvelse av bestemte yrker. Den velferdsmessige betydningen som en politiattest eller vandelsvurdering kan ha i slike tilfeller, tilsier at det bør være en forutberegnelighet i avgjørelsene, noe som taler for å gi presise vilkår. På den annen side er det krevende å ta høyde for alle omstendigheter som kan ha betydning ved en slik vurdering, for alle de ulike situasjonene som

¹² Ot.prp. nr. 108 (2008–2009) s. 315 (merknader til de enkelte paragrafer).

kan foranledige behov for politiattest og vandelsvurdering.

Det vil være nødvendig å skille mellom overtredelser av legemiddeloven § 24 på den ene side og overtredelser av straffeloven § 231 og tidligere straffelovs § 162 første ledd på den annen. Når det gjelder de to sistnevnte straffebudene, vil registrerte reaksjoner i politiets registre kunne gjelde befatning med narkotika som ikke var til egen bruk, eller narkotika til egen bruk som overskrider de mengdebegrensningene utvalget foreslår. Det vil med andre ord omfatte handlinger som utvalget ikke foreslår å avkriminalisere.

Situasjonen vil derfor være at enhver overtredelse av legemiddeloven § 24 etter utvalgets forslag vil være avkriminalisert, mens bare *noen* overtredelser av straffeloven § 231 (eller tidligere lovs § 162 første ledd) vil være avkriminalisert. Dette tilsier at det kan fastsettes en generell regel om at overtredelse av legemiddeloven § 24 ikke oppføres i politiattester og ikke inngår i vandelsvurderinger.

Når det gjelder overtredelse av straffeloven § 231 (tidligere lovs § 162 første ledd), vil det som et utgangspunkt kunne trekkes et skille mellom saker som er avgjort ved forelegg, og andre saker. Forelegg kan i henhold til rundskriv fra riksadvokaten og rettspraksis bare utferdiges i saker som gjelder erverv og/eller oppbevaring av mindre mengder narkotika, og der befatningen med stoffet ikke tar sikte på videresalg. Forelegg kan imidlertid også benyttes som reaksjon på *innførsel* av en liten mengde narkotika til egen bruk, noe utvalget ikke foreslår å avkriminalisere. Det vises også til at det foreligger en dissens med hensyn til hvor stor mengde som skal omfattes av avkriminaliseringen, og at det for noen stoffer vil være slik at de foreslåtte terskelverdiene vil være lavere enn dagens foreleggsgrenser. Dette innebærer at det må gjøres en konkret vurdering av tidligere saker etter straffeloven § 231 (og tidligere lovs § 162 første ledd) for å fastslå om forholdet omfattes av utvalgets foreslåtte avkriminalisering.

Spørsmålet er så om slike reaksjoner som ikke lenger skal anmerkes på uttømmende politiattest og vandelsvurdering, bør *slettes* fra reaksjonsregisteret. Sletting innebærer at opplysningen fjernes fra reaksjonsregisteret, og avleveres til Arkivverket, jf. politiregisterforskriften § 16-2 annet ledd nr. 3, jf. § 44-13 tredje ledd. Dette vil få den praktiske betydning at slike reaksjoner ikke vises på straffattest som utarbeides til bruk i den enkelte straffesak, jf. politiregisterloven § 46. Å ha vært straffet tidligere kan innvirke på straffutmå-

lingen i en ny straffesak, jf. straffeloven § 77 bokstav k og § 79 bokstav b.

For sammenhengens skyld vises det til at opplysninger om overføring til konfliktråd slettes fra reaksjonsregisteret, jf. politiregisterforskriften § 44-13 annet ledd, når de ikke lenger skal anmerkes på uttømmende politiattest, jf. politiregisterforskriften § 30-1 tredje ledd. Reaksjoner som ikke skal anmerkes på grunn av lovbrøtters unge alder, skal ikke slettes fra reaksjonsregisteret, men *sperres*, jf. § 30-3 fjerde ledd.

Utvalget kan ikke se avgjørende motforestillinger mot å *slette* opplysning om tidligere reaksjoner ilagt for slike handlinger som utvalget foreslår å avkriminalisere, dersom det er konstatert at de ikke skal anmerkes på uttømmende politiattest og vandelsvurdering. Utvalget anbefaler derfor at det ved en avkriminalisering innføres bestemmelser i politiregisterforskriften som medfører at reaksjoner for overtredelse av legemiddeloven § 24 første ledd slettes. Når det gjelder ilagte reaksjoner for overtredelse av straffeloven § 231 (eller tidligere lovs § 162 første ledd), må det, som for vurderingen av om lovbruddet skal anmerkes på en uttømmende attest (se ovenfor), foretas en konkret vurdering av om handlingen faller innenfor det vedtatte omfanget av avkriminalisering, herunder mengden av stoffet. Ettersom bestemmelsene om dette vil avhenge av den endelige formen som en eventuell avkriminalisering vil ta, har utvalget ikke utarbeidet forslag til konkrete lovendringer om dette i inneværende utredning.

18.4 Verserende straffesaker og rettskraftige straffereaksjoner som ikke er fullbyrdet

Behandlingen av en straffesak, og fullbyrdelsen av en ilagt straffereaksjon, kan ta tid. Avkriminalisering av en handling som årlig utgjør grunnlaget for et ikke ubetydelig antall straffereaksjoner, vil kunne skape en situasjon der et antall personer er under straffefølgning, eller er ilagt en straff som ikke er avsluttet, på det tidspunktet lovendringen trer i kraft.

Antallet tilfeller som kommer i en slik stilling, vil avhenge av hvor mange nye straffesaker som innledes for slike handlinger som lovgiver vedtar å avkriminalisere, og hvordan allerede innledede saker håndteres. Omfanget av dette vil påvirkes gjennom påtalemyndighetens håndtering av slike forhold i en overgangsperiode i påvente av ikrafttredelse av en vedtatt avkriminalisering. For

eksempel ville en amnestiordning i påvente av ikrafttredelse trolig innebære at slike problemstillinger unngås helt eller delvis.

Når det gjelder straffesaker som ikke ennå er rettskraftig avgjort, må lovendringen, som vil være til siktedes gunst, legges til grunn, jf. straffeloven § 3 første ledd annet punktum.

Når det gjelder rettskraftige straffereaksjoner som ikke er fullbyrdet, må det finnes ulike løsninger avhengig av om det er en straffereaksjon ilagt ved vedtatt forelegg eller ved dom. I alle tilfeller bør det etter utvalgets syn tas skritt for at reaksjonen ikke får en realitet. Vedtatte forelegg, som er en praktisk viktig type straffereaksjon for den type saker det gjelder, vil kunne oppheves til gunst for siktede av overordnet påtalemyndighet, jf. straffeprosessloven § 258. Dette kan gjøres av statsadvokatene, som er overordnet påtalemyndigheten i politiet. Bestemmelsen oppstiller ingen tidsbegrensning for en slik omgjøringsadgang.¹³ Når det gjelder en rettskraftig dom som ennå ikke er fullbyrdet når en eventuell avkriminalisering finner sted, bør personen opplyses om adgangen til å søke om benådning, jf. Grunnloven § 20 første ledd. Det antas at en slik eventuell benådning ville kunne gjøres ved at et stort antall saker behandles samlet av Kongen i statsråd.

Dersom det ikke er truffet vedtak om omgjøring av forelegg, eller benådning, bør skritt for å inndrive gjeld, eventuelt skritt for å gjennomføre soning av subsidiær fengselsstraff som følge av manglende betaling av boten, stilles i bero. Det samme gjelder fullbyrdelse av dom på fengselsstraff. Dersom noen skulle sone fengselsstraff, herunder subsidiær fengselsstraff for en ilagt bot, for de avkriminaliserte handlingene på ikrafttredelsesdatoen, må vedkommende etter utvalgets syn straks løslates.

Der det er utmålt en felles straffereaksjon for flere straffbare forhold, herunder noen som avkriminaliseres og andre ikke, må det vurderes konkret hvor stor del av straffen, om noen, som må tilskrives handlingene som omfattes av avkriminaliseringen. Dersom reaksjonen er ilagt ved forelegg, vil det opprinnelige forelegget kunne oppheves, og et nytt og lavere forelegg utferdiges.

18.5 Tiltak for håndtering av gjeldsbyrde for personer med langvarige rusproblemer

18.5.1 Innledning

Dårlig økonomi og en stadig voksende gjeldsbyrde er ofte en tilleggsbelastning for personer med et alvorlig rusmiddelproblem. Håpløshet knyttet til gjeldsbyrden kan erfaringsmessig utgjøre et hinder i rehabiliteringsprosessen og kan vanskeliggjøre tilbakeføring til et mer normalt liv etter avsluttet rusmiddelbruk.

Det finnes en viss adgang til å lempe på gjeld til det offentlige i form av betalingsutsettelse, avtale om avdragsvis betaling eller nedsettelse av krav, jf. lov om Statens innkrevingssentral § 8. Bestemmelsen åpner for betalingsutsettelse eller betalingsnedsettelse etter de samme vilkår som skattebetalingsloven §§ 15-1 og 15-2.

Utvalget har ikke funnet informasjon om i hvilken grad ordningen er kjent blant personer med vanskeligheter som følge av rusmiddelbruk, eller omfanget av praktisk bruk, men konstaterer at det er vedvarende økonomiske problemer i denne gruppen per i dag. Dette til tross for at det fremstår klart ønskelig både med tanke på rehabilitering og forebygging av nye lovbrudd at personer i denne gruppen får lempet på en alvorlig gjeldsbyrde.

Nedenfor beskrives utvalgets forslag til en ordning med lemping av gjeld til det offentlige knyttet til gjennomføring av behandling for rusproblemer. Deretter beskrives forholdet til den forholdsvis nye ordningen *bøteteneste*, som gjør det mulig å gjennomføre samfunnsnyttig arbeid i stedet for å sone en subsidiær fengselsstraff etter manglende betaling av en bot. Erfaringer med bøteteneste som landsdekkende tiltak vil kunne ha betydning for vurderingen av behovet for en slik ordning med gjeldslemping som utvalget har beskrevet nedenfor.

18.5.2 Forslag til lemping av gjeld i forbindelse med gjennomføring av behandling for rusproblemer

Det vil være en rekke elementer som kan inngå i oppfølgings- og behandlingsarbeidet etter rusreformen, og utvalget ser det ikke som hensiktsmessig eller realistisk å foreta en utredning av gjeldende praksis og mulige nye tiltak knyttet til det sosialfaglige arbeidet som gjøres overfor personer med rusproblemer. Rusreformutvalget vil imidlertid fremsette et konkret forslag som tar

¹³ Slik det også er lagt til grunn i Bjerke, Keiserud og Sæther (2011b) s. 967.

sikte på å forsterke motivasjonen til å delta i oppfølgings- og behandlingsopplegg.

Utvalget har mottatt forslag fra Norsk Narkotikapolitiforening om å etablere en ny ordning der personer med et alvorlig rusmiddelproblem kan få lempet gjeld til det offentlige dersom de gjennomfører behandlingstiltak. En slik ordning vil kunne bidra til å motivere rusavhengige til å gjennomføre behandling og på samme tid legge forholdene bedre til rette for rehabilitering.

Forslaget reiser minst tre viktige avgrensningsspørsmål: Hvem bør kunne motta slik lemping, hvilke krav bør kunne lempes, og hvilke krav bør stilles til deltagelse eller oppfølging for at lemping skal skje? Ved avgrensningen av omfanget av ordningen må det tas hensyn til at andre personer i en utsatt situasjon og med betydelig gjeldsbyrde kan oppleve det som urettferdig eller støtende dersom en annen gruppe får lemping, og ordningen bør ikke være egnet til å svekke den alminnelige betalingsmoralen, som tradisjonelt står sterkt ved vurderingen av lemping av gjeld i andre sammenhenger.¹⁴

Ved *avgrensningen av personkrets* for ordningen bør det stilles visse krav til personens rusmiddelproblem og personens økonomiske situasjon. Når det gjelder rusmiddelproblemet, fremstår det hensiktsmessig å ta utgangspunkt i kriteriene som er satt for adgang til brukeromsorgsordningens tjenester, jf. brukerromsforskriften § 1 annet ledd. Ved å ta utgangspunkt i eksisterende avgrensningskriterier som allerede praktiseres i Oslo og Bergen, vil det være mindre rom for tvil knyttet til vurderingen i enkelttilfeller og mulighet til å bygge på erfaringer som er gjort i disse to byene om grensedragningen i tvilstilfeller.

Etter brukerromsforskriften stilles det krav om langvarig narkotikaavhengighet, en helseskadelig injeksjonspraksis, og at personen har fylt 18 år. Utvalget anser det ikke tjenlig å gjennomføre et vilkår om at personen må ha inntatt narkotika gjennom *injisering*. Det er vanskelig å finne en saklig grunn til at alle personer som inntar rusmidler på annet vis enn ved injeksjon, skulle nektes adgang til ordningen utvalget foreslår, dersom vilkårene for øvrig er oppfylt. Det samme gjelder den nedre aldersgrensen på 18 år. Det foreslås derfor at «langvarig narkotikaavhengighet» skal være det avgjørende kriteriet ved avgrensningen av ordningen.

Når det gjelder personens økonomiske situasjon kan det stilles krav om at personen ikke

antas å være i stand til å betale ned gjelden, og at det ikke fremstår som sannsynlig at personen kan bedre sin inntektsevne i overskuelig fremtid. Ved vurderingen bør det rimeligvis tas utgangspunkt i hvilken bedring i inntektsevnen som fremstår som sannsynlig uten den behandling som ordningen er ment å motivere personen til. Avklaring av formuessituasjon antas å kunne skje ved innhenting av skatteattest. For å unngå å skape utilsiktede konsekvenser – som for eksempel at personer med en tungt belastet personlig økonomi forverrer eller overdriver et moderat rusproblem, eller at en person som har lyktes med å slutte å bruke rusmidler, gjenopptar rusmiddelbruken – bør det gjennomføres en vurderingssamtale med personen. I denne sammenheng må det forutsetningsvis gis samtykke til fritak fra taushetsplikt i den utstrekning som er nødvendig for å avklare bakgrunnen for at personen søker om ordningen, og for å fremskaffe et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag til å kunne vurdere om det er hensiktsmessig å anvende ordningen i det aktuelle tilfellet.

De pengekrav som kan inngå i ordningen, bør i utgangspunktet være krav som tilkommer det offentlige.¹⁵ Hensynene som begrunner ordningen, vil for så vidt også kunne gjøre seg gjeldende for krav som tilkommer private, men innkreves av Statens innkrevingsentral, men i slike tilfeller står hensynet til kreditor i en annen stilling.

En slik avgrensning av ordningen som utvalget foreslår, ville derimot ikke være til hinder for at det kan inngås en privatrettslig avtale om ettergivelse av gjeld – eventuelt en privatrettslig avtale med en tredjeperson om å betale kravet på debitors vegne – som stiller krav om at debitor gjennomfører en nærmere bestemt behandling.

Hvilke krav som bør stilles til deltagelse i behandling eller lignende som vilkår for lemping, må fastsettes individuelt. Likhets hensyn tilsier likevel at det utarbeides nasjonale retningslinjer, og at vurderingene ikke alene baseres på behandlerens skjønn. For ikke å gjøre terskelen for høy, antar utvalget at det vil kunne være hensiktsmessig med en trinnvis opptrapping av lempingen, med ulike krav til personen i de enkelte fasene.

¹⁴ Se blant annet lov om Statens innkrevingsentral § 8 første ledd.

¹⁵ Når det gjelder pengekrav som skriver seg fra en rettskraftig straffereaksjon oppstår noen særlige spørsmål. Hel eller delvis lemping av bot som skriver seg fra et vedtatt forelegg må gjøres av påtalemyndigheten, som har kompetanse til å oppheve forelegget til tiltaltes gunst, jf. straffeprosessloven § 258 første ledd. Dersom boten er ilagt ved dom, vil det måtte søkes om benådning, jf. Grunnloven § 20. Se også uttalelse fra Justisdepartementets lovavdeling (2004) om konsekvenser for innkreving av bøter som følge av endringer i gjeldsordningsloven.

For eksempel bør det kunne stilles lavere krav i en innledende periode, der lempingen består i en stans i inndrivelse av krav. Etter en viss tid med tilfredsstillende deltagelse i behandlingen kan det gjennomføres gradvis ettergivelse av gjeld etter nærmere fastsatte satser. Ettersom tilbakefall ikke er uvanlig under et behandlingsforløp, bør tilbakefall ikke i seg selv medføre utestengelse – det avgjørende må være om pasienten etter en konkret vurdering anses å delta i behandlingsforløpet på en tilfredsstillende måte.

Den praktiske gjennomføringen av ordningen må skje i samarbeid mellom helsetjenesten i kommunen eller spesialisthelsetjenesten, der den aktuelle behandlingen finner sted, på den ene side og Statens innkrevingsentral på den annen. Ordningen forutsetter en informasjonstilgang som innebærer at personen må frita de involverte offentlige myndighetene fra taushetsplikt i nødvendig utstrekning. Det vil kunne iverksettes forsøksordninger der sosialtjenesten i kommunen, eventuelt den rådgivende enheten for narkotikasaker som utvalget foreslår opprettet, fungerer som et kontaktpunkt for de involverte tjenestene.

I og med at forslaget ikke ligger i kjernen av utvalgets mandat, utformes det ikke et konkret forslag til en lovendring for å gjennomføre ordningen. Utvalget antar at ordningen vil kunne implementeres ved en justering av lov om Statens innkrevingsentral.

18.5.3 Forholdet til ny landsdekkende ordning med bøtetjeneste

Den 7. juni 2018 trådte bestemmelser som åpner for såkalt *bøtetjeneste* som et alternativ til soning av en subsidiær fengselsstraff ved manglende betaling av en bot, i kraft, se straffegjennomføringsloven § 16 a og forskrift om straffegjennomføring kapittel 8. Ordningen ble iverksatt i kriminalomsorgens regioner øst, sør og vest 1. mai 2019 og gjort landsdekkende fra 1. oktober 2019.¹⁶

Formålet er ifølge et rundskriv fra kriminalomsorgen at «personer som ikke evner å betale boten får muligheten til å gjøre opp for seg ved

¹⁶ Kriminalomsorgen (2019).

samfunnsnyttig tjeneste istedenfor å sone den subsidiære straffen i fengsel».¹⁷

Ordningen bygger på erfaringer med en forsøksordning i Troms fylke siden 2014, og det foreligger evalueringsrapporter fra 2014 og 2015.¹⁸

Bøtetjenesten skal i henhold til forskriften § 8-4 første ledd normalt bestå i samfunnsnyttig tjeneste. Bestemmelsens annet ledd åpner imidlertid for andre tiltak:

«Dersom helsemessige forhold eller andre omstendigheter gjør samfunnsnyttig tjeneste særlig byrdefullt for botlagte, kan bøtetjenesten unntaksvis bestå av program eller andre tiltak som er egnet til å motvirke kriminalitet.»

På grunnlag av bestemmelsens ordlyd legger utvalget til grunn at tiltak knyttet til rusrelatert kriminalitet i utgangspunktet vil kunne inngå i bøtetjeneste i medhold av denne bestemmelsen. I rundskriv til forskriften beskrives bestemmelsen som «en snever unntaksregel som kommer til anvendelse kun når det er strengt nødvendig», det vil si at samfunnsnyttig tjeneste «ikke lar seg gjøre på en forsvarlig eller hensiktsmessig måte».¹⁹ Det er understreket i rundskrivet at «[v]urderingen av om disse vilkårene er oppfylt er svært streng».²⁰

Bestemmelsene om bøtetjeneste har vært i kraft på landsbasis i for kort tid til å vurdere i hvilken grad denne ordningen vil bidra positivt til å avhjelpe gjeldsproblematikk for personer med rusproblemer. Erfaringer fra forsøksordningen i Troms i 2015 viste at det var en «økende andel rusmisbrukere som gjennomfører bøtetjeneste»,²¹ men samtidig er det bemerket at «[a]rbeidsledernes inntrykk var at få var rusavhengige og ingen hadde merkbare psykiske lidelser».²² Ordningen var på det tidspunktet avgrenset til samfunnsnyttig tjeneste og ikke andre kriminalitetsforebyggende tiltak.

¹⁷ Kriminalomsorgens sentrale forvaltning (2008).

¹⁸ Se Storvik (2015).

¹⁹ Kriminalomsorgens sentrale forvaltning (2008).

²⁰ Kriminalomsorgens sentrale forvaltning (2008).

²¹ Storvik (2015) s. 23.

²² Storvik (2015) s. 14.

Kapittel 19

Økonomiske og administrative konsekvenser

19.1 Innledning

Det følger av utvalgets mandat at økonomiske, administrative og andre vesentlige konsekvenser av forslaget til valgt modell for rusreformen skal utredes i samsvar med instruks om utredning av statlige tiltak (utredningsinstruksen) kapittel 2. Mandatet pålegger også utvalget å synliggjøre hvorvidt den modellen utvalget foreslår, kan gjennomføres uten økte bevilgninger. Utvalget forstår det slik at det forutsettes en vurdering av hvorvidt forslaget kan baseres på en uendret ressursbruk, det vil si gjennomføres innenfor de økonomiske rammene for helsetjenestene og kostnadene knyttet til dagens kontrollpolitikk. Dagens helse- og velferdstjenester er omtalt i utredningens kapittel 5, mens regelverk og straffereaksjoner er omtalt i henholdsvis kapittel 11 og kapittel 12.

Det hefter usikkerhet ved estimater av kostnader knyttet til dagens kontrollregime hva angår narkotikabruk. Dette gjelder de direkte kostnadene knyttet til politiets, påtalemyndighetens og kriminalomsorgens håndtering av narkotikasaker, så vel som de menneskelige omkostningene for brukeren selv, pårørende og samfunnet generelt.

Tilsvarende usikkerhet gjelder for helse- og velferdstjenestene. Det er i praksis ikke mulig å beregne de samlede kostnadene knyttet til helse- og velferdstjenester som ytes til brukere av narkotika, verken i kommunene eller i spesialisthelsetjenesten. Utfordringen knyttet til kostnadsberegning av tjenester til personer med rusproblematikk illustreres ved det mangfoldet av aktører og ulike tjenestetilbud fra ulike sektorer og forvaltningsnivåer som omtales i utredningens kapittel 5.

For å få et best mulig kunnskapsgrunnlag ga Rusreformutvalget Oslo Economics i oppdrag å gjøre en utredning av *kostnader og andre konsekvenser av håndhevingen av dagens forbud mot bruk av og tilhørende befatning med narkotika* (rapport) og i fortsettelsen av dette et tilleggsoppdrag om å gjøre en beregning av *kostnadene ved den foreslåtte modellen* (notat). Rapport og notat fra

Oslo Economics foreligger som digitale vedlegg til utredningen. Utvalget behandler ikke dagens kontrollkostnader utover det som følger av den innhentede analysen, men redegjør i det følgende kort for økonomiske og administrative konsekvenser knyttet til utvalgets forslag til modell for rusreformen. Rusreformutvalget gjentar heller ikke Oslo Economics' ulike beregninger og forutsetningene for disse, men bygger delvis på deres notat i det følgende, med de forbehold som knytter seg til slike beregninger.

Utvalget har ikke grunnlag for å tallfeste konsekvensene av forslaget utover de nevnte begrensede beregninger det vises til i vedleggene fra Oslo Economics. De samlede økonomiske konsekvensene av forslaget avhenger dels av ulike sider ved implementering og organisering av reformen, dels av antall personer og saker som skal håndteres i den nye modellen, og dels av i hvilken utstrekning helse- og velferdstjenestene må yte tjenester i større omfang enn i dag. Det første avhenger av hvor mye som vil kreves av sentralforvaltningen og kommunene med tanke på organisering av den nye funksjonen. Det neste vil avhenge av politiets grad av avdekking og pålegg om oppmøte, (i tillegg til en mulig økt hjelpesøking og tjenesteyting som følge av at kommunenes tilbud blir bedre kjent og koordinert som følge av utviklingsarbeid i tilknytning til modellen), og det siste av hvilke brukergrupper som blir henvist, og forhold ved rådgivningsenhetens kartlegging og vurdering av brukergruppens situasjon og tjenestebehov.

Det vil ikke nødvendigvis være slik at majoriteten av dem som pålegges oppmøte for enheten, faktisk har et videre tjenestebehov. En viss andel av dem som pålegges å møte for enheten vil dessuten allerede være mottagere av tjenester, slik at oppmøtet ikke nødvendigvis krever ytterligere tjenester. Utvalget antar at disse forholdene vil redusere behovet for økte ressurser. Utvalget legger uansett til grunn at forslaget samlet sett vil medføre en reduksjon av samfunnsutgiftene knyttet til narkotikabruk på lang sikt. Eventuelle økte utgifter til

helse- og velferdstjenester vil for øvrig under enhver omstendighet i all hovedsak være en følge av at allerede lovfestede rettigheter realiseres.

19.2 Utvalgets forslag om modell for gjennomføringen av rusreformen

Utvalgets forslag innebærer at det etableres en *rådgivende enhet for narkotikasaker* i kommunene, hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven. Enheten skal innkalle til og gjennomføre møter med personer som er tatt for befatning med narkotika som omfattes av utvalgets forslag til avkriminalisering, og som er ilagt en oppmøteplikt for enheten av politiet, se utredningens kapitler 14, 15 og 16.

19.3 Administrative konsekvenser

19.3.1 Administrative konsekvenser for sentralforvaltningen

Utvalgets forslag innebærer at Helse- og omsorgsdepartementet har overordnet ansvar for ordningen. Helsedirektoratet tillegges et delegert styringsansvar og faglig oppfølgingsansvar blant annet ved å lede og drifte et *tverrdirektoralt råd for narkotikasaker*, bestående av Bufdir, POD, KDI, AVdir og Udir, under ledelse av Helsedirektoratet. I tillegg må rådet også etablere et brukerutvalg.

19.3.2 Administrative konsekvenser for kommunene

Det utøvede ansvaret i den nye modellen skal legges på kommunalt nivå, og kommunene pålegges et krav om å ha en *rådgivende enhet for narkotikasaker* hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven. Der forholdene tilsier det, bør det legges til rette for interkommunal oppgaveløsning. Utvalget forutsetter ikke at enheten nødvendigvis må opprettes som et eget organ eller en avdeling som er administrativt adskilt fra de øvrige deler av kommunens tjenester. Det vil være enhetens funksjon og flerfaglige kompetanse som vil være avgjørende for valg av organisering.

Utvalget foreslår at kommunens rådgivende enhet må ha medisinsk-, psykolog-, og sosialfaglig kompetanse og erfaringsbasert kompetanse. Ved behov må det også involveres barnevernfaglig kompetanse.

Modellen legger i en viss forstand ingen nye oppgaver på kommunene utover innkalling til og gjennomføring av møter med personer som er ilagt møteplikt. Forslaget tar utgangspunkt i at

kommunene allerede har personell og tjenesteavdelinger som utfører oppgavene som utvalget beskriver i sin modell. Dette handler om mottak av personer som på bakgrunn av sin narkotika- bruk har behov for råd og veiledning, kartlegging og vurdering av tjenestebehov. Utvalgets modell innebærer ingen opprettelse av nye former for tjenestetilbud, men forutsetter at den som har behov for tjenester fra kommunen eller spesialisthelse-tjenesten, får disse dekket etter det alminnelige regelverket.

Det foreslås ikke at det etableres nye saksbehandlingsregler eller andre forvaltningsmessige endringer som følge av rusreformen, med unntak av etablering av et system for å ta imot meldinger fra politiet og innkalle personer til møte med enheten. Se nærmere om dette i utredningens kapittel 15.

19.3.3 Administrative konsekvenser for politi og domstol

Politiet vil fremdeles være den etaten som avdekker bruk og besittelse av narkotika, og gis med rusreformen en hjemmel for å pålegge personer som bruker narkotika, en oppmøteplikt for rådgivende enhet i kommunen. Det vil måtte etableres en struktur for hvordan opplysninger om at en person er pålagt oppmøte, skal meddeles kommunen. I og med at et slikt pålegg er å anse som et enkeltvedtak, må det videre etableres en struktur for å håndtere klagesaker som gjelder ilagt oppmøteplikt. Se nærmere omtale i utredningens kapittel 14.

Utover dette foreslås ingen endringer vedrørende politiet som skulle ha direkte betydning for deres øvrige etterforskningsmessige, politisære og forvaltningsmessige oppgaver knyttet til narkotikaovertrедelser. Det forutsettes videre at politiet fortsatt vil drive sitt kriminalitetsforebyggende arbeid samt være til stede i åpne rusmiljøer med videre.

Utvalgets forslag til modell for rusreformen medfører heller ingen administrative konsekvenser for påtalemyndigheten, domstolene, eller kriminalomsorgen – utover den lettelse som følger av at straffesaksapparatet etter en avkriminalisering ikke lenger skal behandle saker om bruk av og tilhørende befatning med narkotika.

19.3.4 Administrative konsekvenser for andre sektorer

Utvalgets forslag innebærer ingen administrative konsekvenser for andre kommunale sektorer og

forvaltningsnivåer. Alle relevante sektorer, som NAV, barneverntjenesten, skolen og spesialisthelsetjenesten, skal kunne yte tjenester overfor brukere der det identifiseres et tjenestebehov eller rettigheter etter de respektive regelverk. Utvalgets forslag vil kunne gjennomføres innenfor rammene av dagens regelverk, for eksempel krav til forvaltningsmessig samarbeid med videre. Tilsynsmyndighetene vil i henhold til dagens regelverk også føre tilsyn med rådgivende enhet for narkotikasaker i kommunene. Det er vanskelig å si noe med høy grad av sikkerhet om hvilke merkostnader dette vil kunne påføre tilsynsmyndighetene. I og med at enhetene ikke tildeler konkrete og individuelle tjenester som for eksempel gir klagerett er det, etter utvalgets syn, grunn til å anta at etablering av rådgivningsenheter i begrenset grad vil få konsekvenser for tilsynsmyndighetene.

19.3.5 Administrative konsekvenser for brukere av narkotika og deres pårørende

For personer som tas for narkotikabruk, innehav eller erverv av narkotika til egen bruk, vil reformen medføre en ilagt oppmøteplikt for den rådgivende enheten i kommunen. For foresatte til mindreårige som er ilagt slik oppmøteplikt, vil reformen kunne medføre at de må møte som verge sammen med den mindreårige. Rusreformen medfører ingen andre konsekvenser av administrativ art for brukere av narkotika eller deres pårørende.

I den grad den nye modellen enten kan forebygge eller redusere risikobruk av narkotika ved å tilby adekvate tjenestetilbud, kan dette få positive virkninger for brukere av narkotika og deres pårørende på mange livsområder.

19.4 Økonomiske konsekvenser

19.4.1 Økonomiske konsekvenser for sentralforvaltningen

Helse- og omsorgsdepartementet har allerede det overordnede ansvaret for helse- og omsorgstjenesten. Utvalget legger til grunn at krav om en rådgivende enhet for narkotikasaker hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven ikke skulle generere merarbeid for departementet i betydelig grad. Imidlertid vil departementets budsjett måtte belastes for de kostnadene som oppstår som følge av implementering av modellen, herunder finansiering av underordnede etaters arbeid og ansvarsoppgaver i tilknytning til reformen. Dette omfatter

plan for implementering og oppfølging av modellen, herunder produksjon av veiledende materiell og opplæring samt evaluering. Utvalget antar at det tverrdirektorale arbeidet vil kunne foregå innenfor rammen av allerede eksisterende samarbeid mellom direktoratene.

I den utstrekning avkriminaliseringen skulle medføre et betydelig økt antall personer som vurderes å ha rett til behandling i spesialisthelsetjenesten, kan det innebære behov for å tilføre økonomiske ressurser til de regionale helseforetakene.

Rusreformen vil også kunne ha økonomiske konsekvenser for andre departementer, herunder Finansdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet.

19.4.2 Økonomiske konsekvenser for kommunene

Det vil påløpe merkostnader for kommunene til etablering av den rådgivende enheten som funksjon, herunder opplæring av personell og etablering av systemer for innkalling av personer ilagt møteplikt med videre. Utvalget foreslår både av økonomiske og tidsmessige hensyn at registrering av meldinger fra politiet, samt av opplysninger fra gjennomføring av møter med personene det gjelder, inntil videre gjøres i dagens arkiv og journalsystemer i helse- og omsorgstjenesten.

Utvalget antar at kompetansekravet som modellen forutsetter, dekkes av personell som finnes i de aller fleste kommuner. I hvilken grad kommunene må ansette nytt personell, er usikkert og vil være knyttet til – foruten graden av interkommunalt samarbeid – antall personer eller saker som må håndteres av enheten. Antall personer som pålegges oppmøte, avhenger igjen av politiets prioriteringer og ressursbruk i avdekking av bruk og besittelse av narkotika, som igjen kan ha sammenheng med prevalensen av narkotikabruk i befolkningen som sådan.

Oslo Economics' notat viser at det er usikkerhet vedrørende antall personer som i dag kan ilegges bøter eller gis påtaleunndatelse med vilkår, og som etter en avkriminalisering i stedet kan pålegges en oppmøteplikt for enheten. Dersom dette antallet skulle vise seg å bli betydelig, vil det kunne medføre behov for å styrke kommunene, for eksempel gjennom inntektssystemet. Videre vil det, under samme forutsetning om et betydelig antall personer som må møte for enheten, kunne påføres kommunene økte utgifter knyttet til å måtte tilby tjenester ved identifiserte behov.

19.4.3 Økonomiske konsekvenser for politi, påtalemyndighet og domstol

Utvalgets forslag medfører ikke nye oppgaver for politiet som antas å medføre økonomiske konsekvenser. I dag anmeldes den type saker som etter rusreformen skal henvises til rådgivende enhet. Det vil sannsynligvis ikke være mer kostnads-krevende å pålegge oppmøteplikt enn å anmelde et forhold.

I og med at slike saker ikke lenger skal anmeldes, vil det ifølge notatet fra Oslo Economics medføre et mindrearbeid for påtalejurister.

Fordi langt de fleste saker som omhandler mindre alvorlige narkotikaovertrедelser, i dag avgjøres ved forelegg, vil det ikke kunne påregnes mindrearbeid i domstolene, som på samme måte som i dag vil behandle mer alvorlige narkotikaovertrедelser. Det vil også være et spørsmål om i hvilken grad antall fengselsopphold som idømmes for narkotikaovertrедelser, kan bli redusert som følge av reformen. De som dømmes til fengselsstraff, dømmes i hovedsak for mer alvorlige forhold eller flere forhold, hvor bruk og besittelse av narkotika kan inngå i sakskomplekset, men uten at det har betydning for straffeutmålingen – eller i alle fall uten at det fremgår hvilken betydning det har. Likevel er det, ifølge Oslo Economics (se digitale vedlegg), om lag 600 personer som soner på bakgrunn av befatning med narkotika av en karakter som kunne tenkes å falle inn under reformen. I tillegg er det flere som soner bøter som kan være relatert til samme befatning med narkotika til egen bruk. Dette kan bety en viss reduksjon av kostnader knyttet til fengselsdøgn for kriminalomsorgen.

19.4.4 Økonomiske konsekvenser for andre sektorer

Som nevnt ovenfor vil identifisert tjenestebehov hos et betydelig antall personer kunne medføre behov for økte ressurser i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende vil det kunne ha økonomiske konsekvenser også for andre deler av kommunal sektor dersom det skulle vise seg at det avdekkes tjenestebehov hos et stort antall av dem som pålegges møteplikt for enheten.

19.4.5 Økonomiske konsekvenser for brukere av narkotika og deres pårørende

For brukere av narkotika som ellers ville bli ilagt forelegg, vil rusreformen kunne bidra til mindre økonomisk belastning. Også for pårørende som

eventuelt vil bli berørt av den nærstående økonomiske situasjon, kan dette oppleves som en positiv virkning. Ikke minst gjelder det for personer som i utgangspunktet har dårlig betalingsevne, og som ofte pådrar seg inkassosaker, tvangsinndrivelse og eventuelt også soning av bøter.

19.5 Gjennomføring av utvalgets modell for rusreform innenfor dagens budsjettammer

Utvalget legger til grunn at kommunenes utgifter relatert til rusarbeid i dag i hovedsak dekkes gjennom inntektssystemet til kommunesektoren, og at kommunene må løse sine oppgaver innenfor den økonomiske rammen de til enhver tid har. Utvalgets forslag legger i prinsippet ingen nye oppgaver til kommunene (med unntak for selve mottaksapparatet i rådgivningsenheten), men kan forstås som en tydeliggjøring av ansvaret for å avdekke tjenestebehov og yte tjenester, både i et behandlende, rehabiliterende og forebyggende perspektiv. Overfor andelen personer som ikke tidligere er kjent av tjenestene, men som har et tjenestebehov, skulle det i utgangspunktet kanskje vært iverksatt tiltak for å identifisere slike behov tidligere. Således kunne det forventes at kommunene løste oppgaven innenfor dagens økonomiske rammer.

Utvalget viser for øvrig til at kommunesektoren fra 2016 og frem til i dag er tilført betydelige midler gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet.¹ I tillegg forvalter Helse- og omsorgsdepartementet om lag 500 millioner kroner over statsbudsjettet øremerket til kommunalt rusarbeid.² Utvalget mener at det bør vurderes om denne tilskuddsordningen i sin helhet bør øremerkes rusreformen.

Eventuelle innsparinger i andre sektorer som følge av rusreformen, for eksempel i justissektoren, kan i liten grad tallfestes. Erfaringsmessig vil heller ikke innsparinger i én sektor uten videre overføres til en annen sektor. Utvalget forutsetter likevel at det tas hensyn til at helsesektoren overtar et ansvar fra justissektoren, og at det i den anledning vurderes hvorvidt Justis- og beredskapsdepartementet (og andre relevante departementer) i dag forvalter tilskuddsordninger eller har bevilgninger som kan benyttes til nødvendig ressursallokering for gjennomføring av rusreformen.

¹ Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020).

² Prop. 1 S (2019–2020) s. 218–219.

Kapittel 20

Dissens fra utvalgsmedlem Rune Solberg Swahn

20.1 Vedrørende utvalgets mandat

Utvalget er gitt i oppgave å utrede og foreslå en modell for å oppnå formålet med regjeringens rusreform, der ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk overføres fra justissektoren til helse-tjenesten. Dette innebærer etter utvalgets forståelse en avkriminalisering.¹

Utvalget er ikke gitt i oppgave å utrede spørsmålet om hvorvidt bruk og besittelse av narkotika bør avkriminaliseres. Dette spørsmålet burde etter mitt syn vært inntatt i utvalgets mandat. Utvalget drøfter likevel dette spørsmålet i en viss utstrekning i utredningens kapittel 12. Dette er et stort og komplekst spørsmål med en rekke hensyn, og det er knyttet usikkerhet til flere sider av spørsmålet. Jeg anbefaler at høringsinstansene spesielt inviteres til å belyse dette temaet.

20.2 Vedrørende utvalgets tolkning av mandatet og omfanget av avkriminalisering

Utvalgets mandat kan tolkes på flere måter. Deler av utvalgets tolkning gjengis her:²

«Mandatet er ikke entydig med tanke på hvilke brukere eller brukergrupper av illegale rusmidler som skal omfattes av avkriminaliseringen. Eksempelvis ønsker regjeringen å 'endre myndighetenes reaksjoner mot personer som tas for bruk og besittelse av narkotika', noe som kan tilsi en forståelse av personkretsen som omfattes av avkriminaliseringen til å gjelde alle brukere av narkotika. Samtidig kan formuleringen om at 'Regjeringen vil gjennomføre en rusreform for å sikre et bedre tilbud til rusavhengige', forstås som en innsnevring til en mindre gruppe brukere med en diagnosti-

¹ Se punkt 1.3 kapittel 1.

² Se punkt 1.3 kapittel 1.

sert ruslidelse, eventuelt et kjent alvorlig og omfattende rusproblem.

Utvalget har lagt til grunn at formålet 'om å sikre et bedre tilbud til rusavhengige' ikke utelukker at avkriminaliseringen kan omfatte bruk og besittelse av illegale rusmidler til egen bruk helt generelt. Utvalget har således ikke forstått mandatet slik at det står i veien for utvalgets forslag til en modell for avkriminalisering som omfatter alle grupper av brukere, uavhengig av alder og bruksmønster.»

Min vurdering av mandatet er at utvalgets oppdrag er å foreslå en modell som skal gjelde for *rusavhengige* (min utheving).³

20.3 Vedrørende virkninger av avkriminalisering

20.3.1 Kommunikasjon omkring avkriminalisering

Utvalget beskriver en rekke mulige tilsktede og utilsiktede virkninger og signaler ved avkriminalisering.⁴ Det fremheves at bruk og besittelse fortsatt skal være forbudt, og at samfunnet i en ny modell sender et klart signal om dette. Drøftelsene om virkninger av avkriminalisering avgrenses mot legalisering.

Jeg vil hevde at det er utfordrende å kommunisere rundt betydningen av avkriminalisering. Ved utvalgets besøk hos EMCDDA i Portugal uttalte en av deres eksperter på narkotikalovgivning at *avkriminalisering* er et problematisk ord, og at få har en klar forståelse av hva ordet innebærer. Min påstand er at det er relativt enkelt å sende et klart og tydelig budskap om at narkotika fortsatt er ulovlig. Imidlertid tror jeg mange vil tolke summen av samfunnets signaler ved en avkriminalise-

³ Rusavhengighet kan defineres på flere måter, for eksempel som personer med problembruk (EMCDAs definisjon «high risk use») eller ut fra en medisinsk kategorisering.

⁴ Se kapittel 12.

ring av alle typer narkotika som at narkotika nå har blitt lovlig. Særlig gjelder dette brukere av narkotika og potensielle brukere av narkotika. Jeg tror også at en slik fortolkning (fra straffbart til lovlig) vil påvirke befolkningens tilbøyelighet til å prøve narkotika første gang, bruk generelt, holdninger til narkotika og holdninger til narkotika-bruk i situasjoner som kan føre til økt samfunnsrisiko. I denne sammenhengen vises det til Ungdata-undersøkelsen fra 2018, der man finner en mer liberal holdning til cannabis fra 2015 til 2018.⁵

Det finnes omfattende kunnskap innen blant annet psykologien som vil kunne belyse de kommunikasjonsmessige sidene ved avkriminalisering. Jeg vil anbefale at det innhentes høringsuttalelser rundt dette temaet.

20.3.2 Sannsynlig endret politipraksis

20.3.2.1 Ressursbruk og prioritering

Jeg mener det er sannsynlig at politiet i en ny modell vil endre sin praksis i retning av å bruke betydelig mindre ressurser på å avdekke bruk og besittelse av narkotika. Både formelle og uformelle møter med politiet under utvalgets studietur til Portugal tyder på at en slik dreining har forekommet der. I et formelt møte med en av Lisboas politistasjoner ga politiet klart uttrykk for at de etter avkriminaliseringen i 2001 kunne bruke sine ressurser på andre ting enn å avdekke bruk og besittelse av narkotika. Under uoffisielle samtaler med to tilfeldige politipatruljer ga disse klart inntrykk for at de «overså» bruk og besittelse av narkotika på gaten.

20.3.2.2 Politiets avdekkingsfunksjon

Slik jeg ser det, er det viktig å opprettholde politiets avdekkingsfunksjon i det norske samfunnet, både for å muliggjøre tidlig intervensjon hos barn og unge,⁶ for å ivareta politiets informasjonstilgang i forvaltningssaker, for å opprettholde en effektiv retur av utenlandske borgere som begår narkotikakriminalitet, og for å redusere samfunnsrisikoen. Det kan hevdes at å prioritere avdekking av bruk og besittelse i en ny modell kan ivaretas gjennom overordnede instruksjoner. Imidlertid vet vi både fra organisasjonsteorien og politiforskning at

politiet i stor grad også styres av kultur, og at den enkelte har relativt stor autonomi. Den enkle forestillingen om instrumentell styring av politiet er derfor ikke en tilstrekkelig forståelsesramme.

20.3.3 Konsekvenser for politiets forvaltningsvirksomhet

Mitt syn er at muligheten til å ivareta det kriminalitetsforebyggende samfunnsoppdraget i politiets forvaltningsvirksomhet svekkes gjennom utvalgets anbefalte modell. Grunnen til dette er todelt og bygger på at anmeldelser og andre straffesaksdokumenter i bruk-, besittelses- og oppbevaringsaker⁷ er en viktig informasjonskilde i politiets edruelighetsvurderinger. Edruelighetsvurderinger foretas i saker vedrørende våpentillatelse,⁸ førerkort og kjøreløyve.

Dersom man legger til grunn en endret politipraksis med mindre avdekking, vil informasjonstilfanget til politiets forvaltningsvirksomhet bli mindre. I tillegg vil informasjonsmengden i den enkelte sak i mange tilfeller bli mindre. Dette fordi saker som i dagens modell ville vært gjenstand for etterforskning (inkludert avhør av siktede med dertil høy informasjonsmengde om siktedes forhold til narkotika), i utvalgets forslag ikke underlegges etterforskning. I stedet vil avdekkingssakene trolig kun inneholde et registreringsskjema for tid, sted, situasjon og mengde.

Når det gjelder avkriminalisering og betydning for politiets forvaltningsmessige oppgaver, vises det for øvrig til svar på utredningsoppdrag fra Politidirektoratet til Rusreformutvalget, særlig vedlegget om politiets forvaltningsmessige oppgaver.

20.3.4 Konsekvenser for retur av utenlandske borgere som begår narkotikakriminalitet

Utvalgets anbefalte modell vil svekke samfunnets mulighet til effektiv retur av utenlandske borgere som begår narkotikakriminalitet. For det første er det sannsynlig at narkotikaselgere i praksis vil tilpasse seg den mengden som straffritt kan besittes. Det å bevise salg i slike situasjoner krever mer politiressurser enn å bevise det som i dag er straffbar besittelse eller oppbevaring under grenseverdiene i den foreslåtte modellen. Utvalgets fore-

⁵ Bakken (2018a).

⁶ Under utvalgets innspillmøte i Stavanger anslo politiets representant at politiet avdekket om lag halvparten av de ungdommene som kommunen fulgte opp med rusforebyggende tiltak. Den øvrige halvparten ble avdekket av andre, inkludert foreldre.

⁷ Flertallets forslag til modell får konsekvenser for saker som i dag både rammes av legemiddeloven § 24 og av straffeloven § 231, der benevnelsen er «oppbevaring», ikke «besittelse».

⁸ Det er over 1 million registrerte skytevåpen i Norge.

slåtte modell vil dermed svekke politiets effektivitet på dette punkt.

For det andre kan både EØS-borgere og tredjelandsborgere som har lovlig opphold i Norge, utvises på nærmere vilkår når det foreligger rettskraftig avgjørelse om begått narkotikakriminalitet. For EØS-borgere reguleres dette av UDIs rundskriv RS 2010-022, «Bortvisning og utvisning av EØS-borgere av hensyn til offentlig orden eller sikkerhet», se spesielt punkt 10.6 om narkotika. For tredjelandsborgere reguleres dette av RS 2010-024, «Utvisning etter utlendingsloven §§ 66, 67 og 68 – brudd på utlendingsloven og/eller straffbare forhold», se spesielt punkt 10.2.3 og 10.3.2.

Gitt at de nevnte rundskrivene fra UDI ikke endres til å omfatte straffri besittelse av narkotika som bortvisnings- og utvisningsgrunn, hvilket etter mitt syn er lite trolig (om overhode mulig), vil modellen medføre at vilkårene for å starte bortvisningssak og utvisningssak vil bli vesentlig svekket.

Hvor grenseverdiene⁹ for straffrihet settes i ny modell, har også direkte betydning for spørsmålet om adgangen å bortvise og utvise i henhold til de nevnte rundskrivene.

Et kort utdrag fra RS 2010-024 gjengis her for forståelsens skyld:

«Hasj og marihuana

- Ved besittelse av 1 gr. inntil 5 gr. vurderes bortvisning.
- Ved innførsel av mindre enn 1 gr. vurderes bortvisning.
- Ved innførsel av 1 gr. inntil 5 gr. vurderes utvisning med 2 års innreiseforbud.
- Ved oppbevaring av mer enn 5 gr. inntil 20 gr. vurderes utvisning med 2 års innreiseforbud.
- Ved innførsel av mer enn 5 gr. inntil 20 gr. vurderes utvisning med 5 års innreiseforbud.
- Ved oppbevaring av inntil 100 gr. vurderes utvisning med 5 års innreiseforbud
- Ved innførsel av mer enn 20 gr. vurderes utvisning med varig innreiseforbud.
- Ved oppbevaring av mer enn 100 gr. vurderes varig utvisning.

Kokain, amfetamin, heroin

- Ved besittelse inntil 1 gr. vurderes bortvisning.
- Ved innførsel av inntil 1 gr. vurderes utvisning med 2 års innreiseforbud.

- Ved oppbevaring inntil 5 gr. vurderes utvisning med 5 års innreiseforbud.
- Ved oppbevaring av mer enn 5 gr. vurderes utvisning med varig innreiseforbud.»

20.4 Anbefaling

20.4.1 Prinsipal anbefaling

Min anbefaling er å videreføre dagens mulighet for bruk av straff, dog med enkelte presiseringer: Bruk av straff ovenfor de som er narkotikaavhengige (problembrukere), anbefales som hovedregel ikke, fordi det etter mitt syn er svært liten eller ingen individualpreventiv effekt for denne brukergruppen. I tillegg vil det være å legge sten til byrden for en allerede tungt belastet gruppe i befolkningen. Praksis for som hovedregel ikke å anvende straff i slike saker, kan reguleres gjennom for eksempel påtaledirektiv.

For å styrke helsehjelpen til problembrukere bør det, i tillegg til den styrkede helsehjelpen som foreslås i flertallets modell, pålegges kommunene å opprette drop-in-plasser som er tilgjengelige 24 timer i døgnet. På den måten kan politiet eller andre bidra til å utnytte eventuell motivasjon som finnes hos brukeren der og da når vedkommende blir avdekket av politiet.

For ikke-avhengige brukere av narkotika (eksperimentbrukere og rekreasjonsbrukere, inkludert personer under 18 år) anbefaler jeg å opprettholde mulighet for bruk av straff, men med en utvidelse av de alternative straffereaksjoner. Det kvalitative innholdet i dagens alternative straffereaksjoner anbefales forbedret, og andelen der det brukes alternative straffereaksjoner for denne gruppen, anbefales økt. For personer under 18 år som avdekkes for bruk og besittelse av narkotika, anbefales i tillegg en pålagt foreldreveiledningssamtale utført av ruskonsulent i kommunen.

20.4.2 Subsidiær anbefaling

Dersom Stortinget skulle vedta avkriminalisering for bruk og besittelse til egen bruk for alle typer narkotika og for alle brukergrupper, stiller jeg meg bak utvalgets anbefalte modell med følgende unntak:

- Grenseverdiene om straffrihet i kapittel 13 punkt 13.5.2 settes i tråd med mitt forslag.
- Politiets avdekkingsadgang omtalt i kapittel 14 punkt 14.3.2.2 begrenses ikke til visitasjon, slik utvalget foreslår, men avdekkingshjempler gis tilsvarende dagens adgang til ransaking.

⁹ Se kapittel 13 punkt 13.5.2.

Del V
Foreslåtte lovendringer og merknader
til bestemmelsene

Kapittel 21

Spørsmål om lovstruktur

21.1 Innledning

21.1.1 Generelt om lovstruktur

Som påpekt i Lovavdelingens veileder om lov- og forskriftsarbeid, kan spørsmål om strukturering av bindende rettsregler oppstå på tre nivåer:¹

- «inndeling av regelverket i én eller flere lover (eventuelt én eller flere forskrifter)
- inndeling av regler mellom lov og forskrift
- inndeling av den enkelte lov eller forskrift (særlig i kapitler og paragrafer)»

I tillegg kommer spørsmålet om hvor detaljert de bindende reglene skal utformes, som kan omformuleres til et spørsmål om i hvor stor grad man vil la det være opp til departementet å styre underliggende etaters anvendelse av lov og forskrift gjennom rundskriv, retningslinjer og lignende styringsmidler.

Det er i utgangspunktet ønskelig å samle regelverket, slik at en unngår et oppsplittet og dermed uoversiktlig regelbilde. I tillegg til denne betraktningen pekes det i Lovavdelingens veileder om lovteknikk på to viktige hensyn: det *rettspedagogiske*, som tilsier at regler som angår samme samfunnssektor eller livsområde, bør samles i én lov, og *samordningshensyn*, som tilsier at regler som i stor grad griper inn i hverandre, bør samles i samme regelverk.²

I Lovstrukturutvalgets rapport er det blant annet uttalt følgende om helse- og sosiallovgivning:³

«Et nærliggende utgangspunkt er at lovgivningen om de rent organisatoriske – og eventuelt finansielle – spørsmål innen helse- og sosialvesenet fortsatt som hovedregel og utgangspunkt bør være oppdelt etter de ulike forvaltningsnivåer. Hvorvidt man så foretrekker å

operere med en lov for hvert nivå, eller en omforenet lov oppdelt i kapitler, blir et hensiktsmessighetsspørsmål, hvor det bl.a. må legges vekt på hensynet til sammenhengen med det materielle regelverk – bestemmelsene om helse- og sosialtjenestenes innhold.»

Det samme utvalget la i sin rapport til grunn at politilovgivningen, som på det tidspunktet var noe mer fragmentert, burde samles i én felles lov.⁴

Lovstrukturutvalget drøftet de følgende kriteriene for samling av normer i samme lov, som er sammenfattet slik i Lovavdelingens veileder:⁵

- «1. Samling av normer ut fra virketid. Anvendelse av et slikt kriterium kan f.eks. innebære en samling av lovbestemmelser som gjelder for krise og krig.
2. Samling av normer ut fra organisatoriske forhold. Dette kan f.eks. føre til en inndeling ut fra departementsinndelingen, bl.a. slik at forhold som hører under ulike departementer, reguleres i ulike lover.
3. Samling av normer ut fra de hensynene som skal ivaretas. Forurensningsloven er et eksempel på en lov som inneholder forskjellige regler som skal ivareta ett felles formål.
4. Samling av normer ut fra samfunnssektorer eller livsområder. En felles lov om helsepersonell er et eksempel på en slik samling.
5. Samling av normer for bestemte enkelthendelser eller hendelsesforløp. Eksempel på en slik inndeling er f.eks. arveloven eller kjøpsloven, som inneholder regler knyttet til en arve- eller kjøpsituasjon, og straffeprosessloven som regulerer gangen i en straffesak.
6. Samling av normer etter juridiske problemer. F.eks. er regler knyttet til ekspropriasjon i noen grad samlet i oreigningsloven og saksbehandlingsregler for forvaltningen samlet i forvaltningsloven.»

¹ Justisdepartementets lovavdeling (2000) s. 20.

² Justisdepartementets lovavdeling (2000) s. 22.

³ NOU 1992: 32 *Bedre struktur i lovverket*, s. 146.

⁴ NOU 1992: 32, s. 230.

⁵ Se veilederens s. 21. Lovstrukturutvalgets kriterier er drøftet i NOU 1992: 32, kapittel 8.5.

Videre har Lovavdelingen pekt på at samling av normer ut fra en brukerorientering også kan være et relevant kriterium ved vurderingen.⁶

21.1.2 Målgrupper for lovgivningen

I Lovstrukturutvalgets rapport⁷ beskrives en generell tredeling av regelverkets målgrupper: jurister, andre eksperter (forvaltningspersonell, næringsdrivende, informasjonsformidlere mfl.) og allmennheten. Utvalget uttalte: «Det er lovverkets oversiktighet for dem som direkte berøres av reglene, og ikke for regelforvalterne, det må legges mest vekt på.»⁸ Selv om en ut fra rettssikkerhetsbetraktninger kan være enig i et slikt utgangspunkt, kan det antas at borgernes muligheter til å få en god behandling av sin sak er betinget av at lovanvendere evner å finne frem i regelverket, og – kanskje vel så viktig i praksis – at ansatte i forvaltningen uten juridisk ekspertise uten urimelig arbeidsbelastning kan finne frem og forstå reglene som gis.

21.1.3 Valg mellom lov og forskrift

Selv om økt tilgjengelig informasjon på Internett har lettet allmennhetens tilgang til offentlige dokumenter, tas det gjerne som et utgangspunkt at brukere ikke har tilgang til andre rettskilder enn selve lovteksten.⁹ Lover anses som lettere tilgjengelige for brukere enn forskrifter og forarbeidsdokumenter, men det kan være nødvendig å overlate detaljer til forskrifter og merknader til lovbestemmelsene i lovens forarbeider (utvalgets NOU samt departementets fremtidige lovproposisjon og dokumentene fra stortingsbehandlingen) for å unngå at lovteksten eser ut slik at dokumentet blir vanskeligere å lese og mindre oversiktlig for allmennheten. Tekniske detaljer som i praksis bare retter seg mot en avgrenset gruppe, kan ofte med fordel plasseres i forskrift.¹⁰ Merknadene i forarbeidene bør begrense seg til presiseringer av lovforslaget, særlig med tanke på begrepsbruk.

I Lovavdelingens veiledning er det gitt uttrykk for følgende utgangspunkt: «[A]lle spørsmål som er av en slik karakter at Stortinget bør ta stilling til dem, bør reguleres i formell lov og ikke overlates til forskrift.»¹¹ Dette kan sies å gi uttrykk for en

politisk og statsforfatningsmessig begrunnelse for å la spørsmål av betydning avgjøres ved lovtekst, og ikke ved forskrift eller merknader i forarbeidene. Hensynet til at innbyggerne skal kunne forutberegne sin rettsstilling, taler også for at regler som har direkte betydning, og særlig regler av inngripende karakter, formidles på en fullgod måte i lovteksten.

21.2 Vurderinger knyttet til utvalgets forslag

21.2.1 Målgrupper for rettsreglene

Følgende grupper, som til dels kan ha flytende overganger seg imellom, er identifisert som relevante målgrupper for bestemmelsene som utvalget foreslår:

- a. personen saken gjelder
- b. pårørende
- c. tilsatte i helse- og omsorgstjenestene i kommunen
- d. tilsatte i spesialisthelsetjenestene
- e. tilsatte i velferdstjenestene
- f. tjenestepersoner i politiet
- g. jurister, herunder
 - a. jurister i staten: påtalemyndigheten, helseforvaltningen og ulike organer med kontroll- eller tilsynsfunksjoner (fylkesmannen, Statens helsetilsyn, Sivilombudsmanen, domstolene),
 - b. jurister i kommunen, og
 - c. jurister som yter rettslig bistand til personen saken gjelder
- h. sivilsamfunnet, herunder ideelle/frivillige organisasjoner
- i. allmennheten

Enkelte vil ha interesse av å forstå lovbestemmelsene i tilknytning til konkrete saker om narkotikabruk. Andre vil kunne ha behov for å forholde seg til regelverket som del av det alminnelige forebyggende arbeidet mot narkotikabruk, som blant annet bør omfatte å gi opplysninger om rettstilstanden, eller for selv å unngå å begå en ulovlig eller straffbar handling.

21.2.2 Særlov eller innlemming i eksisterende lovverk?

Den offentlige debatten om narkotikapolitiske spørsmål er preget av ulike perspektiver på flere komplekse samfunnsproblemer. Dette innebærer at det vil kunne være pedagogisk utfordrende å formidle innholdet i helheten av et regelsett over-

⁶ Justisdepartementets lovavdeling (2000) s. 22.

⁷ NOU 1992: 32, kapittel 8.2.2.

⁸ NOU 1992: 32, s. 105.

⁹ Justisdepartementets lovavdeling (2000) s. 26.

¹⁰ Justisdepartementets lovavdeling (2000) s. 24.

¹¹ Justisdepartementets lovavdeling (2000) s. 23.

for ulike berørte grupper i befolkningen. Dette kunne tilsi at lovbestemmelser som gir uttrykk for offentlige myndigheters oppgaver knyttet til utvalgets foreslåtte modell, og bestemmelser om saksgangen i kronologisk rekkefølge, burde inntas i en egen ny lov. En slik samlet særlov ville synliggjøre helheten i utvalgets forslag, herunder samordningen mellom politiet og rådgivningsenheten, på tydeligst mulig måte. Den ville også være brukerorientert i den forstand at personen saken gjelder, ville kunne få en samlet oversikt over ulike lovbestemmelser knyttet til håndteringen av saker om narkotikabruk som ikke lenger møtes med en straffereaksjon.

En slik løsning vil imidlertid innebære at disse bestemmelsene ikke inngår i de sentrale lovene innen de respektive sektorene, og det ville innebære en inndeling som går på tvers av organisatoriske forhold og samfunnsområder. Nærmere bestemt ville en samlet lov ligge i et skjæringspunkt mellom politiet og helsevesenet, mellom Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet og mellom stat (politi) og kommune (rådgivningsenheten). Dermed oppstår en risiko for at bestemmelsene blir mindre synlige for yrkesutøverne i de respektive sektorene. Sammenhengene mellom eksisterende *generelle* lovbestemmelser om yrkesutøvelsen i politiet og i helse- og omsorgstjenestene og de *spesielle* lovbestemmelsene som gjelder narkotikasakene som omfattes av utvalgets foreslåtte modell, ville dessuten kunne bli mindre tydelige.

Utvalget foreslår derfor å etablere de nødvendige lovbestemmelsene for utvalgets modell ved å tilføye nye lovbestemmelser i politilovens annen del og helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 7 fremfor å utarbeide en særlov.

21.2.3 Lov eller forskrift?

Det foreslås inntatt forskriftshjemler i de foreslåtte nye bestemmelsene i både politiloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Det antas at én samlet forskrift, som omfatter bestemmelser knyttet til både politiets og rådgivningsenhetens oppgaver, vil være å foretrekke fremfor to separate forskrifter. Denne samlede forskriften vil da kunne synliggjøre sammenhengen mellom politiets og rådgivningsenhetens oppgaveløsning samt samarbeidet med andre instanser. Utvalget antar at utforming av en slik forskrift bør utstå til det er tatt en endelig beslutning om hvordan modellen skal innrettes, og legger derfor ikke frem forslag til forskrift i denne utredningen.

Utvalget foreslår endringer i legemiddeloven § 31 og straffeloven § 231 for å avgrense straffansvar for innehav og erverv av narkotika til egen bruk. Utvalget har vurdert om terskelverdiene, som utgjør de kvantitative grensene mellom ulovlig og straffbart innehav og erverv av ulike typer narkotika, burde lovfestes. Dette ville gi en større grad av forutberegnelighet om grensen for straffbare handlinger, ettersom det ville kreve et lovvedtak for å endre verdiene. Etter utvalgets syn vil det imidlertid være mer hensiktsmessig å fastsette terskelverdiene, som er av utpreget positivrettslig og til dels teknisk art, i forskrift. Som for definisjonen av narkotika, som beror på narkotika-listen i narkotikaforskriften, vil det kunne være behov for å gjøre justeringer i terskelverdiene, og justeringene bør kunne gjøres av en enhet med faglig ekspertise. Se omtale av evaluering og kvalitetssikring av modellen i kapittel 17. Det forutsettes at eventuelle justeringer av terskelverdiene formidles på en tydelig måte i god tid før eventuelle endringer trer i kraft.

Kapittel 22

Merknader til de foreslåtte lovendringene

22.1 Til legemiddeloven § 31:

Det vises til punkt 13.4 og 13.5 om vurderingen av om stoffet er til *egen bruk*, og anvendelsen av *mengdebegrensninger* for straffrihet. Den foreslåtte endringen består i en endring av legemiddeloven § 31 *annet ledd*, slik at bruk av narkotika, og besittelse av narkotika til egen bruk ikke lenger omfattes av straffebudet.

Det foreslås også tilføyet et nytt *femte ledd* som etablerer et straffritak for bruk av narkotika, og besittelse av narkotika til personens egen bruk, som er ulovlig etter legemiddeloven § 24.

Det er i prinsippet straffbart å skaffe seg adgang til å kjøpe narkotika under falske opplysninger, for eksempel om navn, bosted, sykdom eller sykdomstegn, jf. § 31, jf. § 24 første ledd. Etter det utvalget erfarer har dette alternativet ikke praktisk betydning i narkotikasaker i dag, men det bør for ordens skyld omfattes av det unntaket fra straffansvar etter § 31 som utvalget foreslår. Straffritaksbestemmelsen omfatter derfor «egen bruk av narkotika eller erverv eller besittelse av narkotika til egen bruk». Enkelte handlinger som i prinsippet omfattes av gjerningsbeskrivelsen i § 24 første eller annet ledd vil kunne være straffbare etter alminnelige straffebud som er uberørt av utvalgets foreslåtte endringer. Dette gjelder for eksempel rettsstridig bruk av en ettergjort eller forfalsket resept eller rekvisisjon, jf. straffeloven § 361 første ledd bokstav b.

Det legges til grunn at straff etter legemiddeloven § 31 første ledd, jf. narkotikaforskriften § 5 første ledd, jf. legemiddeloven § 22 annet ledd, som i dag, ikke vil komme til anvendelse på overtredelser ved egen bruk av narkotika, eller besittelse av narkotika til egen bruk, uten lovlig adgang. Utvalget har av pedagogiske grunner valgt å la dette fremgå av ordlyden. Bestemmelsen viser derfor til både forskrift gitt i medhold av § 22 annet ledd, og til § 24.

Den øvre grensen for besittelse etter gjeldende rett (om lag 1–2 brukerdoser) vil som den

klare hovedregel være innenfor de terskelverdiene som utvalget foreslår.¹ For tydelighetens skyld, og for å ivareta en fleksibilitet i regelen, bør likevel ikke grensen for «besittelse» være styrende. Det er derfor inntatt en forskriftshjemmel for mengdebegrensninger i *femte ledd annet punktum*.

22.2 Til straffeloven § 231 om narkotikaovertrødelse:

Den foreslåtte endringen består i tilføyelse av et nytt tredje ledd i bestemmelsen, som unntar fra straff erverv og oppbevaring av narkotika til egen bruk. Det vises til punkt 13.4 og 13.5 om vurderingen av om stoffet er til *egen bruk*, og anvendelsen av *mengdebegrensninger* for straffrihet.

22.3 Til helse- og omsorgstjenesteloven § 7-4 om rådgivende enhet for narkotikasaker:

I *første ledd* er det foreslått å ilegge en plikt for kommunen til å ha en rådgivende enhet for narkotikasaker. Som beskrevet i utredningens kapittel 14 gis politiet adgang til å undersøke personer som de har grunn til å tro at har brukt narkotika eller hatt en slik befatning med narkotika som utvalget foreslår å avkriminalisere. Når politiet har konstatert dette kan personen pålegges å møte for den rådgivende enheten, jf. utvalgets forslag til ny politiloven § 9 c.

Rådgivende enhet har ansvaret for å tilrettelegge for, planlegge og gjennomføre møter med personer som er blitt ilagt pålegg om møte for

¹ Det vil således trolig være uten praktisk betydning at endringen i annet ledd *isolert sett* innebærer en nedkriminalisering av overtredelser av § 24, fra fengsel i inntil 6 måneder, jf. § 31 annet ledd til fengsel i inntil 3 måneder, jf. § 31 første ledd. For de få tilfellene det eventuelt kunne være tale om, vil dette ikke ha praktisk betydning for straffutmålingen, idet reaksjonen i slike saker er bøter.

enheten. Det vises til utredningens kapittel 15 og 16. Møtet gjennomføres som en samtale hvor personen som er ilagt møteplikten blir informert om det eller de aktuelle ulovlige rusmidlene og hvilke skadevirkninger bruken kan ha. Videre vil den rådgivende enheten tilby frivillig kartlegging av risiko og motiverende intervju med sikte på ytterligere oppfølging. Enheten vil kunne ha personell fra ulike tjenester i kommunen knyttet til seg.

I *andre ledd* er det foreslått en hjemmel for Helse- og omsorgsdepartementet til å gi forskrift med nærmere regler om ansvaret for den rådgivende enheten. Forskriften vil kunne omfatte kompetansekrav til kommunens gjennomføring av denne funksjonen. Det legges til grunn at oppgaven vil kunne løses i samarbeid mellom kommuner.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 første ledd har kommunene en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig. Samarbeid mellom ulike deltjenester og tjenestenivåer vil være av betydning for at rådgivningsenheten skal kunne tilrettelegge for oppfølging og behandling av personer med rusrelaterte problemer. Gjennom den foreslåtte forskriftshjemmelen vil det kunne operasjonaliseres nærmere krav til samhandling, og krav til dokumentasjon for slik samhandling.

22.4 Forslag til nye bestemmelser i politiloven kapittel II om utførelsen av polititjenesten

22.4.1 Merknader til ny § 9 a om visitasjon av person, gjenstand eller oppbevaringssted:

Det vises til utredningens punkt 14.3.2.2. Bestemmelsens *første ledd* gir politiet adgang til å foreta visitasjon dersom det anses overveiende sannsynlig at personen innehar narkotika. Uttrykket «innehar» omfatter besittelse eller oppbevaring som er straffri etter utkastets forslag til ny legeomiddelov § 31 femte ledd eller straffeloven § 231 tredje ledd. Undersøkelsen må ha som formål å opplyse vurderingen av om personen skal ilegges en oppmøteplikt etter utkastets § 9 c. Hvorvidt det er sannsynlighetsovervekt for innehav må vurderes konkret i den enkelte sak. Relevante holdpunkter vil for eksempel kunne være at personen fremstår påvirket av narkotika eller at det avdekkes brukerutstyr som klart er til personens egen bruk.

Etter politiloven § 6 annet ledd annet punktum må midlene som brukes i politiets tjenesteut-

øvelse være nødvendige og stå i forhold til situasjonens alvor, tjenestehandlingens formål og omstendighetene for øvrig. Etter utvalgets syn vil undersøkelse av en persons mobiltelefon med sikte på å belyse personens egen bruk av narkotika gjennomgående være et så betydelig inngrep at det ikke oppfyller disse kravene i saker om ikke-straffbar narkotikabruk eller erverv eller innehav av narkotika til egen bruk. Ved visitasjon etter bestemmelsen skal det, etter utvalgets syn, ikke være adgang til avkleddning.

Annet ledd synliggjør at polititjenestepersonen først skal forsøke å få personens samtykke til visitasjonen, jf. politiloven § 6. Dersom personen ikke samtykker, skal beslutningen tas av politimesteren eller den han bemyndiger. Dersom et opphold må antas å forspille formålet med undersøkelsen, for eksempel at personen får anledning til å kvitte seg med det som undersøkelsen tar sikte på å avdekke, kan polititjenestepersonen på stedet beslutte å gjennomføre undersøkelsen. Det antas at det i praksis ikke vil være sjelden at beslutninger må treffes på stedet. Utvalget har vurdert om primærkompetansen burde legges til politiet på stedet, slik som i vegtrafikkloven § 22 a. Når primærkompetansen i utvalgets forslag er lagt til politimesteren, er det fordi visitasjon etter bestemmelsen vil kunne gjøres som ledd i planlagte aksjoner mot en eller flere bestemte personer. Slike planlagte visitasjoner bør etter utvalgets syn godkjennes av politimesteren eller den politimesteren gir fullmakt.

Tredje ledd fastsetter at utfallet av visitasjonen skal nedtegnes. Nedtegnelse vil kunne gjøres gjennom beslagsrapport ved positivt funn, eller i politiets operative logg (PO-logg) ved negativt funn.

Etter *fjerde ledd* kan det tas beslag i narkotika som avdekkes. Beslaglagt narkotika forutsettes innsendt til Kripos for destruksjon i samme utstrekning som i dag.

Femte ledd gir departementet hjemmel til å fastsette forskrift om visitasjoner og beslag. Gjennomføringen og dokumentasjonen av utfallet av visitasjonen vil ha betydning for oppfølgingen av personen ved rådgivende enhet for narkotikasaker, og opplysningene vil kunne ha betydning som underlag for politiets forvaltningsoppgaver. Departementet bør derfor ha mulighet til å regulere gjennomføringen og dokumentasjonen av slike tiltak nærmere. Regulering av politiets oppgaver etter bestemmelsen kan riktig nok gis i medhold av instruksjonsmyndighet etter politiloven § 29. Ettersom det kan være ønskelig å gi en samlet forskrift for saker som omfattes av utvalgets foreslåtte modell, som regulerer både poli-

tiets og kommunens håndtering av disse sakene, er det likevel inntatt en egen forskriftshjemmel i utkastet til bestemmelsen.

22.4.2 Merknader til ny § 9 b om testing av narkotikapåvirkning:

Det vises til punkt 14.3.2.3 om utvalgets forslag til hjemler for politiets avdekking av narkotika, og bruk av narkotika. Bestemmelsen gjelder fremgangsmåten for politiets undersøkelse og vurdering av om en person er påvirket av, eller har brukt, narkotika.

Etter *første ledd* kan politiet gjennomføre undersøkelse ved hjelp av metoden «Tegn og symptomer». Denne metoden forutsetter i praksis at personen medvirker til undersøkelsen. Uttrykkelig hjemmel til å gjennomføre undersøkelsen er likevel tatt inn i første ledd, slik at det ikke blir avgjørende for lovligheten av undersøkelsen i det enkelte tilfellet hvorvidt personen har gitt sitt samtykke, eventuelt hvor langt personens samtykke strekker seg.

Bestemmelsens *annet ledd* regulerer bruk av foreløpig rustesting og rustesting i de tilfeller der politiet anser det overveiende sannsynlig at personen er påvirket av narkotika, eller har brukt narkotika. Dette er det samme beviskravet som gjelder for vedtaket om oppmøteplikt for rådgivningsenheten, se foreslått ny § 9 c første ledd. Ettersom beviskravet for pålegget er oppfylt, anses det ikke å være behov for noen inngreps-hjemmel som sådan for å påvise bruken. Formålet med reguleringen er å gi personer adgang til eventuelt å motbevise politiets vurdering gjennom gjennomføring av foreløpig rustest eller rustest.

De konkrete testmetodene er ikke angitt i bestemmelsen, og vil dermed kunne endres over tid. Utvalget har knyttet valget av testmetoder etter bestemmelsen til tilsvarende foreløpig tester og tester som gjøres etter vegtrafikkloven § 22 a første og annet ledd.

Etter *annet ledd annet punktum* omfatter bestemmelsen testing av både aktuell ruspåvirkning og nylig bruk som ikke medfører aktuell ruspåvirkning. Hvilken testmetode personen skal tilbys, vil avhenge av om den er egnet som bevismiddel for å bekrefte eller avkrefte inntak av narkotika i det konkrete tilfellet. Dette vil avhenge av hvilken type narkotika det er tale om og hvor lenge det er siden personen inntok stoffet.

Annet ledd tredje punktum innebærer at andre tester enn foreløpig rustest gjennomføres av andre enn polititjenestepersonene på stedet. Helsepersonelloven § 12 pålegger lege, syke-

pleier, helsesekretær eller bioingeniør en plikt til å foreta undersøkelser av personer ta blodprøve etter begjæring fra politiet. Bestemmelsen kommer ikke til anvendelse i saker om ulovlig, men ikke straffbar, bruk av narkotika. Den foreslåtte bestemmelsen om undersøkelse av ruspåvirkning innebærer at slike prøver bare skal skje når personen selv ønsker det eller samtykker til det. Det anses derfor ikke nødvendig med en særskilt hjemmel om helsepersonellets medvirkning til slik testing utover den foreslåtte bestemmelsen i politiloven.

Etter *tredje ledd* skal opplysninger om gjennomføringen og utfall av tiltak etter bestemmelsen nedtegnes. Dette vil kunne gjøres ved en innføring i politiets operative logg (såkalt PO-logg).

22.4.3 Merknad til ny § 9 c pålegg om oppmøte for rådgivende enhet for narkotikasaker:

Det vises til utredningens punkt 14.3.3 om pålegg om oppmøte. I *første ledd* gis politiet kompetanse til å gi pålegg om oppmøteplikt for rådgivende enhet for narkotikasaker. Bestemmelsens anvendelsesområde er tilfeller der politiet anser det overveiende sannsynlig at en person har brukt narkotika, eller hatt tilhørende befatning med narkotika. Bestemmelsen omfatter også forsøk på erverv og bruk, som skal forstås på samme måte som forsøkshandlinger etter straffeloven § 16. Uttrykket «innehar» omfatter besittelse eller oppbevaring som er straffri etter utkastets forslag til ny legemiddellov § 31 femte ledd eller straffeloven § 231 tredje ledd. Det vises til utredningens kapittel 13 om den nærmere grensdragningen for straffriheten.

Bestemmelsen er ikke til hinder for at det vurderes om det er rimelig grunn til å iverksette etterforskning av et mulig straffbart forhold, jf. straffeprosessloven § 224.

Som det fremgår av uttrykket «kan», gir bestemmelsen politiet en skjønnsadgang i flere retninger. Formålet må hovedsakelig være inngripen overfor personer med en *aktuell bruk* av narkotika, det vil si personer som på beslutningstidspunktet, eller kort tid før dette, er påvirket av narkotika eller innehar dette. Utvalget kan vanskelig se at pålegget vil tjene sitt formål dersom det har gått lang tid siden siste kjente tilfelle av bruk, innehav eller erverv av narkotika. En yttergrense vil formentlig være at det har gått ett år. Etter gjeldende rett foreldes straffansvaret for overtredelse av legemiddelloven § 31 annet ledd, jf. § 24, etter ett år, jf. straffeloven § 86 første ledd bokstav a. Iverksettelse av en undersøkelse og pålegg etter

de bestemmelsene som utvalget foreslår etter at det har gått meget lang tid ville neppe være formålstjenlig, og ville kunne oppfattes som misbruk av påleggsmyndigheten.

Et annet aspekt ved formålet er å bringe personer med et mulig udekket hjelpebehov i forbindelse med offentlige tjenester. Der en person nylig har vært ilagt oppmøteplikt og det er registrert at personen oppfyllte plikten, bør det vurderes om er hensiktsmessig ressursbruk å gi et nytt oppmøtepålegg, med tanke på ordningens formål. Det samme vil kunne gjelde personer med kjent vedvarende rusproblematikk som etter politiets kunnskap er i kontakt med behandlingsapparatet. Selv om politiet, etter å ha opplyst saken, ikke skulle treffe vedtak om oppmøteplikt, er dette ikke til hinder for at det tas beslag i narkotika som eventuelt er avdekket, jf. foreslått ny § 9 a fjerde ledd.

I *andre ledd* fremgår det at politiet har en begrunnelsesplikt. Pålegg om oppmøte er et enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Det følger av forvaltningsloven § 24 at slike vedtak skal begrunnes. Begrunnelsen må således beskrive i korte trekk bruken eller befatningen med narkotika som utgjør grunnlaget for vedtaket. Opplysningene som er lagt til grunn for vedtaket vil kunne ha betydning for personen saken gjelder, ettersom disse lagres hos politiet. Opplysningene vil ha betydning for rådgivningsenhetens oppfølging av personen, og kan senere få betydning som underlag for politiets forvaltningsoppgaver, noe som taler for at opplysninger som nedtegnes i begrunnelsen i utgangspunktet bør være verifisert gjennom bekreftelse fra personen selv, eller undersøkelse og rustesting, se forslag til ny §§ 9 a og b.

Vedtaket skal meddeles parten eller partens foresatte/verge, og oversendes rådgivningsenheten. Skriftlig meddelelse til parten eller partens foresatte/verge gjøres av politiet på den måten

politiet anser mest hensiktsmessig. Det kreves ikke at politiet gjennomfører forkynning, men politiet bør forsikre seg om at meddelelsen er mottatt. Se for øvrig forvaltningsloven § 27 om underretning om vedtaket.

Politiet må påse at personer som ikke forstår norsk, eller et annet språk som polititjenestepersonene på stedet snakker, forstår innholdet i vedtaket.

I *tredje ledd* er det foreslått en hjemmel for departementet til å gi forskrift med nærmere regler om hvordan politiet skal behandle opplysninger i ovennevnte narkotikasaker. Utvalget har lagt til grunn at det vil være rom for lokale variasjoner i hvilken løsning som velges for fastsetting av oppmøtetidspunkt for rådgivningsenheten, se punkt 16.3. En mulig løsning er at det på forhånd fastsettes noen tidspunkter som politiet kan tildele personen på stedet, slik at det går kort tid fra møtet med politiet til oppmøtet skal skje for rådgivningsenheten. Lokale forskjeller mellom kommunene tilsier at det bør være en viss fleksibilitet i reguleringen, og utvalget antar derfor at dette bør løses gjennom forskriftsregulering og lokale samarbeidsavtaler.

22.4.4 Til politiloven § 30 om straff

Ettersom bestemmelsen om vedtak om oppmøteplikt er inntatt i politilovens andre kapittel, ville politiloven § 30 nr. 1, jf. § 5, kunne medføre at manglende etterkommelse av vedtaket medførte et straffansvar. For å unngå et slikt resultat, som ville være i strid med intensjonen til regjeringens rusreform, foreslås det tilføyet et nytt annet ledd til § 30 som fritar unnlatt etterkommelse av slike vedtak fra straff.

Håndteringen av manglende etterlevelse av vedtak om oppmøte er beskrevet i utredningens punkt 15.9.

Kapittel 23

Utvalgets forslag til lovendringer

23.1 Endring av legemiddeloven § 31

Legemiddeloven § 31 annet ledd skal lyde:

Erverv, besittelse og bruk av dopingmidler, jf. § 24 a første ledd, straffes med bøter eller fengsel inntil 6 måneder, eller begge deler.

Endringen består i en strykning av ordene «Besittelse og bruk av narkotika, jf. § 24 første ledd, og».

Nytt femte ledd i legemiddeloven § 31 skal lyde:

Straff etter første ledd får ikke anvendelse på overtredelse av bestemmelser gitt i medhold av § 22 annet ledd, eller overtredelse av § 24, ved egen bruk av narkotika eller erverv eller besittelse av narkotika til egen bruk. Kongen kan ved forskrift fastsette mengdebegrensninger for straffrihet etter denne bestemmelsen.

23.2 Endring av straffeloven § 231

Straffeloven § 231 nytt tredje ledd skal lyde:

Straff etter første og annet ledd får ikke anvendelse på erverv eller oppbevaring av narkotika til egen bruk. Kongen kan ved forskrift fastsette mengdebegrensninger for straffrihet etter denne bestemmelsen.

23.3 Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven

Kapitteloverskriften til kapittel 7 skal lyde:

Kapittel 7. Individuell plan, *koordinator*, koordinerende enhet og *rådgivende enhet for narkotikasaker*.

Ny § 7-4 i helse- og omsorgstjenesteloven skal lyde:

§ 7-4 *Rådgivende enhet for narkotikasaker*

Kommunen skal ha en rådgivende enhet for narkotikasaker. Denne enheten skal ha ansvaret for å møte personer som er ilagt oppmøteplikt etter politiloven § 9 c.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om den rådgivende enheten, herunder kompetansekrav, organisering og tjenestens innhold, inkludert formidling til og samhandling med andre tjenester.

23.4 Endringer i politilovens annet kapittel

23.4.1 Utkast til ny § 9 a om visitasjon av person, gjenstand eller oppbevaringssted

Ny bestemmelse i politiloven § 9 a skal lyde:
§ 9 a *Visitasjon av person, gjenstand eller oppbevaringssted*

Politiet kan visitere person, gjenstand eller oppbevaringssted, når det er overveiende sannsynlig at personen innehar et stoff som etter regler med hjemmel i legemiddeloven § 22 er å anse som narkotika.

Uten personens samtykke kan visitasjon etter paragrafen her bare skje etter beslutning av politimesteren eller den han bemyndiger. Dersom det må antas at formålet med visitasjonen vil forspilles ved opphold kan beslutningen treffes av politiet på stedet. Det skal opplyses om hva saken gjelder og hva visitasjonen omfatter.

Utfallet av visitasjonen skal nedtegnes snarest mulig.

Politiet kan beslaglegge og tilintetgjøre narkotika som innehas uten lovlig adgang.

Departementet kan gi nærmere bestemmelser om visitasjon og beslag i medhold av paragrafen her.

23.4.2 Utkast til ny § 9 b om testing av narkotikapåvirkning

Ny bestemmelse i politiloven § 9 b skal lyde:
§ 9 b *Testing av narkotikapåvirkning*

Politiet kan foreta en særskilt undersøkelse av om det foreligger tegn og symptomer på påvirkning av et stoff som etter regler med hjemmel i

legemiddeloven § 22 er å anse som narkotika, når personen fremstår som påvirket av et slikt stoff og det foreligger rimelig grunn til å bekrefte eller avkrefte dette.

Dersom politiet anser det overveiende sannsynlig at personen er påvirket av narkotika, skal personen få tilbud om å gjennomføre foreløpig test som nevnt i vegtrafikkloven § 22 a første ledd eller å fremstilles for utåndingsprøve, blodprøve, spyttprøve og klinisk legeundersøkelse som nevnt i vegtrafikkloven § 22 a annet ledd, for å søke å fastslå eller avkrefte påvirkningen. Det samme gjelder dersom politiet anser det overveiende sannsynlig at personen har brukt narkotika, og testing etter første punktum er egnet til å påvise den tidligere bruken. Test, prøve eller undersøkelse etter første og annet punktum gjennomføres av personell som angitt i vegtrafikkloven § 22 a tredje ledd.

Opplysninger om gjennomføring og utfall av tiltak etter paragrafen skal nedtegnes snarest mulig. Departementet kan gi nærmere bestemmelser om beslutning og gjennomføring av tiltak etter paragrafen.

23.4.3 Utkast til ny § 9 c om pålegg om oppmøte for rådgivende enhet for narkotikasaker

Ny bestemmelse i politiloven § 9 c skal lyde:
§ 9 c Pålegg om oppmøte for rådgivende enhet for narkotikasaker

Politiet kan pålegge en person å møte hos rådgivende enhet for narkotikasaker når det er overveiende sannsynlig at personen har brukt, eller forsøkt å bruke, stoff som etter regler med hjemmel i legemiddeloven § 22 er å anse som narkotika, eller at personen har ervervet, eller forsøkt å erverve, eller innehar eller har innehatt et slikt stoff til egen bruk.

Vedtak om møteplikt for rådgivende enhet skal grunngis.

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om vedtak etter bestemmelsen her, meddelelse av vedtaket, oversendelse av vedtaket til rådgivende enhet i kommunen og politiets behandling av opplysninger i slike saker.

23.4.4 Endring av § 30 om straff

Politiloven § 30 nytt annet ledd skal lyde:

Straff etter første ledd nr. 1 kommer ikke til anvendelse på unnlattelse av å etterkomme pålegg gitt i medhold av § 9 c første ledd.

Kilder og litteratur

Lover

- Kongeriket Norges Grunnlov 17. mai 1814 (Grunnloven)
- Lov 31. mai 1900 nr. 5 om løsgjængerer, betleri og drukkskenskap (løsgjengerloven)
- Lov 21. juni 1913 om ind- og utførsel av opium m.m.
- Lov 1. juni 1928 om opium m.v.
- Lov 26. februar 1932 nr. 1 med endringslov av 26. mai 1939 om edruelighetsnevnder og behandling av drikkfeldige
- Lov 6. juli 1957 om endringer i lov om edruelighetsnevnder og behandling av drikkfeldige av 26. februar 1932
- Midlertidig lov 21. juni 1963 om adgang til å kreve avgift for parkering av kjøretøy
- Lov 5. juni 1964 nr. 2 om sosial omsorg
- Lov 18. juni 1965 nr. 4 om vegtrafikk (vegtrafikkloven)
- Lov 10. februar 1967 nr. 10 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)
- Lov 14. juni 1968 om endrede straffebestemmelser for overtredelser av regler i lovgivningen om narkotika m.m.
- Lov 21. april 1972 nr. 18 om endringer i den alminnelige borgerlige straffelov 22. mai 1902 nr. 10.
- Lov 8. april 1981 nr. 7 om barn og foreldre (barne-lova)
- Lov 22. mai 1981 nr. 25 om rettergangsmåten i straffesaker (straffeprosessloven)
- Lov 12. juni 1981 nr. 62 om endringer i straffeloven m.m. (reglene om betinget dømte, prøveløslatte m.m., heving av strafferammen for grove narkotikalovbrudd, oppheving av livstidsstraffen)
- Lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven)
- Lov 30. mars 1984 nr. 13 om lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholinstusjonene m.v.
- Lov 20. mai 1988 nr. 33 om politimyndighet i forsvaret
- Lov 2. juni 1989 nr. 27 om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. (alkoholloven)
- Lov 4. juli 1991 nr. 47 om ekteskap (ekteskapsloven)
- Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven)
- Lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (barnevernloven)
- Lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
- Lov 4. desember 1992 nr. 132 om legemidler m.v. (legemiddeloven)
- Lov 11. juni 1993 nr. 100 om anlegg og drift av jernbane, herunder sporvei, tunnelbane og forstadsbane m.m. (jernbaneloven)
- Lov 11. juni 1993 nr. 101 om luftfart (luftfartsloven)
- Lov 24. juni 1994 nr. 39 om sjøfarten (sjøloven)
- Lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven)
- Lov 12. januar 1995 nr. 4 om endringer i forvaltningsloven m.v.
- Lov 4. august 1995 nr. 53 om politiet (politiloven)
- Lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven)
- Lov 26. mars 1999 nr. 17 om husleieavtaler (husleieloven)
- Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven)
- Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)
- Lov 2. juli 1999. nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)
- Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
- Lov 18. mai 2001 nr. 21 om gjennomføring av straff mv. (straffegjennomføringsloven)
- Lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)
- Lov 19. desember 2003 nr. 124 om matproduksjon og mattrygghet mv. (matloven)
- Midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven)

Lov 2. juni 2004 nr. 64 om ordning med brukerrrom for inntak av narkotika (brukerromsloven)
Lov 20. mai 2005 nr. 28 om straff (straffeloven)
Lov 16. juni 2006 nr. 20 om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven)
Lov 15. mai 2008 nr. 35 om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsloven)
Lov 19. juni 2009 nr. 69 om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) m.m. (endringslov sprøyteromsloven mv.)
Lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven)
Lov 26. mars 2010 nr. 9 om vergemål (vergemålsloven)
Lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
Lov 11. januar 2013 nr. 3 om statens innkrevingsentral (SI-loven)
Lov 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven)
Lov 12. august 2016 nr. 77 om verneplikt og tjeneste i forsvaret m.m. (forsvarsloven)
Lov 15. desember 2017 nr. 107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven)
Lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)
Lov 20. desember 2018 nr. 113 om endringer i sprøyteromsloven m.m. (utvidelse av type narkotiske stoffer m.m.)

Forskrifter

Forskrift 22. juni 1990 nr. 3963 alminnelig tjenestetruks for politiet (politiinstruksen)
Forskrift 1. desember 2001 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)
Forskrift 22. februar 2002 nr. 183 om straffegjennomføring
Forskrift 12. desember 2003 nr. 1938 om reglement for økonomistyring i staten
Forskrift 17. desember 2004 nr. 1661 om ordning med brukerrrom for inntak av narkotika (brukerromsforskriften)

Forskrift 19. desember 2007 nr. 1761 om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (poliklinikkforskriften)
Forskrift 18. november 2011 nr. 1115 om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
Forskrift 16. desember 2011 nr. 1254 om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon
Forskrift 16. desember 2011 nr. 1255 om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket
Forskrift 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
Forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene
Forskrift 14. februar 2013 nr. 199 om narkotika (narkotikaforskriften)
Forskrift 5. mars 2013 nr. 1461 om delegering av departementets myndighet til Statens legemiddelverk etter narkotikaforskriften
Forskrift 20. september 2013 nr. 1097 om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten (politiregisterforskriften)
Forskrift 22. juni 2015 nr. 747 om anvendelse av helselover og forskrifter for Svalbard og Jan Mayen
Forskrift 26. august 2016 nr. 1003 om rettigheter og bruk av tvang under opphold i institusjon for behandling, omsorg og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer
Forskrift 20. desember 2016 nr. 1848 om betaling fra pasienter for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesta
Forskrift 16. juni 2017 nr. 779 om verneplikt og heimverstjeneste (vernepliktsforskriften)
Forskrift 20. oktober 2017 nr. 1650 om narkotika-program med domstolskontroll
Forskrift 19. oktober 2018 nr. 1584 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Forarbeider og stortingsdokumenter

NOU-er

NOU 1982: 25 *Narkotikalovbrudd, ran og heleri*
NOU 1985: 18 *Lov om sosiale tjenester mv.*
NOU 1988: 25 *Ny militær straffeprosesslov mv.*
NOU 1992: 32 *Bedre struktur i lovverket*
NOU 1995: 24 *Alkoholpolitikken i endring? – Hvordan norske myndigheter kan møte de nye utfordringer nasjonalt og internasjonalt*
NOU 2002: 4 *Ny straffelov – Straffelovkommisjonens delutredning VII*
NOU 2003: 4 *Forskning på rusmiddelfeltet – En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak*

NOU 2003: 15 *Fra bot til bedring – Et mer nyansert og effektivt sanksjonssystem med mindre bruk av straff*

NOU 2004: 13 *En ny arbeids- og velferdsforvaltning – Om samordning av Aetats, trygdeetatens og sosialtjenestens oppgaver*

NOU 2009: 12 *Et ansvarlig politi – Åpenhet, kontroll og læring*

NOU 2019: 14 *Tvangsbegrensningsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*

Straffelovrådet (1967): *Innstilling fra straffelovrådet (Det sakkyndige råd for strafferettslige spørsmål) om endringer i straffebestemmelsene for overtredelser av regler i lovgivningen om narkotika m.v.*

Proposisjoner

Ot.prp. nr. 19 (1913) *Om utfærdigelse av en lov om ind- og utførsel av opium m.m.*

Ot.prp. nr. 38 (1928) *Om utfærdigelse av en lov om opium m.v.*

Ot.prp. nr. 54 (1957) *Lov om endringer i lov om edruelighetsnevnder og behandling av drikkfelde av 26. februar 1932*

Ot.prp. nr. 71 (1961–63) *Om midlertidig lov om adgang til å kreve avgift for parkering av kjøretøyer*

Ot.prp. nr. 28 (1963–64) *Om lov om legemidler og gifter m.v.*

Ot.prp. nr. 46 (1967–68) *Om lov om endrede straffebestemmelser for overtredelser av regler i lovgivningen om narkotika m.m.*

Ot.prp. nr. 5 (1971–72) *Om lov om endringer i den alminnelige borgerlige straffelov 22. mai 1902 nr. 10*

Ot.prp. nr. 62 (1980–81) *Om lov om endring i straffeloven m.m (reglene om betinget dømte, prøveløslatte m.m., heving av strafferammen for grove narkotikabrudd, oppheving av livstidsstraffen)*

Ot.prp. nr. 23 (1983–84) *Om lov om endringer i straffeloven m.v. (narkotikalovbrudd, ran og heleri)*

Ot.prp. nr. 29 (1990–91) *Om lov om sosiale tjenester m.v. (sosialloven)*

Ot.prp. nr. 43 (1993–94) *Om lov om endringer i straffeprosessloven m.v (rettergangsmåten i militære straffesaker)*

Ot.prp. nr. 79 (1998–99) *Om lov om midlertidig endring i politiloven (utvidet adgang til visitasjon)*

Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*

Ot.prp. nr. 58 (2001–2002) *Om lov om endringer i straffeloven og politiloven (tiltak mot ulovlig bruk av kniv og skytevåpen)*

Ot.prp. nr. 106 (2001–2002) *Om lov om endringer i straffeprosessloven og politiloven m.m. (lovtiltak mot barne- og ungdomskriminalitet)*

Ot.prp. nr. 3 (2002–2003) *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for rusmiddelmisbrukere)*

Ot.prp. nr. 54 (2002–2003) *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)*

Ot.prp. nr. 56 (2003–2004) *Om midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning)*

Ot.prp. nr. 86 (2003–2004) *Om lov om endringer i lov 2. juni 1989 nr. 27 om omsetning av alkoholholdig drikk mv. og enkelte andre lover*

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

Ot.prp. nr. 113 (2004–2005) *Om lov om oppheving av løsgjengerloven og om endringer i straffeloven mv. (eget straffebud mot vold i nære relasjoner mv.)*

Ot.prp. nr. 22 (2008–2009) *Om lov om endringer i straffeloven 20. mai 2005 nr. 28 (siste delproposisjon - slutføring av spesiell del og tilpasning av annen lovgivning)*

Ot.prp. nr. 59 (2008–2009) *Om lov om endringer i midlertidig lov 2. juli 2004 nr. 64 om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) m.m.*

Ot.prp. nr. 108 (2008–2009) *Om lov om behandling av opplysninger i politiet og påtalemyndigheten (politiregisterloven)*

Prop. 9 L (2010–2011) *Endringer i lov 18. juni 1965 nr. 4 om vegtrafikk (endringer relatert til ruspåverka køyring m.m.)*

Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*

Prop. 135 L (2010–2011) *Endringer i straffeloven, straffeprosessloven, straffegjennomføringsloven, konfliktrådsloven m.fl. (barn og straff)*

Prop. 138 L (2010–2011) *Endringer i utlendingsloven (utvidet adgang til fengsling mv.)*

Prop. 1 S (2014–2015) *Helse- og omsorgsdepartementet*

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

Prop. 62 L (2015–2016) *Endringer i forvaltningsloven mv. (administrative sanksjoner mv.)*

- Prop. 68 L (2015–2016) *Endringer i straffeprosessloven mv. (skjulte tvangsmidler)*
- Prop. 102 L (2015–2016) *Lov om verneplikt og tjeneste i Forsvaret m.m. (forsvarsloven)*
- Prop. 71 L (2016–2017) *Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)*
- Prop. 46 L (2017–2018) *Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)*
- Prop. 1 S (2018–2019) *For budsjettåret 2019, Helse- og omsorgsdepartementet*
- Prop. 13 L (2018–2019) *Endringer i sprøyteromsloven m.m. (utvidelse av type narkotiske stoffer m.m.)*
- Prop. 1 S (2019–2020) *For budsjettåret 2020, Helse- og omsorgsdepartementet*
- St.prp. nr. 138 (1978–79) *Om plan for økt innsats mot narkotikaproblemer*
- St.prp. nr. 63 (1997–98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*
- St.prp. nr. 46 (2004–2005) *Ny arbeids- og velferdsforvaltning*

Innstillinger

- Innst. O. X (1969–70)
- Innst. O. XI (1971–72) *Om lov om endringer i den alminnelige borgerlige straffelov 22. mai 1902 nr. 10*
- Innst. S. nr. 184 (1996–1997) *Innstilling fra sosialkomiteen om 1) narkotikapolitikken og 2) forslag fra stortingsrepresentant Ellen Chr Christiansen om å legalisere narkotika og å avkriminalisere brukerne*
- Innst. 207 S (2012–2013) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk: alkohol – narkotika – doping*
- Innst. 378 L (2016–2017) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)*
- Innst. 345 S (2017–2018) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Tellef Inge Mørland, Ingvild Kjerkol, Kjersti Toppe, Nicholas Wilkinson, Olaug V. Bollestad, Per Espen Stoknes og Bjørnar Moxnes om å sikre god oppfølging av personer etter rusbehandling – BERIKTIGET*

Stortingsmeldinger

- Meld. St. 30 (2011–2012) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk: alkohol – narkotika – doping*
- Meld. St. 12 (2014–2015) *Utviklingsplan for kapasitet i kriminalomsorgen*

- Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*
- St.meld. nr. 66 (1975–76) *Om narkotikaproblemer*
- St.meld. nr. 13 (1985–86) *Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken*
- St.meld. nr. 17 (1987–88) *Alkohol og folkehelse*
- St.meld. nr. 47 (1989–90) *Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming*
- St.meld. nr. 16 (1996–97) *Narkotikapolitikken*
- St.meld. nr. 14 (2002–2003) *Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten*
- St.meld. nr. 42 (2004–2005) *Politiets rolle og oppgaver*
- St.meld. nr. 37 (2007–2008) *Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn*
- St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*

Dokumenter

- Dokument 8:179 S (2017–2018) Representantforslag 179 S (2017–2018) Representantforslag fra stortingsrepresentantene Tellef Inge Mørland, Ingvild Kjerkol, Kjersti Toppe, Nicholas Wilkinson, Olaug V. Bollestad, Per Espen Stoknes og Bjørnar Moxnes om å sikre god oppfølging av personer etter rusbehandling
- Stortings forhandlinger (1969–70) Stortingstidende inneholdende 114. ordentlige Stortings forhandlinger 1969–70, forhandlinger i Odelstinget 20. mai 1970.

Rundskriv, retningslinjer mv.

- AVdir (35-2012): *Rundskriv Hovednr. 35 – til lov om sosiale tjenester i NAV, Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2012.*
- Departementene (Q-16/2013): *Rundskriv Q-16/2013, Forebyggende innsats for barn og unge, Departementene, 2013.*
- Departementene (2017): *Redusert tilbakefall til ny kriminalitet. Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff 2017–2021, Departementene, 2017.*
- Finansdepartementet (2005): *Veileder til gjennomføring av evalueringer, Finansdepartementet, 2005.*
- Forsvarssjefen (09.09.2009): *Diesen, S. (Forsvarssjef), Direktiv for Forsvarets rusforebyggende arbeid, datert 9. september 2009.*
- Fylkesmannen i Oslo og Viken (2019): *Informasjonsskriv nr. 2/2019 – Om bruk av vilkår ved tildeling av økonomisk stønad, Fylkesmannen i Oslo og Viken, 2019.*

- Generaladvokaten (29.03.2008): Generaladvokaten, *Veiledning for militær inspeksjon og ransaking*, datert 29. mars 2008.
- Helsedirektoratet (2011): *Utkast til forslag til endringer i forskrift av 21. desember 2000 nr. 1385 om pasientjournal (utdyper journalføringsplikten for apotektilsatte etter helsepersonelloven §§ 39 og 40)*, Brev fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet, datert 31. mars 2011.
- Helsedirektoratet (2013): *Helse- omsorgstjenester til innsatte i fengsel*, Veileder IS-1971, Helsedirektoratet, 2013.
- Helsedirektoratet (2014d): *Prosedyrer for rusmiddeltesting*, Veileder IS-2231, Helsedirektoratet, 2014.
- Helsedirektoratet (2014e): *Sammen om mestring – lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*, Veileder IS-2076, Helsedirektoratet, 2014.
- Helsedirektoratet (2015d): *Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*, Prioriteringsveileder, Helsedirektoratet 2015.
- Helsedirektoratet (2018b): Brev til landets fylkesmenn om kommuners plikt til å forebygge smitte med blodbårne sykdommer, Ref. 18/9390-1, datert 17. april 2018.
- Helsedirektoratet (2018c): *Fortolkninger – forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i rusinstitusjon og helse- og omsorgstjenesteloven kap. 10*, Brev til alle landets rusinstitusjoner og fylkesmenn, datert 13. juni 2018.
- Helsedirektoratet (2018d): *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020*, Helsedirektoratet, 2018.
- Helsedirektoratet (2018h): *Helsepersonelloven med kommentarer*, Helsedirektoratet, 2018.
- Helsedirektoratet og KDI (2016): *Veileder rusmestringsenhetene*, Veileder IS-2472, Helsedirektoratet og Kriminalomsorgsdirektoratet, 2016.
- Helse og omsorgsdepartementet (2007): *Opptrappingsplan for rusfeltet (2007–2010)*, Helse og omsorgsdepartementet, 2007.
- Justis- og beredskapsdepartementet (2018): Brev fra Justis- og beredskapsdepartementet til Stortingets presidentskap, datert 19. november 2018.
- Justis- og beredskapsdepartementet (2019): Brev fra Justis- og beredskapsdepartementet til Politidirektoratet (14/7808 – CFH), datert 10. april 2019.
- Justisdepartementets lovavdeling (2000): *Lovteknikk og lovforberedelse, Veiledning om lov- og forskriftsarbeid*, Justisdepartementets lovavdeling, 2000.
- Justisdepartementets lovavdeling (2004): *Konsekvenser for innkreving av bøter som følge av endringer i gjeldsordningsloven*, Justisdepartementets lovavdeling, 2004/03093, datert 18. februar 2004.
- Justisdepartementets lovavdeling (2009): *Dødsstedsundersøkelser ved plutselig og uventet barsedød*, Justisdepartementets lovavdeling, 2008/07477, datert 4. mars 2019.
- KDI (12/2014): *Retningslinjer for bruk av russamtalen som alternativ til reaksjon etter straffegjennomføringsloven*, Kriminalomsorgsdirektoratet, Rundskriv KDI 12/2014.
- KDI (8/2017): *Straffegjennomføring i institusjon i medhold av §12-overføring av ansvar for oppfølgingen fra fengsel til friomsorgskontor*, Kriminalomsorgsdirektoratet, Rundskriv KDI 8/2017.
- Kriminalomsorgens sentrale forvaltning (2008): *Retningslinjer til straffegjennomføringsloven*, Kriminalomsorgens sentrale forvaltning, 2008.
- POD (2007): *Formalisert samarbeid mellom kommunale myndigheter og politiet*, Politidirektoratet, RPOD-2007-5.
- POD (2011): *Veileder for politiets bekymringsamtale. Dialog for ansvar og positiv endring*, Politidirektoratet, POD-publikasjon nr. 2011/08.
- POD (2012): Brev fra Politidirektoratet til politidistriktene, datert 6. september 2012.
- Regjeringen (2016): Høringsnotat om oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv., Regjeringen, 2016.
- Riksadvokaten (30.09.1998): Brev fra Riksadvokaten til samtlige statsadvokatembeter, datert 30. september 1998 (R 97-1115 HPJ/ABS).
- Riksadvokaten (1/1998): *Narkotikasaker – kvantumets betydning for den rettslige bedømmelse og bruk av forelegg*, Riksadvokatens rundskriv nr. 1/1998.
- Riksadvokaten (2004): Riksadvokaten, *Sprøyterom*, retningslinje, Ra 03-591 KHK/mw 422.6, publisert 22. desember 2004.
- Riksadvokaten (2/2014): *Narkotikasaker*, Riksadvokatens rundskriv nr. 2/2014.
- Senter for statlig økonomistyring (2008): *Sjekkliste for planlegging, gjennomføring og oppfølging av evalueringer*, Senter for statlig økonomistyring, SSØ 10/2008.
- Sosial- og helsedirektoratet (2008): *Håndbok i alkoholloven*, Sosial- og helsedirektoratet, Rundskriv IS-5/2008.
- St. Olavs hospital HF (2019): *Henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved St. Olavs hospital HF*, St. Olavs hospital HF, 2019.

Ungdomstjenesten, Kristiansand kommune (2019): M. Skårdal og H. Berge, *Manual Hasjavenning – tiltaksbeskrivelse*, Ungdomstjenesten, Kristiansand kommune, 2019.

Udir (2014): *Ordensreglement Udir-8-2014*, Utdanningsdirektoratet, 2014.

Litteratur

A

Aas mfl. (2010): Aas, G. mfl., *Trygghet i det offentlige rom – i åtte norske kommuner og bydeler*, PHS Forskning 2010: 7, 2010.

Adda, McConnell og Rasul (2014): Adda, J. B. McConnell og I. Rasul, «Crime and the Depenalization of Cannabis Possession: Evidence from a Policing Experiment», *Journal of Political Economy*, vol. 122 nr. 5 (2014), s. 113–202.

Ahern, Stuber og Galea (2007): Ahern, J., J. Stuber og S. Galea, «Stigma, discrimination and the health of illicit drug users», *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 88 nr. 2–3 (2007), s. 188–196.

Akershus fylkeskommune (2018): *Handlingsplan for rusforebyggende arbeid i de videregående skolene*, Akershus fylkeskommune, 2018.

Andenæs (1994a): Andenæs, J., «Liberalisering av narkotikalovgivningen», *Lov og Rett*, nr. 10 (1994), s. 625–628.

Andenæs (1994b): Andenæs, J., *Straffen som problem*, 1994.

Andenæs (2002): Andenæs, J., «Straffelovkommissjonens innstilling om ny straffelov», *Tidsskrift for strafferett*, vol. 2 nr. 2 (2002), s. 162–166.

Andenæs (2009): Andenæs, J., *Norsk straffeprosess*, 4. utgave ved T.-G. Myhrer, 2009.

Andenæs (2016): Andenæs, J., *Alminnelig strafferett*, 6. utgave, ved G. F. Rieber-Mohn og K. E. Sæther, 2016.

Andersen og Skarøhamar (2013): Andersen, S. N. og T. Skarøhamar, «Å måle gjentatt kriminalitet – hvem, hva og når?», *Samfunnsspeilet*, 3/2013.

Andorsen (2009): Andorsen, K. V., «Sprøyte-romsbruk av narkotika som straffrihetsgrunn», *Arbeid og rett: Festskrift til Henning Jakhellns 70-årsdag* (2009), H. Aune (red.), s. 17–30.

Andresen mfl. (2014): Andresen, N. E. mfl., *Kjentmann. Å møte elever med rusproblemer*, Kompetansesenter rus – region vest Bergen og Stiftelsen Bergensklinikkene, 2014.

Andrews og Eide (2019): Andrews, T. og A. K. Eide, *Mellom hjelp og straff – fungerer nye straffereaksjoner for ungdommer etter intensjonen?*, Norlandsforskning, NF rapport nr: 2/19, 2019.

Arana (2019): Arana, X., «Cannabis Regulation in Europe: Country Report Spain», *Transnational Institute*, 2019.

Arbeids- og sosialdepartementet (2005): Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006–2008, Arbeids- og sosialdepartementet, 2005.

Askew og Salinas (2019): Askew, R. og M. Salinas, «Status, stigma and stereotype: How drug takers and drug suppliers avoid negative labeling by virtue of their 'conventional' and 'law-abiding' lives», *Criminology & Criminal Justice*, vol. 19 nr. 3 (2019), s. 311–327.

AIHW (2017): *National Drug Strategy Household Survey 2016: detailed findings*, Australian Institute of Health and Welfare, Drug Statistics series no. 31, 2017.

B

Babor mfl. (2018): Babor, T. F. mfl., «Drug Policy and the Public Good», *Oxford University Press*, 2. utgave, 2018.

Bakken (2018a): Bakken, A., *Ung i Oslo-undersøkelsen*, NOVA Rapport 6/18, Velferdsforskningsinstituttet NOVA – Oslo Met, 2018.

Bakken (2018b): Bakken, A., *Ungdata 2018. Nasjonale resultater*. NOVA Rapport 8/2018, Velferdsforskningsinstituttet NOVA – Oslo Met, 2018.

Bakken (2019): Bakken, A., *Ungdata 2018. Nasjonale resultater*. NOVA Rapport 9/2019, Velferdsforskningsinstituttet NOVA – Oslo Met, 2019.

Bakken og Bosnes (2015): Bakken, A. og H. Bosnes, *Narkotikamarkedet på det mørke nettet. En kvalitativ studie av Silk Road 2.0. SIRUS Rapport 7/2015*, 2015.

Baklien og Bye (2017): Baklien, B. og M. Bye, *Tiurmodellen i Ringsaker – en forskningsbasert evaluering*, Kompetansesenter rus – region øst, Sykehuset Innlandet HF. Rapport 2017.

Balsa, Vital og Urbano (2018): Balsa, C., C. Vital og C. Urbano, *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17*, SICAD, 2018.

Barrett (2018): Barret, D., *Drug Policy and Human Rights in Europe: Managing tensions, maximising complementarities*, Background paper for the Pompidou Group of the Council of Europe, 2018.

Bartels (2019): Bartels, L., «HOPE-ful bottles: Examining the potential for Hawaii's opportunity probation with enforcement (HOPE) to help mainstream therapeutic jurisprudence», *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 63 (2019), s. 26–34.

- Bastesen (2016): Bastesen, A. E. N., *Narkotikapolitikk i praksis – Politi i møte med narkotikaover-tredelser på gateplan* (masteravhandling), 2016.
- Benfer mfl. (2018): Benfer, I. mfl., «The impact of drug policy liberalisation on willingness to seek help for problem drug use: A comparison of 20 countries», *International Journal of Drug Policy*, vol. 56 (2018), s. 162–175.
- Bergengen og Larsen (2008): Bergengen, B. og Y. Larsen, *Innvandrerungdoms bruk av rusmidler. En kunnskapsoversikt*, Rusmiddelstaten, Oslo kommune, 2008.
- Biong (2015): Biong, S., «'En overdose er ikke en overdose' Sykepleieres erfaringer med overdosedødsfall i Norge», *Sykepleien Forskning*, nr. 2 (2015), s. 124–130.
- Bjerke, Keiserud og Sæther (2011a): Bjerke, H. K., E. Keiserud og K. E. Sæther, *Straffeprosessloven kommentarutgave, bind I*, 4. utgave, 2011.
- Bjerke, Keiserud og Sæther (2011b): Bjerke, H. K., E. Keiserud og K. E. Sæther, *Straffeprosessloven kommentarutgave, bind II*, 4. utgave, 2011.
- Bless, Korf og Freeman (1995): Bless, R., D. J. Korf og M. Freeman, «Open Drug Scenes: A Cross-National Comparison of Concepts and Urban Strategies», *European Addiction Research*, vol. 1 nr. 3 (1995), s. 128–138.
- Blindheim (2003): Blindheim, M., «Metadonassistert Rehabilitering – betraktninger fra noen utsider», *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift*, vol. 20 utgave 1 (2003), s. 63–70.
- Blystad mfl. (2019): Blystad, H. mfl., *Årsrapport 2018: Overvåkning av seksuelt overførbare sykdommer og blodbårne hepatitter*, Folkehelseinstituttet, 2019.
- Boister (2001): Boister, N., *Penal Aspects of the UN Drug Conventions*, 2001.
- Boister (2016): Boister, N., «Waltzing on the Vienna Consensus on Drug Control? Tensions in the International System for the Control of Drugs», *Leiden Journal of International Law*, vol. 29 issue 2 (2016), s. 389–409.
- Borgestadklinikken (2012): Holm, H. E., *Barn i familier med rusmiddelproblemer*, Borgestadklinikken, 2012.
- Bourgois (2003): Bourgois, P., *In Search of Respect: Selling Crack in El Barrio*, 2003.
- Bourgois og Schonberg (2009): Bourgois, P. og J. Schonberg, *Righteous Dopefiend*, 2009.
- Bramness (2019): Bramness, J. G., *Hva er avhengighet*, 2019.
- Bramness og Rossow (2019): Bramness, J. G. og I. Rossow, «Skader etter cannabisbruk», i *Cannabisboka*, A. L. Bretteville-Jensen og J. Bramness (red.), 2019, s. 97–107.
- Bresil (2012): Bresil, J. E., *Ruskontrakt. Enhetlig praksis i norsk politi?* (masteravhandling), 2012.
- Bretteville-Jensen (2019a): Bretteville-Jensen, A. L., «Store endringer i cannabismarkedet», i *Cannabisboka*, A. L. Bretteville-Jensen og J. G. Bramness (red.), 2019, s. 159–172.
- Bretteville-Jensen (2019b): Bretteville-Jensen, A. L., «Hva kan endringer i kontrollpolitikken føre til?», i *Cannabisboka*, A. L. Bretteville-Jensen og J. G. Bramness (red.), 2019, s. 217–232.
- Bretteville-Jensen mfl. (2017): Bretteville-Jensen, A. L. mfl., *Utelivsstudien 2017: Rusmiddelbruk blant folk «på byen» i Oslo og seks andre byer på Østlandet*, Folkehelseinstituttet, 2019.
- Bretteville-Jensen og Skretting (2019): Bretteville-Jensen, A. L. og A. Skretting, «Cannabisbruk», i *Cannabisboka*, Bretteville-Jensen, A.L. og J. G. Bramness (red.), 2019, s. 189–216.
- British Medical Association (2013): *Drugs of Dependence: The Role of Medical Professionals*, British Medical Association, 2013.
- Brottsforebyggende rådet (2014): *Utvekklingen for åtalsunderlåtelse under 2000-talet*, Brottsforebyggende rådet, 2014.
- Bukten mfl. (2016): Bukten, A., *Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsel. Resultater fra The Norwegian offender mental health and addiction study (NorMA)*, Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), rapport nr. 2, 2016.
- Bukten (2012): Bukten, A., *Criminal convictions among patients in opioid maintenance treatment in Norway: A national cohort study (doktoravhandling)*, 2012.
- Bukten mfl. (2017): Bukten, A. mfl., «High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period», *Addiction*, vol. 112 nr. 8 (2017), s. 1432–1439.
- Bye (2018): Bye, E. K., «Alkoholbruk i den voksne befolkningen», *Alkohol i Norge*, E. Kvaavik (red.), Folkehelseinstituttet, 2018, s. 17–27.
- Bødal (1972): Bødal, K., «Unge tilbakefallsforbryteres bruk av alkohol og rusmidler», *Nordisk tidsskrift for kriminalvidenskap*, nr. 4 (del 1), 1972.
- Bødal (1982): Bødal, K., *350 narkotikaselgere*, 1982.
- Bødal og Fridhov (1989): Bødal, K. og I. M. Fridhov, *Straff som fortjent? 440 narkotikaselgere dømt etter § 162 til mer enn 3 års fengsel i perioden 1980–1988: delrapport 1*, 1989.

C

- Červený mfl. (2017): Červený, J. mfl., «Cannabis decriminalization and the age of onset of cannabis use», *International Journal of Drug Policy*, vol. 43 (2017), s. 122–129.
- Christie (1968): Christie, N., «Langhåret livsstil», *Nordisk tidsskrift for kriminalvidenskap*, vol. 55 nr. 1, 1968.
- Christie (1970): Christie, N., «Modeller for fengselsorganisasjonen», i *I stedet for fengsel*, R. Østensen (red), s 70–79, 1970.
- Christie og Bruun (1985): Christie, N. og K. Bruun, *Den gode fiende*, 1985.
- Coelho (2015): Coelho, M. P., «Drugs: The portuguese fallacy and the absurd medicalization of Europe», *Motricidade*, vol. 11 nr. 2 (2015), s. 3–15.
- Condry og Smith (2018): Condry, R. og P. S. Smith (red.), *Prisons, Punishment and the Family: Towards a New Sociology of Punishment?*, 2018.
- Cohen (1985): Cohen, S., *Visions of Social Control – Crime, Punishment and Classification*, 1985.
- Collins, Lonczak og Clifasefi (2017): Collins, S. E., H. S. Lonczak og S. L. Clifasefi, «Seattle's Law Enforcement Assisted Diversion (LEAD): Program effects on recidivism outcomes», *Evaluation and Program Planning*, vol. 64 (2017), s. 49–56.
- Colorado Department of Public Safety (2018): *Impacts of Marijuana Legalization in Colorado. A Report Pursuant to Senate Bill 13-283*, Colorado Department of Public Safety, 2018.
- Colorado Office of the Governor (2014): *Marijuana Data Discovery and Gap Analysis – Summary Report*, Colorado Office of the Governor, 2014.
- Conroy mfl. (2009): Conroy, E. mfl., «Child maltreatment as a risk factor for opioid dependence: comparison of family characteristics and type and severity of child maltreatment with a matched control group», *Child abuse & neglect*, vol. 33 issue 6 (2009), s. 343–352.
- Csete mfl. (2016): Csete, J. mfl., «Public health and international drug policy», *The Lancet*, vol. 387 issue 10026 (2016), s. 1427–1480.

D

- Dahlgren (2018): Dahlgren, S., «Er «avkriminalisering» av besittelse og bruk av narkotika et brudd på loven og menneskerettighetene?», *Mot Rusgift*, vol. 112. nr. 1, 2018.

- Dahlgren og Stere (2012): Dahlgren, S. og R. Stere, *The Protection of Children from Illicit Drugs – A Minimum Human Rights Standard. A Child-Centered vs. a User-Centered Drug Policy*, 2012
- Davis mfl. (2016): Davis, D. R. mfl., «A review of the literature on contingency management in the treatment of substance use disorders (2009–2014)», *Preventive Medicine*, vol. 92 (2016) s. 267–276.
- Decorte (2019): Decorte, T., *Cannabis Regulation in Europe: Country Report Belgium*, Transnational Institute, 2019.
- Deloitte og Høgskolen i Sørøst-Norge (2016): *Insentiver for god samhandling i lokalbasert rus og psykisk helsearbeid: Sluttrapport*, Deloitte og Høgskolen i Sørøst-Norge, 2016.
- Deloitte og KS (2014): *Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, funker de? En undersøkelse av erfaringene i et utvalg kommuner og helseforetak*, KS FoU-prosjekt nr.: 134017 Deloitte og KS, 2014.
- Departementene (2014): *Bolig for velferd – Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014–2020)*, Departementene, 2014.
- Difi (2010): *Brukerretting og brukervedvirkning – Kartlegging i sentralforvaltningen 2010*. Difi rapport 2010:12, Direktoratet for forvaltning og ikt, 2010.
- Domoslawski (2011): Domoslawski, A., «Drug Policy in Portugal: The Benefits of Decriminalizing Drug Use», *Global Drug Policy Program*, 2011.
- Donnelly, Hall og Christie (1995): Donnelly, N., W. Hall og P. Christie, «The effects of partial decriminalisation on cannabis use in South Australia, 1985 to 1993», *Australian Journal of Public Health*, vol. 19 issue 3, s. 281–287.
- Drug Policy Futures (2019a): *People's voice: The Roar of the Silent Majority*, Drug Policy Futures, 2019.

E

- Eastwood, Fox og Rosmarin (2016): Eastwood, N., E. Fox og A. Rosmarin, *A Quiet Revolution: Drug Decriminalisation Across the Globe*, 2. utgave, 2016.
- Egge mfl. (2008): Egge, M. mfl., *Kriminalitetsforebygging blant barn og unge i storbyene*, Samarbeidsrapport NIBR/Politihøgskolen, 2008.
- Eide (2006): Eide, A., «Retten til helse som menneskerettighet», *Nordic Journal of Human Rights*, nr. 4, 2006.

- Eide mfl. (2019): Eide, D. mfl., *Behandling av opioiddominert ruslidelse: et prøveprosjekt med heroinassistert behandling - En gjennomgang av kunnskapsbasen for heroinassistert behandling og anbefalinger for et prøveprosjekt på oppdrag fra Helsedirektoratet*, Senter for rus-og avhengighetsforskning (SERAF), 2019.
- Elden (2018): Elden, J. C., «Pønal», i *Store norske leksikon*, 2018.
- Erdal (2006): Erdal, B. (red), *Ute – Inne*, 2006.
- EMCDDA (1997): *Estimating the prevalence of problem drug use in Europe*, Pompidou Group, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 1997.
- EMCDDA (2005a): *Differences in patterns of drug use between women and men*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2005.
- EMCDDA (2005b): *EMCDDA Thematic Papers – Illicit drug use in the EU: legislative approaches*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2005.
- EMCDDA (2011a): *Drug policy profiles — Portugal*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2011.
- EMCDDA (2011b): *Narkotikasituasjonen i Europa*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2011.
- EMCDDA (2017): *Evaluating drug policy – A seven-step guide to support the commissioning and managing of evaluations*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2017.
- EMCDDA (2018a): *Cannabis legislation in Europe: an overview*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2018 (corrected edition).
- EMCDDA (2018b): *Czechia, Country Drug Report 2018*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2018.
- EMCDDA (2018c): *Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2018.
- EMCDDA (2018d): *Germany, Country Drug Report 2018*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2018.
- EMCDDA (2018e): *Italy, Country Drug Report 2018*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2018.
- EMCDDA (2018f): *Netherlands, Country Drug Report 2018*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2018.
- EMCDDA (2018g): *Spain, Country Drug Report 2018*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2018.
- EMCDDA (2018h): *Drug-related deaths and mortality in Europe - Update from the EMCDDA expert network July 2019*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2019.
- EMCDDA (2019a): *Europeisk narkotikarapport 2019: Trender og utviklinger*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2019.
- EMCDDA (2019b): *Fokus på narkotika: Rekreasjonsbruk av narkotika - en hovedutfordring for EU*, Briefing 6, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2019.
- EMCDDA (2019c): *Portugal, Country Drug Report 2019*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2019.
- EMCDDA (2019d): *Statistical Bulletin 2019*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2019.
- EMCDDA (2019e): *Technical Report: An analysis of post-mortem toxicology practices in drug-related death cases in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2019.
- EMCDDA (udatert): *Portugal, Country Drug Report 2018*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- ESPAD (2016): *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, European School Survey Project on alcohol and Other Dugs (ESPAD), 2016.
- Evang (1973): Evang, K., *Narkotika, generasjonene og samfunnet*, 2. utgave, 1973.
- F
- Falck (2014): Falck, S., *Narkotikaprogram med domstolskontroll - en oppfølgingsstudie av 115 av de første klientene*, SIRUS-rapport 4/2014, 2014.
- Fekjær (2016): Fekjær, H. O., *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*, 4. utgave, 2016.
- Félix og Portugal (2017): Félix, S. og P. Portugal, «Drug Decriminalization and the Price of Illicit Drugs», *International Journal of Drug Policy*, vol. 39 (2017), s. 121–129.
- Finstad (2005–2007): Finstad, F. B., «Straffelovkommisjonen», i *Store norske leksikon*, 2005–2007.
- Fjær (2005): Fjær, S., «Ubehaget i enigheten», *Arr - idéhistorisk tidsskrift*, 1–2/2005.

- FHI (2018) /Folkehelseinstituttet (2018a): *Narkotikautløste dødsfall 2017*, Folkehelseinstituttet, 2018.
- Friestad og Hansen (2004): Friestad, C. og I. L. S. Hansen, *Levekår blant innsatte*. Fafo-rapport 429, 2004.
- Frostad (2008): Frostad, M., «Militær politimyndighet», *Tidsskrift for Strafferett*, vol. 8 nr. 3 (2008), s. 258–289.
- Frøberg (2010): Frøberg, T., «Prinsippstyring av strafferettspolitikken», *Kritisk Juss* nr. 1 (2010), s. 38–63.
- G
- Gesundheit Österreich GmbH (2018): *Legal framework workbook 2018 Austria*, Gesundheit Österreich GmbH.
- Giertsen (1995): Giertsen, H., «Fengselsvesenets skjulte verdimønstre», *Lov og Rett*, 1995, s. 414–427.
- Giertsen og Rua (2014): Giertsen, H. og M. Rua, «Møtested for Straff og Velferd: Rusmestringsavdelinger i fengsel, ansattes syn», *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvitenskap*, vol. 101 nr. 2 (2014), s. 158–182.
- Giertsen (2012): Giertsen, H., «Policy on drugs in Norwegian prisons: Increased control, answers to poverties and looking for a life after release», *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift*, vol. 29 nr. 6 (2012) s. 589–604.
- Gjersing (2017): Gjersing, L., *Narkotikabruk på gateplan i syv norske byer 2017*, Statens institutt for rusmiddelforskning, 2017.
- Gjersing og Sandøy (2014): Gjersing, L og T. A. Sandøy, *Narkotikabruk på gateplan i 7 norske byer*, SIRUS rapport nr. 1/2014, Statens institutt for rusmiddelforskning, 2014.
- Global Commission on Drug Policy (2011): *War on Drugs, Global Commission on Drug Policy*, 2011.
- Global Commission on Drug Policy (2014): *Taking Control: Pathway to Drug Policy that Works*, Global Commission on Drug Policy, 2014.
- Global Commission on Drug Policy (2016): *Advancing Drug Policy Reform: A new Approach to Decriminalization*, Global Commission on Drug Policy 2016.
- Goffman (1963): Goffman, E., *Stigma: notes on the management of spoiled identity*, 1963.
- Gonçalves, Lourenço og da Silva (2015): Gonçalves, R., A. Lourenço og S. N. da Silva, «A social cost perspective in the wake of the Portuguese strategy for the fight against drugs», *International Journal of Drug Policy*, vol. 26 nr. 2 (2015), s. 199–209.
- Grucza mfl. (2018): Grucza, R. A. mfl., «Cannabis decriminalization: A study of recent policy change in five U.S. states», *International Journal of Drug Policy*, vol. 59 (2018), s. 67–75.
- Grundetjern (2015): Grundetjern, H., *Women's gender performances and cultural heterogeneity in the illegal drug economy*, 2015.
- Gundersen (2019): Gundersen, D., «Stigma», i *Store norske leksikon*, 2019.
- Gundhus mfl. (2008): Gundhus, H. I. mfl., *Modell for forebygging av kriminalitet, Evaluering av Samordning av Lokale kriminalitetsforebyggende Tiltak (SLT)*, PHS Forskning 2008:4, s. 175–188.
- H
- Hagelund mfl. (2016): Hagelund, A. mfl., «Sanksjoner – arbeidslinjas nattsider?», *Tidsskrift for velferdsforskning*, vol. 19, 01/2016, s. 24–43.
- Hall (2017): Hall, W., «The future of the international drug control system and national drug prohibitions», *Addiction*, vol. 113 (2017), s. 1210–1223.
- Halpern mfl. (2018): Halpern, S. mfl., «Child Maltreatment and Illicit Substance Abuse: A systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies», *Child Abuse Review*, vol. 27 (2018), s. 344–360.
- Halvorsen (2016): Halvorsen, M., «Lovregler omsamtykke til helsehjelp», i *Cand.mag., cand.med., cand.jur., cand.alt: Festskrift til Aslak Syse* (2016), s. 155–176.
- Hansen mfl. (2018a): Hansen, I. L. S. mfl., *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet – Første statusrapport, nullpunktsanalyse 2016*. Fafo-rapport 2018:08, 2018.
- Hansen mfl. (2018b): Hansen, I. L. S. mfl., *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet – Andre statusrapport*. Fafo-rapport 2018:44, 2018.
- Hansen og Grødem (2012): Hansen, I. L. S. og A. S. Grødem, *Samlokaliserte boliger og store bofellesskap - Perspektiver og erfaringer i kommunene*. Fafo-rapport 2012:48, 2012.
- Hauge (1989a): Hauge, R., «Totalkonsummodellen – en alkoholpolitisk naturlov?», *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 6 nr. 1 (1989), s. 24–27.
- Hauge (1989b): Hauge, R., *Fra opiumskrig til legemiddelkontroll: internasjonal regulering av psykoaktive stoffer*, 1989.
- Hauge (1992): Hauge, R., «Norsk narkotikapolitikk: en beskrivelse og vurdering», i *Narkotikaforebygging mot år 2000*, H. Waal og A.-L. Middelthun (red.), 1992, s. 151–160.

- Hauge (1996): Hauge, R., *Straffens begrunnelser*, 1996.
- Hauge (2000): Hauge, R., «Har narkotikapolitikken spilt fallit», *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskap*, vol. 87 nr. 3 (2000), s. 241–245.
- Hauge (2001): Hauge, R., *Kriminalitetens årsaker*, 2001.
- Hauge (2004): Hauge, R., «Kriminalitetsutviklingen i Norge siden 1980», *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskap*, årg. 91 nr. 2/3 (2004), s. 124 – 131.
- Haukland og Oppegaard (2018): Haukland, V. og S. M. N Oppegaard, «Normaliseringsarbeid i narkotikaprogram med domstolskontroll», i *Fengslende sosiologi. Makt, straff og identitet i Trondheims fengsler*, I. R. Lundeborg og J. F. Rye (red), 2018.
- Hawkes (2011): Hawkes, N., «Highs and lows of drug decriminalization», *BMJ*, 2011.
- Helgesen (2015): Helgesen, J. H. I., «Rusmestringsenheter i norske fengsler – humane og eksepsjonelle?», *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol 32 nr. 5 (2015), s. 509–526.
- Helgesen (2017): Helgesen, J. H. I., «Ny fangebehandling i norske fengsler? Om innsatte rusbrukeres opplevelser av selvbestemmelse og medvirkning», *Tidsskrift for velferdsforskning*, vol. 20 nr. 2 (2017), s. 100–116.
- Helgesen (2019): Helgesen, J. H. I., *Straff og velferd i fangebehandling av Rusmiddelbrukere. En kvalitativ analyse av empowerment og samarbeid i norske rusmestringsenheter (avhandling levert til bedømmelse for phd)*, 2019.
- Helse- og omsorgsdepartementet (udatert): *Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*, Nasjonal veileder, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet (2010): *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*, Rapport 08/2010, Helsedirektoratet, 2010.
- Helsedirektoratet (2012a): *Rusmiddelforebyggende arbeid i skolen – forslag til læringsaktiviteter*, Helsedirektoratet, 2012.
- Helsedirektoratet (2012b): *Opptrappingsplanen for rusfeltet – resultat og virkemidler*, Rapport IS-1999, Helsedirektoratet, 2012.
- Helsedirektoratet (2014a): *Rusmiddelforebyggende arbeid i skolen – forslag til læringsaktiviteter*, Helsedirektoratet, 2014.
- Helsedirektoratet (2014b): *Kompetanse, kvalitet og personellsammensetning i TSB*, Rapport IS-2160, Helsedirektoratet, 2014.
- Helsedirektoratet (2014c): *Nasjonal overdosestrategi 2014–2017: «Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve»*, Helsedirektoratet, 2014.
- Helsedirektoratet (2016a): *Veileder om tvangstiltak overfor mennesker med rusmiddelproblemer – etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10*, Veileder IS-2355, Helsedirektoratet, 2016.
- Helsedirektoratet (2017a): «Endre brukerkulturen (SWITCH-kampanjen/heroinrøyking og tryggere bruk generelt)», *Overdose – lokalt forebyggende arbeid*, Nasjonale faglige råd, Helsedirektoratet, 2017.
- Helsedirektoratet (2017b): *Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, Helsedirektoratet, 2017.
- Helsedirektoratet (2018a): *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*, Helsedirektoratet, 2018.
- Helsedirektoratet (2019a): *Status for øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene 2018*, SAM-DATA kommune IS-2836, Helsedirektoratet, 2019.
- Helsedirektoratet (2019b): *Nasjonal faglig retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)*, Helsedirektoratet, 2019.
- Helsedirektoratet (2019c): *Nasjonal overdosestrategi 2019–2022*, Helsedirektoratet, 2019.
- Helsedirektoratet (2019d): *Årsrapport 2018 – Omsorg 2020*, Rapport IS-2830, Helsedirektoratet, 2019.
- Helsedirektoratet (udatert a): *Nedgang i døgnplasser i TSB – Samdata spesialisthelsetjenesten 2018*, Helsedirektoratet.
- Helsetilsynet (2019a): *Det heng dårleg saman – Landsomfattande tilsyn i 2017–2018 med kommunale tenester til personar med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidning – oppsummeringsrapport*, Rapport 6/2019, Helsetilsynet, 2019.
- Helsetilsynet (2019b): *Et stykke igjen til likeverdige tjenester – Oppsummering av landsomfattande tilsyn i 2017–2018 med spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse*, Rapport 5/2019, Helsetilsynet, 2019.
- Helsetilsynet (2019c): «*Barnas hjem. Voksnes ansvar*» - Oppsummering av landsomfattande tilsyn med barnevernsinstitusjoner i 2018, Rapport 3/2019, Helsetilsynet, 2019.
- Henningesen, Gotaas og Feiring (2008): Henningesen, E., N. Gotaas og M. Feiring, *Møter med ungdom i velferdsstatens frontlinje*, NIBR rapport 2008:2, 2008.

- Hibell mfl. (1997): Hibell, B. mfl., *The 1995 ESPAD Report – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries*, The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), 1997.
- Hibell mfl. (2000): Hibell, B. mfl., *The 1999 ESPAD Report – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*, The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), 2000.
- Hibell mfl. (2004): Hibell, B. mfl., *The ESPAD Report 2003 – Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*, The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), 2004.
- Hibell mfl. (2009): Hibell, B. mfl., *The 2007 ESPAD – Report Substance Use Among Students in 35 European Countries*, The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), 2009.
- Hibell mfl. (2012): Hibell, B. mfl., *The 2011 ESPAD Report Substance Use Among Students in 36 European Countries*, The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), 2012.
- Holmboe (2014): Holmboe, M., «Ungdomsstraff og ungdomsoppfølging: En oversikt og noen kritiske merknader», *Tidsskrift for Strafferett*, vol. 14 nr. 4 (2014), s. 397–414.
- Holmboe (2016): Holmboe, M., «Ytring: Bøtesoning – fører den til ny kriminalitet?», *Tidsskrift for strafferett*, vol. 16 nr. 2 (2016), s. 127–130.
- Holmboe (2017): Holmboe, M., «Noe om reaksjonsvalg i norsk strafferett», *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvitenskap*, vol. 103 nr. 1 (2017), s. 4–35.
- Home Office (2014): *Drugs: International Comparators*, oktober 2014.
- Horvath mfl. (2018): Horvath, I., *Bericht zur Drogensituation 2018*, Gesundheit Österreich GmbH, 2018.
- Houborg og Pedersen (2013): Houborg, E. og M. M. Pedersen, *Håndhævelse af narkotikalogivningen vedr. besiddelse af illegale stoffer til eget forbrug efter 2004*, 2013.
- Houborg (2011): Houborg E., «Kriminalisering av narkotika – den politiske og samfunnsmessige bakgrunn for kriminaliseringsprosesser i perioden 1950–2004», i *Kriminalitet og illegale rusmidler*, V. A. Frank og H. V. Dahl (red.), 2011, s. 119–144.
- Houborg, Frank og Bjerger (2014): Houborg, E., V. A. Frank og B. Bjerger, «From zero-tolerance to non-enforcement: Creating a new space for drug policing in Copenhagen, Denmark», *Contemporary Drug Problems*, vol. 41 nr. 2 (2014), s. 261–291.
- Hughes (2006): Hughes, C. E., *Overcoming obstacles to reform?: Making and shaping drug policy in contemporary Portugal and Australia* (doktoravhandling), 2006.
- Hughes mfl. (2016): Hughes, C. E. mfl., «Decriminalisation of drug use and possession in Australia – A briefing note», *National Drug & Alcohol Research Centre*, 2016.
- Hughes mfl. (2018): Hughes, C. E. mfl., *Review of approaches taken in Ireland and in other jurisdictions to simple possession drug offences*, A report for the Irish Department of Justice and Equality and the Department of Health, 2018.
- Hughes og Stevens (2007): Hughes, C. E. og A. Stevens, «The Effects of Decriminalization of Drug Use in Portugal», *The Beckley Foundation Drug Policy Programme*, Briefing Paper 14, 2007.
- Hughes og Stevens (2010): Hughes, C. E. og A. Stevens, «What Can We Learn From The Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs?», *The British Journal of Criminology*, vol. 50 nr. 6 (2010), s. 999–1022.
- Hughes og Stevens (2012): Hughes, C. E. og A. Stevens, «A resounding success or a disastrous failure: re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs», *Drug and Alcohol review*, vol. 31 nr. 1 (2012), s. 101–113.
- Hughes, Matias og Griffiths (2018): Hughes, B., J. Matias og P. Griffiths, «Inconsistencies in the assumptions linking punitive sanctions and use of cannabis and new psychoactive substances in Europe», *Addiction* vol. 113 nr. 12 (2018), s. 2155–2157.
- Hustvedt mfl. (2018): Hustvedt, I. B. mfl., *Tjenestemottakere med rus- og psykiske helseproblemer i kommunene. Brukerplan – Årsrapport 2017*, Helse Stavanger, 2018.
- Hustvedt mfl. (2019): Hustvedt, I. B. mfl., *Brukerplan – Årsrapport 2018*, Helse Stavanger, 2019.
- Hustvedt og Nesvåg (2018): Hustvedt I. B. og Sverre Nesvåg, *Utdeling av utstyr for skadereduksjon ved rusmiddelbruk – Kommuneundersøkelse 2017*, KORFOR-rapport nr. 1, 2018.
- Håkonsen, Kallager og Lunder (2017): Håkonsen, L., P. K. R. Kallager og T. E. Lunder, *Statlige føringer på kommunenes frie inntekter. Hvilken betydning har de for kommunene?*, Telemarksforskning, TF-rapport nr. 392, 2017.

I

- Ingebrigtsen mfl. (2018): Ingebrigtsen, R. mfl., *Opplevd utrygghet i Oslo – Erfaringer og resultater fra en kartbasert spørreundersøkelse*, Transportøkonomisk Institutt, 2018.
- International Drug Policy Consortium (2019a): International Drug Policy Consortium, *IDPC asks for the 2019 Ministerial Segment*, 2019.
- ILO (1996): International Labour Office, *Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. An ILO code of practice*, 1996.
- Island mfl. (2013): Island, M. mfl., *Oppsøkende arbeid på skoler. Erfaringer fra det oppsøkende feltet*. Kompetansesenter rus – Oslo, Velferds-etaten, Oslo kommune.

J

- Jacobsen (2004): Jacobsen, J. R. T., «Diskusjonen om allmennprevensjonen sin faktiske verknad», *Tidsskrift for strafferett*, 2004, utgave 4, s. 294–438.
- Johansen (2015): Johansen, N. B., *Det nyliberale janusansiktet – Straff i frihetens tid*, 2015.
- Johansen mfl. (2018): Johansen, K. A. mfl., «Governance of substance use as a by-product of policing in Norway: A historical account», *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 35 issue 4 (2018), s. 240–256.
- Johansen, Adriaenssen Johannessen og Johansen (2018): Johansen, K., D. Adriaenssen Johannessen og A. B. Johansen, *Portugal på norsk, Et kunnskapssammendrag for varslet narkotikapolitisk reform for bruk og besittelse av illegale rusmidler*, Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO), Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) og OsloMet - storbyuniversitetet, 2018.
- Julsrud mfl. (2019): Julsrud, O. mfl., «Portugals historie», i *Store norske leksikon*, 2019.
- Justis- og beredskapsdepartementet (2013): Justis- og beredskapsdepartementet, *Handlingsplanen for forebygging av kriminalitet (2013–2016)*, 2013.
- Justis- og politidepartementet (2011): *Alternative reaksjoner for mindre alvorlige narkotikalovbrudd: Intervensjonsprogram og motivasjonsamtale*, Arbeidsgrupperapport skrevet etter oppdrag fra Justis- og politidepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, departementenes servicesenter 06/2011, 2011.

K

- Kandel (1975): Kandel, D., «Stages in adolescent involvement in drug use», *Science*, 1975, 190, s. 912–914.
- KDI (2018): Kriminalomsorgsdirektoratet, *Årsrapport 2018*, Kriminalomsorgen, 2018.
- Kelly og Rasul (2014): Kelly, E. og I. Rasul, «Policing cannabis and drug related hospital admissions: Evidence from administrative records», *Journal of Public Economics*, vol. 112 (2014), s. 89–114.
- Kirby mfl. (2013): Kirby, K. C. mfl., «Randomized clinical trial examining duration of voucher-based reinforcement therapy for cocaine abstinence», *Drug Alcohol Depend*, vol. 132 nr. 3 (2013) s. 639–645.
- Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (2000): Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, *Vurdering av program og tiltak for å redusere problematferd og utvikle sosial kompetanse Innstilling fra faggruppe oppnevnt av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Barne- og familiedepartementet*, juni 2000.
- Knutsson og Søvik (2005): Knutsson, J. og K. E. Søvik, *Problemorientert politiarbeid i teori og praksis*, PHS Forskning 2005:1.
- Kontrollutvalget for kommunikasjonskontroll (2017): Kontrollutvalget for kommunikasjonskontroll, *Årsrapporten 2017*, 2017.
- Kotlaja og Carson (2019): Kotlaja, M. M. og J. V. Carson, «Cannabis Prevalence and National Drug Policy in 27 Countries: An Analysis of Adolescent Substance Use», *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 63 nr. 7 (2019), s. 1082–1099.
- Kotsadam og Jakobsson (2011): Kotsadam, A. og N. Jakobsson, «Do laws affect attitudes? An assessment of the Norwegian prostitution law using longitudinal data», *International Review of Law and Economics*, vol. 31 (2011), s. 103–115.
- Krajewski (1999): Krajewski, K., «How flexible are the United Nations Drug Conventions?», *International Journal of Drug Policy* nr. 10 (1999), s. 329–338.
- KRUS (2016): Kriminalomsorgens høgskole og utdanningssenter, *Personundersøkelse. Håndbok for ansatte i kriminalomsorgen*, KRUS håndbok nr. 1, 2016.
- Kripos (udatert): Den nasjonale enhet for bekjempelse av organisert og annen alvorlig kriminalitet (KRIPOS), *Narkotika- og dopingstatistikk 2018*.

- Kristensen, Opsal og Clausen (2018): Kristensen, Ø., A. Opsal og T. Clausen, «Tvangsinnleggelse for rusbehandling?», *Tidsskrift Den Norske Legeforening*, utgave 8, 2018.
- Kristoffersen (upublisert): Kristoffersen, R., Upubliserte data fra et pågående forskningsprosjekt med tittel «En registerbasert tilbakefallsstudie om betydningen av kriminalomsorgens påvirkning i forhold til sosioøkonomisk situasjon hos domfelte», Kriminalomsorgens høgskole og utdanningssenter, mottatt av utvalget 26. november 2019.
- Kuvoame (2015): Kuovame, M. D., *In Search of Care. How marginalised street-involved Black and minority ethnic youths tackle the psychoaffective injuries of multiple and prolonged marginality in a White workfare state (doktoravhandling)*, 2015.
- L
- Laenen mfl. (2018): Laenen, F. V. mfl., *Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium*, 2018.
- Landheim mfl. (2014): Landheim, A. mfl., *Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?*, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF, 2014.
- Landheim mfl. (2017): Landheim, A. mfl., *Potensialet for Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge*, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Høgskolen i Innlandet og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). Rapport nr. 3, 2017.
- Laqueur (2015): Laqueur, H., «Uses and Abuses of Drug Decriminalization in Portugal», *Law & Social Inquiry*, vol. 40 issue 3 (2015), s. 746–781.
- Larsen, Aasheim og Nordal (2006): Larsen, E., F. Aasheim og A. Nordal, *Plan for brukervedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*, Sosial- og helsedirektoratet, 2006.
- Larsson (2015): Larsson, P., «Politistategier mot narkotika», i *Drugs: what is the problem and how do we perceive it? Policies on Drugs in the Nordic countries*, H. Giersten og H. Gunlaugsson (red.), 2015.
- Lauritzen mfl. (2010): Lauritzen, H. mfl., *Russamtalen*, Kriminalomsorgens utdanningssenter, KRUS Håndbok 4/2009, 2010.
- Laurisen, Mjåland og Crewe (2019): Laurisen, J., K. Mjåland og B. Crewe, «'It's like a Sentence Before the Sentence' – Exploring the Pains and Possibilities of Waiting for Imprisonment», *British Journal of Criminology*, 2019.
- Legislative Council Western Australia (2019): *Help, not handcuffs: evidence-based approaches to reducing harm from illicit drug use. Final Report of the Select Committee into Alternate Approaches to Reducing Illicit Drug Use and its Effects on the Community*, Legislative Council Western Australia, 2019.
- Legrand mfl. (2014): Legrand, S.-A. mfl., «Prevalence of alcohol, illicit drugs and psychoactive medicines in killed drivers in four European countries», *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, vol. 21 issue 1 (2014), s. 17–28.
- Lid (2016): Lid, S., «Ungdom og straff på 2000-tallet – nye praksiser, kjente dilemmaer», *Sosiologi i dag*, årgang 46 nr. 3–4/2016, s. 38–63.
- Lid og Stene (2011): Lid S. og R. J. Stene, «Kriminalitetsbilder i endring», *Samfunnsspeilet*, 2011/5–6, 2011.
- Lie (2011): Lie, E. M., *I forkant: Kriminalitetsforebyggende politiarbeid*, 2011.
- Lie (2015): Lie, E. M., *I forkant: Kriminalitetsforebyggende politiarbeid*, 2. utgave, 2015.
- Lie (2017): Lie, T., *Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelse, Forekomst og analyse av tjenestemottakere med ROP-lidelser i kommunene*, Temahefte brukerplan, Helse Stavanger, 2017.
- Lie, Nesvåg og Allred (2006): Lie, T. og S. Nesvåg og K. Allred, *Evaluering av den statlige rusreformen – Oppsummering og foreløpige konklusjoner på grunnlag av delrapport*. Rapport IRIS – 2006/035, 2006.
- Lien og Larsen (2015): Lien, M. I. og Y. Larsen, *Flinkiser og «dropouts». Erfaringer med ungdom på frivillig ruskontrakt*, KoRus Oslo og KoRus Øst, 2015.
- Lind (1974): Lind, B. B., *Narkotikakonflikten: stoffbruk og myndighetskontroll* (doktoravhandling), 1974.
- Lines (2014): Lines, R. M., The 'fifth stage' of drug control: international law, dynamic interpretation and human rights (doktoravhandling), 2014.
- Loo, van Beusekom og Kahan (2002): Loo, M. h., I. van Beusekom og J. P. Kahan, «Decriminalization of Drug Use in Portugal: The Development of a Policy», *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 582 nr. 1, 2002.

- Lund mfl. (2010): Lund, I. mfl., *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang*, Statens institutt for rusmiddelforskning, SIRUS-Rapport nr. 4/2010, 2010.
- Lundeberg (2017): Lundeberg, I. R., «Exceptional procedures? Offenders' Experiences of Procedural Justice in Re-Entry Work», i *Scandinavian Penal History, Culture and Prison Practice*, T. Ugelvik og P. S. Smith (red.) 2017, s. 249–269.
- Lundeberg og Mjåland (2012): Lundeberg, I. R. og K. Mjåland, «I fangens makt – Frihet, motstand og endring i norsk fengselsetnografi», *Retfærd*, Årgang 35 nr. 2/137, 2012.
- Lundeberg og Mjåland (2014): Lundeberg, I. R. og K. Mjåland, «Erfaringer med tvang», i *Tvang i rusfeltet. Regelverk, praksis, og erfaringer med tvang*, Lundeberg, I. R., K. Mjåland og K. H. Søvig (red.), 2014, s. 187–231.
- Lundeberg og Mjåland (2017): Lundeberg, I. R. og K. Mjåland, «Åpne russcener i Bergen etter stengningen av Nygårdsparken: En studie av strategi, tiltak og brukererfaringer», *Bergen studies in sociology series*, nr. 1/2017.
- Lundeberg og Mjåland (2019): Lundeberg, I. R. og K. Mjåland, «Rus, roller og skjønn», i *Kunnskapsbasert straffegjennomføring i kriminalomsorgen i Norge*, K. Westrheim og H. M. Kjærgård Eide (red.), 2019, s. 278–309.
- Lundeberg, Mjåland og Nilssen (2010): Lundeberg, I., K. Mjåland og E. Nilssen, *Tvang overfor rusmiddelavhengige. Evaluering av Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3*, Uni Rokkansenteret, 2010. Rapport 2 – 2010.
- Lundeberg, Mjåland og Søvig (2014): Lundeberg, I. R., K. Mjåland og K. H. Søvig, *Tvang i rusfeltet. Regelverk, praksis og erfaringer med tvang*, 2014.
- Lussier mfl. (2006): Lussier, J. P. mfl., «A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders», *Addiction*, vol. 101 issue 2 (2006), s. 192–203.
- Lyngstad (2000): Lyngstad, G. D., «Stigma og stigmatisering i psykiatrien – et område som krever innsats?», *Tidsskrift for den norske Legeforening* vol. 120 nr. 18 (2000), s. 2178–2181.
- M
- MacCoun (2011): MacCoun, R. J., «What can we learn from the Dutch cannabis coffeeshop system?», *Addiction*, vol. 106 issue 11 (2011), s. 1899–1910.
- MacCoun og Reuter (2001): MacCoun, R. og P. Reuter, «Evaluating alternative cannabis regimes», *The British Journal of Psychiatry*, vol. 178 (2001), s. 123–128.
- Malt (2018): Malt, U., «Komorbiditet», i *Store norske leksikon*, 2018.
- Maresca (2015): Maresca, E., *Outline of Drug Law Enforcement in Italy*, 2015.
- Marks (2019): Marks, A., «Defining 'personal consumption' in drug legislation and Spanish cannabis clubs», *International & Comparative Law Quarterly*, vol. 68 issue 1 (2019), s. 193–223.
- Mathiesen (1965): Mathiesen, T., *The defences of the weak* (doktoravhandling), 1965.
- Matningsdal (2019): Matningsdal, M., *Straffeloven 2005 – kommentarutgave*, 2019.
- McPhee mfl. (2019): McPhee, I. mfl., «Dr. Jekyll and Mr. Hyde: the strange case of the two selves of clandestine drug users in Scotland», *Drugs and Alcohol Today*, vol. 19 nr. 2 (2019), s. 133–146.
- Melberg, Jones og Bretteville-Jensen (2010): Melberg, H. O., A. M. Jones og A. L. Bretteville-Jensen, «Is cannabis a gateway to hard drugs?», *Empirical Economics*, vol. 38 nr. 3 (2010), s. 583–603.
- Melchior mfl. (2019): Melchior, M. mfl., «Does liberalisation of cannabis policy influence levels of use in adolescents and young adults? A systematic review and meta-analysis», *BMJ Open*, nr. 9 2018.
- Miech mfl. (2015): Miech, R. A. mfl., «Trends in use of marijuana and attitudes toward marijuana among youth before and after decriminalization: The case of California 2007–2013», *The International Journal of Drug Policy*, vol. 26 nr. 4 (2015), s. 336–344.
- Mjåland (2008): Mjåland, K., *Logikker, aktører og myndighetsstrukturer. En institusjonell analyse av rusfeltet etter rusreformen* (masteravhandling), 2008.
- Mjåland (2014): Mjåland, K., «'A culture of sharing': Drug exchange in a Norwegian prison», *Punishment & Society*, vol. 16 nr. 3 (2014), s. 336–352.
- Mjåland (2015): Mjåland, K., *Makt, legitimitet og motstand: En etnografisk analyse av rus og rehabilitering i et norsk fengsel* (doktoravhandling), 2015.
- Mjåland og Lundeberg (2014): Mjåland, K. og I. R. Lundeberg, «Penal hybridization: staff-prisoner relationships in a Norwegian drug rehabilitation unit», i *Juridification and Social Citizenship in the welfare state*, H. S. Aasen mfl. (red.) 2014, s. 183–199.
- Moan, Storvoll og Lund (2017): Moan, I. S., E. Storvoll og I. O. Lund, «Worries about others' substance use – Differences between alcohol, ciga-

- rettes and illegal drugs?», *International Journal of Drug Policy*, vol. 48 (2017), s. 108–114.
- Moshuus, Rossow og Vestel (2002): Moshuus, G., I. Rossow og V. Vestel, *Partydop og ungdomskultur*, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), NOVA Rapport 10/02, 2002.
- Mostyn og Gibbon (2018): Mostyn, B. og H. Gibbon, «Transnational social movement theory and the waning war on drugs: Case studies from UNGASS 2016», *International Journal of Drug Policy*, vol. 51 (2018) s. 148–155.
- Mravčik (2015): Mravčik, V., «(De)criminalisation of possession of drugs for personal use - A view from the Czech Republic», *International Journal of Drug Policy*, vol. 26 nr. 7 (2015), s. 705–707.
- Myhrer (2001): Myhrer, T.-G., «Fra riksadvokaten», *Tidsskrift for Strafferett*, nr. 2 (2001), s. 102–136.
- Myhrer (2011): Myhrer, T.-G., «Mulige forebyggende virkninger av straffen – generelt og overfor terrorhandlinger spesielt», i *Forebygging av terrorisme og annen kriminalitet*, T. Bjørge (red.), 2011.
- N
- Nafstad (2012): Nafstad, I., *Et anstendig menneske. Møter mellom rusbrukere og det offentlige i rom i Oslo* (doktoravhandling), 2012.
- NKTSB (udatert): *Prinsipper for behandling av ruslidelser hos unge – en kunnskapsoversikt*. Oversatt etter tillatelse fra National Institute of Drug Abuse, Nasjonal kompetansetjeneste TSB (udatert).
- NAPHA (2017a): *Rettighetsinngripende tiltak i kommunale botilbud – en nasjonal kartlegging*, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Rapport nr. 1, 2017.
- NIBR (1995): By- og regionforskningsinstituttet NIBR, *Evaluering av SLT i sju kommuner*, 1995.
- NIDA (2014): «Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations – A Research-Based Guide», *National Institute on Drug Abuse*, 2014.
- NIM (2016): Norges institusjon for menneskerettigheter, *Grunnloven § 102: Hva må ikke finne sted, unntatt i hvilke tilfeller?*, Temarapport, 2016.
- Næss, Erlandsen og Sjøfjell (2019): Næss, P., M. A. Erlandsen og T. Sjøfjell, *Akutte tjenester for rusmiddelavhengige. Erfaringer fra et nasjonalt prosjekt*, Nasj. Skriftserie nr. 3, Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), 2019.
- Nøkleby, Blaasvær og Berg (2017): Nøkleby, H., N. Blaasvær og R.C. Berg, *Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov: en systematisk oversikt*, Folkehelseinstituttet, 2017.
- O
- Olsen (2017): Olsen, H., «Open drug scenes and police strategies in Oslo, Norway», *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime prevention*, vol. 18 nr. 2 (2017), s. 1411–56.
- Olsen (under utgivelse): Olsen, H., *Narkotikapolitikk og skadereduksjon. Dilemma i politiarbeid, rusbehandling og sprøyterom*, under utgivelse.
- Olsen og Skretting (2006): Olsen, H. og A. Skretting, *Ingen enkle løsninger – Evaluering av tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum*, SIRUS rapport nr. 2/2006.
- Olsen og Skretting (2007): Olsen, H. og A. Skretting, *Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom*, SIRUS rapport nr. 7/2007.
- Ose mfl. (2018): Ose, S. O. mfl., *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*, SINTEF, 2018.
- Oslo kommune (2016): *Under brua. En kartlegging av unge menn som selger rusmidler på Vaterland*, Oslo kommune, Velferdsetaten, 2016.
- Oslo kommune (2018): *TRiO Årsrapport 2016 – Samvirke for en tryggere by*, Oslo kommune, Beredskapsetaten, 2016.
- Oslo politidistrikt (2012): Oslo politidistrikt, *Rett på gata: Narkotikahund på skoler*, 2012.
- Oslo politidistrikt (2017): Oslo politidistrikt, *Handlingsprogram 2017–2020 kriminalitets- og rusforebygging blant barn og unge i Oslo*, SalTo-rapport, 2017.
- Oslo politidistrikt (2019): Oslo politidistrikt, *Straffesaksbehandlingen ved Oslo politidistrikt (bøtedirektivet)*, versjon 1.1, 2. mai 2019, s. 14.
- Oslo Universitetssykehus (2015): *Effektevaluering av Jobbmestrende Oppfølging (JMO) - Kognitiv atferdsterapi og kognitiv trening i arbeidsrehabilitering for personer med psykoselidelser*, Oslo Universitetssykehus, 2015.
- Osloskolen (2019): Osloskolen, *Veileder rusforebyggende arbeid*, 2019.
- Ostling mfl. (2014): Ostling, G. L. mfl., *Rusbrukslidelser i Norge*, Folkehelse rapporten – Helse tilstanden i Norge, Folkehelseinstituttet, 2014.

P

- Pacula, Chriqui og King (2003): Pacula, R. L., J. F. Chriqui og J. King, «Marijuana Decriminalization: What does it mean in the United States?», *NBER Working Paper No. 9690*, 2003.
- Pape, Rossow og Storvoll (2009): Pape, H., I. Rossow og E. Storvoll, «Under double influence. Assessment of simultaneous alcohol and cannabis use in general youth population», *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 101 issues 1–2 (2009), s. 69–73.
- Parkin (2013): Parkin, S., *Habitus and Drug Using Environments: Health, Place and Lived-Experience*, 2013.
- Pasareanu mfl. (2016): Pasareanu, A mfl., «Improved drug-use patterns at 6 months post-discharge from inpatient substance use disorder treatment: results from compulsorily and voluntarily admitted patients», *BMC Health Services Research*, 2016.
- Pasareanu mfl. (2017): Pasareanu, A. R. mfl., «Mental distress following inpatient substance use treatment, modified by substance use; comparing voluntary and compulsory admissions», *BMC Health Services Research*, 2017.
- Pedersen (2017): Pedersen, W., «Ungdommens rusdelte Oslo», i *Oslo – ulikhetenes by*, J. Ljunggren (red.), 2017, s. 293 – 306.
- Pedersen (2010): Pedersen, W., «Krigen mot narkotika går mot slutten», *Nytt Norsk Tidsskrift*, vol. 27 01–02/2010.
- Pedersen og von Soest (under publisering): Pedersen, W., og T. von Soest, «Cannabis use and low social class predict drug-related charges in Norway: A 27-year population-based longitudinal study», under publisering.
- Petry (2006): Petry, «Contingency management treatments», *British Journal of Psychiatry*, vol. 189 (2006) nr. 2 s. 97–98.
- Pihl og Vikøren (2018): Pihl, R. og B. M Vikøren, «Gap-analyse – markedsføring, strategisk ledelse», i *Store norske leksikon*, 2018.
- Ploeg (2006): Ploeg, G., «Straff i institusjon. En evaluering av § 12 etter innføring av straffegjennomføringsloven og rusreformen», *KRUS-rapport 3/2006*.
- POD (2018): Politidirektoratet, *Kriminalitetsforebygging som politiets primærstrategi (2018–2020)*, 2018.
- POD (2019a): Politidirektoratet, *STRASAK-rapporten 2018 – Anmeldt kriminalitet og politiets straffesaksbehandling*, 2018.

POD (2019b): Politidirektoratet, *Utredningsoppdrag – Politiets rolle og straffereaksjoner for bruk og besittelse av narkotika*. Utredning gjort på oppdrag fra Rusreformutvalget, 20. februar 2019.

Portuguese Government (1999): Portuguese Government, *Portuguese Drug Strategy*, 1999.

R

- Revolv (2015): Revold, K. M., «Innsattes levekår 2014. Før, under og etter soning», *SSB-Rapport 2015/47*, Statistisk sentralbyrå, 2015.
- Rhodes og Hedrich (2010): Rhodes, T. og D. Hedrich, «Harm reduction and the mainstream», i *Harm Reduction: evidence, impacts and challenges*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (red.), vol. 10 (2010), s. 19–33.
- Robinson og Darley (2004): Robinson, P. og J. Darley, «Does Criminal Law Deter? A Behavioural Science Investigation», *Oxford Journal of Legal Studies*, vol. 24 nr. 2 (2004), s. 173–205.
- Rossow og Pape (2019): Rossow, I. og H. Pape, «Forebygging under forbud», i *Cannabisboka*, A. L. Bretteville-Jensen og J. Bramnes (red.), 2019, s. 126–138.
- Runhovde og Skjevraak (2018): Runhovde, S. R. og P.E. Skjevraak, *Kriminalitetsforebygging på norsk – En kunnskapsoversikt*, Politihøgskolen 2018.
- Rössler (2016) Rössler, W., «The stigma of mental disorders. A millennia-long history of social exclusion and prejudices», *EMBO Reports*, vol. 17 nr. 9 (2016), s.1250–1253.

S

- Samferdselsdepartementet (2015): Samferdselsdepartementet, *Revidering av forskrift om faste grenser for påvirkning av andre berusende eller bedøvende middel enn alkohol m.m. Vurdering av eksisterende faste grenser og forslag til faste grenser for flere stoffer*, 2015.
- Sandberg og Pedersen (2006): Sandberg, S. og W. Pedersen, *Gatekapital*, 2006.
- Sandberg og Pedersen (2010): Sandberg, S. og W. Pedersen, *Cannabiskultur*, 2010.
- Sander (2011): Sander, T. F., *Rusfridom må vere målet. Konstruksjonen av narkotikaproblemet i Stortinget 1966–2001*, 2011.
- Sandøy (2018): Sandøy, T. A., «Beyond personal reform. Adolescent drug-law offenders and the desistance process», *Punishment & Society*, vol. 21 issue 5 (2018), 578–595.

- Sandøy og Hauge (2019): Sandøy, T. A. og R. Hauge, «Cannabis i lovgivning, rettspraksis og straff», I *Cannabisboka*, A. L. Bretteville-Jensen og J. Bramnes (red.), s. 33–49.
- Schiøtz (2017): Schiøtz, A., «Rus i Norge – politiske og medisinske tilnærminger i historisk lys», *Tidsskrift for velferdsforskning*, vol. 20 nr. 1 (2017), s. 4–26.
- Schäfer og Paoli (2006): Schäfer, C., og L. Paoli, «Drogen und Strafverfolgung: Die Anwendung des § 31a BtMG und anderer Opportunitätsvorschriften auf Drogenkonsumenten-delikte», *Max Planck Institut für Ausländisches und Internationales Strafrecht*, vol. 34, 2006.
- Shammas (2017): Shammas, V. L., *Prisons of Welfare. Incarceration, Social Democracy and the Sociology of Punishment* (doktoravhandling), 2017.
- Shammas, Sandberg og Pedersen (2014): Shammas, V. L., S. Sandberg og W. Pedersen, «Trajectories to Mid- and Higher-level Drug Crimes Penal Misrepresentations of Drug Dealers in Norway», *British Journal of Criminology*, vol. 54 nr. 4 (2014), s. 592–612.
- Shi, Lenzi og An (2015): Shi, Y., M. Lenzi og R. An, «Cannabis Liberalization and Adolescent Cannabis Use: A Cross-National Study in 38 Countries», *PloSOne*, vol. 10 nr. 11 (2015).
- SICAD (2013): *Guidelines for the intervention in Dissuasion*, SICAD, 2013.
- SICAD (2014): *2014 National report to the EMCDDA, "Portugal" New developments, Trends*, SICAD, 2014.
- SICAD (2017a): *Effects of Dissuasion Intervention, based on CDTs activity*, SICAD, 2017.
- SICAD (2017b): *Executive Summary: Effects of Dissuasion Intervention, based on the Commissions for the Dissuasion of Drug Addiction Activity*, SICAD, 2017.
- SICAD (2019a): *Relatório de Atividades 2018*, SICAD, 2019.
- SICAD (2019b): *Statistical Bulletin 2017 – Illicit Substances*, SICAD, 2019.
- Silvestri (2014): Silvestri, A., «Gateways from crime to health: The Portuguese drug commissions», *Winston Churchill Memorial Trust*, 2014.
- Simons-Morton mfl. (2010): Simons-Morton, B. mfl., «Cross-national comparison of adolescent drinking and cannabis use in the United States, Canada, and the Netherlands», *International Journal of Drug Policy*, vol. 21 nr. 1 (2010), s. 64–69.
- Single, Christie og Ali (2000): Single, E. W., P. Christie og R. L. Ali, «The impact of cannabis decriminalisation in Australia and the United States», *Journal of Public Health Policy*, vol. 21 nr. 2 (2000).
- Skardhamar og Skirbekk (2013): Skardhamar, T. og V. Skirbekk, «Relative Mortality among Criminals in Norway and the Relation to Drug and Alcohol Related Offenses», *PLOS ONE*, 2013.
- Skogan (2006): Skogan, W. G., «Asymmetry in the Impact of Encounters with Police, Policing and Society», *An International Journal of Research and Policy*, vol. 16 issue 2 (2006), s. 99–126.
- Skogen (2013): Skogen, J. C., «Tidlig debut av rusbruk, rusproblemer og mental helse hos ungdom», forebygging.no, 2013.
- Skretting (1996): Skretting, A., «Tiltak for stoffmisbrukere i Oslo—behandling og skadere-duksjon», *Nordisk Alkoholtidsskrift (Nordic Alcohol Studies)*, vol. 13 nr. 1 (1996), s. 35–39.
- Skretting (1997): Skretting, A., «Etablering, inntak av pasienter og forholdet til øvrige behandlingstiltak», i *Evaluering av metadonprosjektet i Oslo*, del 1, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, SIFA-rapport 4/97, 1997.
- Skretting (2001): Skretting, A., «Sprøyte-/helsesrom-et hjelpetilbud til heroinmisbrukere?», *Nordisk alkohol och narkotikatidsskrift*, 18(5/6), s. 427–443.
- Skretting (2013): Skretting, A., «Konseptualisering av narkotika i sentrale offentlige dokumenter», forebygging.no, 2013.
- Skretting og Amundsen (2018): Skretting, A. og E. J. Amundsen, *Historisk oversikt over narkotika i Norge 1912–2018*, Folkehelseinstituttet, 2018.
- Skretting (2014): Skretting, A., «Governmental Conceptions of the Drug Problem: A Review of Norwegian Governmental Papers 1965–2012», *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 31 nr. 5–6 (2014), s. 569–584.
- Skretting, Ervik og Øie (1994): Skretting, A., R. Ervik og K. E. Øie, «Aids-informasjonsbussen i Oslo. En intervju-undersøkelse av brukere», *Nordisk Alkoholtidsskrift*, vol. 11 nr. 1 (1994), s. 18–29.
- Slagstad (2019): Slagstad, K., «Chemsex på norsk», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2019.
- Sleiman (2005): Sleiman, S., *Belgian National Report on Drugs 2005*, IPH/EPI Reports Nr. 2005-012, 2015.
- Small mfl. (2006): Small, W. mfl., «Impacts of intensified police activity on injection drug users: Evidence from an ethnographic investigation», *International Journal of Drug Policy*, vol. 17 nr. 2 (2006), s. 85–95.

- Smith (1999): Smith, C., «Fra konvensjon til lov», *Mennesker og Rettigheter*, nr 3 (1999), s. 266–274.
- Smith og Ugelvik (2017): Smith, P. S. (red) og T. Ugelvik (red), *Scandinavian Penal History, Culture and Prison Practice*, 2017.
- Smith, Alves og Knapstad (2016): Smith, O. R.F., D. E. Alves og M. Knapstad, *Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*, Folkehelseinstituttet, 2016.
- Smith-Solbakken og Tungland (1997): Smith-Solbakken, M. og E. Tungland, *Narkomiljøet. Økonomi, kultur og avhengighet*, 1997.
- Soares (2016): Soares, E., *Decriminalization of Narcotics: Portugal*, 2016.
- Solhjell mfl. (2018): Solhjell, R. mfl., «We are seen as a sat: Police stops of young ethnic minorities in the Nordic countries», *Critical Criminology*, vol. 27 nr. 2 (2018), s. 347–361.
- Sosial- og helsedepartementet (1996): *Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien 1996–2000*, Sosial- og helsedepartementet, 1996.
- Sosialdepartementet (udatert): *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005*, sosialdepartementet.
- Soussan og Kjellgren (2019): Soussan, C. og A. Kjellgren, «Alarming attitudinal barriers to help-seeking in drug-related emergency situations: Results from a Swedish online survey», *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* (2019), s. 1–10.
- Spicker (1984): Spicker, P., *Stigma and social welfare*, 1984.
- Spurkland (2014): Spurkland, K., ««Vi kjører han inn for en sjekk» – Når skal politiets maktbruk i ordenstjeneste hjemles i straffeprosessloven og når skal den hjemles i politiloven?», *Tidsskrift for strafferett* nr. 1 (2014), s. 60–83.
- St. Olavs hospital (2018a): *Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester for personer med rusmiddelproblem*, Delrapport 1: kvantitativ rapport nasjonale resultater, St. Olavs hospital, 2018.
- St. Olavs hospital (2018b): *Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester for personer med rusmiddelproblem*, Delrapport 2: kvalitativ rapport, St. Olavs hospital, 2018.
- St. Olavs hospital (2018c): *Rus i somatikken - Kartlegging av alkoholbruk hos pasienter inneliggende på somatisk sengepost ved St. Olavs hospital HF*, St. Olavs hospital HF, 2018.
- Statens helsetilsyn (2000): *De psykiatriske ungdomsteamene - Utredning av nåværende og framtidig funksjon og organisering*, Statens helsetilsyn, Utredningsserie 11:2000.
- Statistics Canada (2019): *National Cannabis Survey 1st quarter, 2019*, Statistics Canada, 2019.
- Stavseng mfl. (2011): Stavseng, G. mfl., *Følgeevaluering av forsøk med bruk av tillitspersoner for koordinering av psykososialt arbeid for personer med rusrelaterte problemer – Tillitspersonforsøket, 2009–2011: Sluttrapport, 2011*.
- Steffensen (2016): Steffensen, K., «Norge bedre enn EU-snittet på fem av åtte utdanningsmål», *Samfunnsspeilet* 2/2016 s. 19–26, Statistisk Sentralbyrå.
- Stevens (2013): Stevens, A., «Applying harm reduction principles to the policing of retail drug markets», *International Drug Policy Consortium, Modernising Drug Law Enforcement Report 3*, 2013.
- Stevens (2019): Stevens, A., «Is policy 'liberalization' associated with higher odds of adolescent cannabis use? A re-analysis of data from 38 countries», *International Journal of Drug Policy*, vol. 66 (2019), s. 94–99.
- Stoltenbergutvalget (2010): *Rapport om narkotika*, Stoltenbergutvalget, 2010.
- Storvik (2015): Storvik, B. L., «Bøteteneste som alternativ til subsidiær fengselsstraff når boten ikke betales. Pilotprosjekt i Troms fylke», KRUS, 2015.
- Strang mfl. (2012): Strang, John mfl., «Drug policy and the public good: evidence for effective interventions», *The Lancet*, vol. 379 issue 9810 (2012), s. 71–83.
- Stub (2009): Stub, M., «Om forbudet mot husinkvisisjoner i Grunnloven § 102», *Tidsskrift for rettsvitenskap*, Årg. 122 nr. 3 (2009), s. 388–444.
- Sumnall, Bates og Jones (2017): Sumnall, H. R., G. Bates og L. Jones, *Evidence review summary: drug demand reduction, treatment and harm reduction, Background paper commissioned by the EMCDDA for Health and social responses to drug problems: a European guide*, 2017.
- Sunde (2013): Sunde, I. M., «Straffeprosessuelle metoder rettet mot elektroniske bevis», i *Rettsikker radikaler: Festskrift til Ståle Eskeland*, 2013, s. 266–283.
- Sykehuset Innlandet HF (2017): *Håndbok - Tidlig intervensjon – unge og rus i Ringsaker*, Kompetansesenter rus – region øst, Sykehuset Innlandet HF, 2015.
- Sykes (1958): Sykes, G., *The Society of Captives: A Study of a Maximum Security Prison*, 1958
- Sæbø (2012): Sæbø, G. (red.), «Vi blir en sånn utstøtt gruppe til slutt...» *Røykeres syn på egen røyking og denormaliseringsstrategier i tobakkspolitikken*, 2012.

Sætre, Hofseth og Kjenn (2018): Sætre, M., C. Hofseth og B. L. Kjenn, *Trender i kriminalitet 2018–2021. Digitale og lokale utfordringer*, Oslo politidistrikt, 2018.

T

Thaler og Sunstein (2009): Thaler, R. H. og C. R. Sunstein, *Nudge – Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*, 2009.

The Lancet (2016): «Editorial: Reforming international drug policy», *The Lancet*, vol. 387 issue 1002, 2016.

Thomassen (2017): Thomassen, G., «Når politiet møter publikum. En analyse av kontaktfaringer og tillit i politiet», *Nordisk politiforskning* vol. 4 nr. 1 (2017), s. 29–44.

Thorsen, Lid og Stene (2009): Thorsen, L. R., S. Lid og R. J. Stene, *Kriminalitet og rettsvesen 2009*, Statistisk sentralbyrå, 2009.

Tjeldvoll (2014): Tjeldvoll, A., «Sosialpedagogikk», i *Store norske leksikon*, 2014.

Tjora (2005–2007): Tjora, A. «Sanksjon», i *Store norske leksikon*, 2005–2007.

Todd-Kvam (2019): Todd-Kvam, J., «An unpaid debt to society: How «punishment debt» affects reintegration and desistance from crime in Norway», *British Journal of Criminology*, vol. 59 nr. 6 (2019), s. 1478–1479.

Torvik og Rognmo (2011): Torvik, F. A. og K. Rognmo, *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*, Rapport 2011:4, Folkehelseinstituttet, 2011.

Tyler (1990): Tyler, T., *Why people obey the law*, 1990.

Tyler (2002): Tyler, T., *Trust in the Law: Encouraging Public Cooperation with the Police and Courts*, 2002.

Tyrilistiftelsen Forskning og Utvikling (2019): *Årsmelding for Tyrilistiftelsen 2018*, Tyrilistiftelsen Forskning og Utvikling, 2019.

U

Ugelvik (2011): Ugelvik, T., *Fangenens friheter. Makt og mostand i et norsk fengsel*, 2011.

Uni Research Helse og Uni Research Rokkansenteret (2016): *Effektevaluering av individuell jobbstøtte (IPS): Sluttrapport*, Uni Research Helse og Uni Research Rokkansenteret, 2016.

UNDP (2015): *Perspectives on the development dimensions of drug control policy*, United Nations Development Programme (UNDP), 2015.

UNODC (2009): *A Century of International Drug Control*, United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2009.

UNODC (2010): *From coercion to cohesion: Treating drug dependence through health care, not punishment – Discussion paper based on a scientific workshop*, United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2010.

UNODC (2018): *World Drug Report 2018. 4: Drugs and Age*, United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2018.

UNODC og WHO (2008): *Principles of Drug Dependence Treatment*, United Nations Office on Drugs and Crime og World Health Organization, 2008.

UNODC og WHO (2017): *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders*, United Nations Office on Drugs and Crime og World Health Organization, 2017 (draft for field testing).

UNODC og WHO (2018a): *Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system Alternatives to Conviction or Punishment* (Advance copy), United Nations Office on Drugs and Crime og World Health Organization, 2018.

UNODC og WHO (2018b): *International Standards on Drug Use Prevention, second updated version*, United Nations Office on Drugs and Crime og World Health Organization, 2018.

V

van Ooyen-Houben (2017): van Ooyen-Houben, M. M. J., «The Dutch Coffee Shop System, Tensions and Benefits», *Michigan State International Law Review*, vol. 5 issue 3, 2017.

Vevelstad og Drange (2017): Vevelstad, M. og E. Drange, «En versting blant opioider», *Tidsskriftet for den norske legeforening*, nr. 20, 2017.

Vuolo (2013): Vuolo, M., «National-level drug policy and young people's illicit drug use: A multilevel analysis of the European Union», *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 131 (2013), s. 149–156.

W

Waal (2014): Waal, H., «Behandlingsideologiske linjer ved SKN i et sosialpolitisk perspektiv», *Hov 50 år med rusbehandling, Jubileumsskrift*, J. Skarli (red.), 2014, s. 9–44.

- Waal mfl. (2018): Waal, H., mfl., *Statusrapport 2017 – LAR 20 år – Status, vurderinger og perspektiver*, Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) og Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), 2018.
- Waal mfl. (2019): Waal, H. mfl. *Statusrapport 2018. LAR i rusreformenes tid*. SERAF rapport 1/2019, Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) og Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), 2019.
- Waal, Ohldieck og Clausen (2017): Waal, H., C. Ohldieck og T. Clausen, *Heroinassistert behandling – Et svar på dagens utfordringer i Norge?*, SERAF RAPPORT 1/2017 NK-TSB rapport 1/2017, Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) og Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), 2017.
- Waal, Gjersing og Clausen (2011): Waal, H., L. Gjersing og T. Clausen, *Open drug scenes and overdose mortality – What to do? Report from five European cities*, SERAF rapport nr. 1/2011.
- Wahlbeck mfl. (2011): Wahlbeck, K. mfl., «Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders», *The British Journal of Psychiatry*, 2011.
- Wallander (2017): Wallander, B., «Rusavhengighet på sykehjem», *Tidsskriftet aldring og helse*, vol. 21 nr. 3, 2017.
- Wansink (2006): Wansink, B., *Mindless Eating: Why We Eat More Than We Think*, 2006.
- Weaver mfl. (2014): Weaver mfl., «Use of contingency management incentives to improve completion of hepatitis B vaccination in people undergoing treatment for heroin dependence: A cluster randomised trial», *The Lancet*, vol. 384 (2014) s. 153–163.
- Westin mfl. (2011): Westin, A. A. mfl., «Hva er egentlig narkotika?», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131 (2011), s. 1574–1575.
- Wexler (2013): Wexler, D. B., «Therapeutic Jurisprudence and the Culture of Critique», *Journal of Contemporary Legal issues*, vol. 10 (2013), s. 263–277.
- Williams og Bretteville-Jensen (2014): Williams, J. og A. L. Bretteville- Jensen, «Does liberalizing cannabis laws increase cannabis use?», *Journal of Health Economics*, vol. 36 (2014), s. 20–32.
- WHO (2009): *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*, World Health Organization, 2009.
- WHO (2014): *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations*, World Health Organization, 2014.
- Ø
- Ødegård (2008): Ødegård, E., «Narkotika- og alkoholproblemer blant innsatte I norske fengsler», *Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift*, vol. 25 nr. 3 (2008), s. 169–185.
- Ødegård (2011): Ødegård, E., *En historikk over norsk narkotikapolitikk og politikken meningsforankring*, Statens institutt for rusmiddel-forskning, 2011.
- Ødegård mfl. (2010): Ødegård, E. mfl., «The contribution of imprisonment and release to fatal overdose among a cohort of Norwegian drug abusers», *Addiction Research & Theory*, vol. 18 nr. 1 (2010), s. 51–58.
- Ødegård, Bretteville-Jensen og Skretting (2002): Ødegård, E., A. L. Bretteville-Jensen og A. Skretting, «Utviklingen av narkotikamisbruket i Norge på 1990-tallet», *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 19 issue 2 (2002), s. 106–122.
- Øiseth, Kjeldsen og Sundvoll (2014): Øiseth, O. V., T. Kjeldsen og A. Sundvoll, *Tegn og symptomer av narkotika eller andre rusmidler*, 2014.
- Å
- Årving, Middelkoop og Hjelmeland (2019): Årving, A. B., G. Middelkoop og K. Hjelmeland, *Rusmiddelstatistikk – Funn i blodprøver hos bilførere mistenkt for ruspåvirket kjøring 2018*, Oslo universitetssykehus, 2019.

Folkerettslige og internasjonale kilder

- International Opium Convention*, Haag 23. januar 1912, LNTS vol. 8, s. 187
- International Opium Convention*, Genève 19. februar 1925, LNTS vol. 81, s. 319
- Single Convention on Narcotic Drugs*, New York 30. mars 1961, UNTS vol. 520, s. 151
- Wien-konvensjonen om traktatretten*, Wien 23. mai 1969, UNTS vol. 1155, s. 331
- Convention on Psychotropic Substances*, Wien 21. februar 1971, UNTS vol. 1019, s. 175
- Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961*, Genève 25. mars 1972, UNTS, vol. 976, s. 3
- United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*

- (De forente nasjoners konvensjon om ulovlig håndtering av og handel med narkotika og psykotrope stoffer), Wien 20. desember 1988, UNTS, vol. 1582, s. 95
- United Nations Convention on the Rights of the Child* (FNs konvensjon om barnets rettigheter), New York 20. november 1989, UNTS, vol. 1577, s. 3
- Konvensjon om beskyttelse av menneskerettighetene og menneskets verdighet i forbindelse med anvendelsen av biologi og medisin*, 4. april 1997 (Oviedo-konvensjonen, ETS nr.164)
- Agreement between the European Community and the Kingdom of Norway on the participation of Norway in the work of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (Avtale mellom Norge og Det europeiske fellesskap (EU) om justering av Norges økonomiske bidrag fastsatt i Avtalen mellom Norge og Det europeiske fellesskap om Norges deltakelse i arbeidet ved Det europeiske overvåkings-senter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA)), Brussel, 19. oktober 2000, Official Journal of the European Union L-257-11.10.2000, s. 24–26
- CESCR (2000): Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)*, E/C.12/2000/4, 2000
- CEB (2019): Chief Executives Board for Coordination, *Summary of deliberations*, CEB/2018/2, 18. januar 2019
- CRC (2004): Committee on the Rights of the Child, *Consideration of reports submitted by States parties under article 44 of the Convention*, CRC/C/15/Add.225, 26. februar 2004.
- CRC (2011): Committee on the Rights of the Child, *Consideration of reports submitted by States parties under article 44 of the Convention*, CRC/C/UKR/CO/3-4, 21. april 2011.
- CRC (2013): Committee on the Rights of the Child, *General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24)*, CRC/C/GC/15, 2013
- CRC (2016): Committee on the Rights of the Child, *General comment No. 20 (2016) on the implementation of the rights of the child during adolescence*, CRC/C/GC/20, 2016
- HRC (2016): *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, 4. april 2016
- INCB (1999): International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 1999*, FN-dokument E/INCB/1999/1.
- INCB (2004): International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 2004*, FN-dokument E/INCB/2004/1.
- INCB (2009): International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, FN-dokument E/INCB/2009/1.
- INCB (2012): International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 2012*, FN-dokument E/INCB/2012/1.
- INCB (2015): International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 2015*, FN-dokument E/INCB/2015/1.
- INCB (2018a): International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 2018*, FN-dokument E/INCB/2018/1.
- INCB (2018b): International Narcotics Control Board, *Supervised drug consumption rooms*, E/INCB/2018/Alert.1.
- UN (1973): United Nations, *Commentary on the Single Convention on Narcotic Drugs*, 1961, 1973
- UN (1976a): United Nations, *Commentary on the Convention on Psychotropic Substances*, FN-dokument E/CN.7/589, 1976
- UN (1976b): United Nations, *Commentary on the Protocol Amending the Single Convention on Narcotic Drugs*, FN-dokument E/CN.7/588, 1961
- UN (1988): United Nations, *Commentary on the United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*, FN-dokument E/CN.7/590, 1988
- UN General Assembly: *General Assembly Resolution 69/201. International cooperation against the world drug problem*, A/RES/69/201, 12. februar 2015
- UN Secretary-General (2015): Ki-moon, B., *Secretary-General's message on International Day Against Drug Abuse and Illicit Trafficking*, 26. juni 2015
- UN Working Group on Arbitrary Detention mfl. (2016): *Joint Open Letter by the UN Working Group on Arbitrary Detention; the Special Rapporteurs on extrajudicial, summary or arbitrary executions; torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment; the right of*

- everyone to the highest attainable standard of mental and physical health; and the Committee on the Rights of the Child, on the occasion of the United Nation General Assembly Special Session on Drugs*, New York 15. april 2016
- UNAIDS (2019): *Health, Rights and Drugs. Harm Reduction, Decriminalization and Zero Discrimination for People Who Use Drugs*, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2019.
- UNAIDS mfl. (2017): *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS mfl., Joint United Nations Statement on Ending Discrimination in Health Care Settings*, 2017
- UNHCHR (2015): *Study on the impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights – Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights*, United Nations High Commissioner for Human Rights, A/HRC/30/65, 2015.
- Sipp (2015): Sipp, W., *Statement of the President of the International Narcotics Control Board (INCB), Mr. Werner Sipp, «The Portuguese Approach and the International Drug Control Conventions»*, 9. desember 2015 (CNDs 58. sesjon, gjenoptatt)
- Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (2010): Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, *Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health – Note by the Secretary General*, A/65/255, 2010
- Rådet for den Europeiske Union, Rammeavgjørelse 2004/757/RIA af 25. oktober 2004 om fastsettelse af mindsteregler for gerningsindholdet i straffbare handlinger i forbindelse med ulovlig narkotikahandel og straffene herfor, CELEX nr. 32004F0757, 25. oktober 2004
- Rådet for den Europeiske Union, *EU Drugs Strategy (2013–20)*, 2012/C 402/01, CELEX nr. 52012XG1229(01), 29 desember 2012
- Europaparlamentet og Rådet for den europeiske unions direktiv 2017/2103, CELEX nr. 32017L2103 15. november 2017
- Kommisjonens delegerede direktiv (EU) 2019/369, CELEX-nr. 32004F0757-20190327, 13. desember 2018
- Riksåklagarens retningslinjer 2007:2
Åklagarmyndighetens rättspromemorior 2012:7
- Danmark*
- Retsplejeloven, LBK nr. 938 af 10. september 2019
Lov om euforiserende stoffer, LBK nr. 715 af 13. juni 2016
Brev fra Rigsadvokaten til Gadejuristen 13. mars 2019
Rigsadvokatmeddelelsen, *Narkotika*, 23. februar 2017
Bekendtgørelse om stofindtagelsesrum, bekendtgørelse nr. 972 af 28. juni 2016
- Finland*
- Strafflag, 19 desember 1889 nr. 39
Riksåklagarens anvisning (2/2018): *Påföljder för straffbart bruk av narkotika*, RÅ:2018:2
Polisstyrelsen, 11. desember 2018, POL-2018-49612
- Portugal*
- Lei n. 30/2000, Diário da República n.º 276/2000, Série I-A de 2000-11-29¹
Decreto-Lei n.º 15/93 - Diário da República n.º 18/1993, Série I-A de 1993-01-22
Decreto-Lei n.º 1/2003 - Diário da República n.º 4/2003, Série I-A de 2003-01-06
Decreto-Lei n.º 130-A/2001 - Diário da República n.º 95/2001, 1º Suplemento, Série I-A de 2001-04-23
Decreto-Lei n.º 114/2011 - Diário da República n.º 230/2011, Série I de 2011-11-30
Decreto-Lei n.º 183/2001 - Diário da República n.º 142/2001, Série I-A de 2001-06-21
Decreto-Lei n.º 54/2013 - Diário da República n.º 75/2013, Série I de 2013-04-17
Decreto-Lei n.º 31/99 - Diário da República n.º 30/1999, Série I-A de 1999-02-05
Portaria n.º 94/96 - Diário da República n.º 73/1996, Série I-B de 1996-03-26
Portugals ministerråds resolusjon nr. 46/99, 22. april 1999
Portugals ministerråds resolusjon nr. 39/2001, 9. april 2001

Andre lands rettskilder

Sverige

Sverige, Narkotikastrafflagen (1968:64)

¹ Loven er tilgjengelig i engelsk oversettelse publisert av SICAD som «Decriminalisation, Portuguese legal framework applicable to the consumption of narcotics and psychotropic substances», se SICADs nettside (udatert) http://www.sicad.pt/BK/Dissuasao/Documents/Decriminalisation_Legislation.pdf [sist sjekket 17.11.2019].

Tyskland

- Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (BtMG), 28. juli 1981
Richtlinie zur Umsetzung des § 31 a des Betäubungsmittelgesetzes, II 302/4061 - 75 c SH, 25. juli 2006
Gemeinsame Allgemeine Verfügung zur Umsetzung des §31a BtMG, JustV III CS 3 (26. mars 2015, revidert 16. oktober 2017)
Verordnung des Bundesministers für Gesundheit über die Grenzmengen der Suchtgifte (Suchtgift-Grenzmengenverordnung – SGV), StF: BGBl

Australia

- Controlled Substances Act 1984
Controlled Substances (Controlled Drugs, Precursors and Plants) Regulations 2014
Drugs of Dependence Act 1989
Misuse of Drugs Act 2017, Northern Territory of Australia
Misuse of Drugs Act 1981, Western Australia

USA

- Controlled Substances Act, Public Law 91-513, 27. oktober 1970
New York State Senate Bill S6579A, 16. juni 2019
The Washington State Legislature, Washington Initiative 502 (vedtak om legalisering av begrensede mengder cannabis), vedtatt 6. november 2012
Colorado Legislative Council, Colorado Amendment 64 (vedtak om legalisering av begrensede mengder cannabis), vedtatt 6. november 2012
Division of Criminal Justice, Colorado (2013): Colorado Senate Bill 13-283, Implement Amendment 64 Consensus Recommendations, 2013

Andre land

- Misuse of Drugs Act 1971 c. 38, Storbritannia
Protection of Freedoms Act, 2012 c.9, Storbritannia
Service Public Federal Justice, Directive commune de la Ministre de la Justice et du Collège des procureurs généraux relative à la constatation, l'enregistrement et la poursuite des infractions en matière de détention de cannabis, C-2005/09061, Belgia

- Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes du 3 octobre 1951, RS812.122, Sveits
Suchtmittelgesetz (SMG), BGBl I 1997/112, Østerrike
Misuse of Drugs Act 1975 No 116, New Zealand
Misuse of Drugs Amendment Bill, Government Bill, 119—3, New Zealand
Cannabis Act, 2018, S.C. 2018, c. 16, Canada

Nettsider

- Acharki (2018): Acharki, F., Flere unge blir tatt for cannabis på østkanten – selv om det røykes mer i vest, NRK, publisert 9. juli 2018. https://www.nrk.no/ostlandssendingen/flere-unge-blir-tatt-for-cannabis-pa-ostkanten_-selv-om-det-roykes-mer-i-vest-1.14112100 [sist sjekket 03.11.2019].
Akan kompetansesenter (udatert): Policy for rusmiddelbruk og spill, Akan kompetansesenter. <https://akan.no/rusmiddelpolicykjoereregler/> [sist sjekket 13.11.2019]
Arendal kommune (2018): Ruskonsulent, Arendal kommune, 2018. <https://www.arendal.kommune.no/tjenester/helse-omsorg-og-sosiale-tjenester/rustiltak/tilbud-til-rusavhengige/ruskonsulent/> [sist sjekket 01.08.2019].
Bufdir (2015): Barn og unge som får hjelp av barnevernet, Barne, ungdoms og familiedirektoratet, publisert 15. april 2015. https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Barn_og_unge_med_tiltak_fra_barnevernet/#heading13546 [sist sjekket 15.11.2019].
Bufetat (udatert): Barnevernsinstitusjoner – oversikt. <https://bufdir.no/Barnevernsinstitusjoner/> [sist sjekket 15.11.2019].
Bergen kommune mfl. (2017): Prosjekt tidlig ute – Et alternativ til straff, Bergen kommune mfl., 2017. <http://www.tjenestekatalog.no/vis/33439263/Prosjekt%20Tidlig%20Ute.pdf> [sist sjekket 17.11.2019].
Bergo (2019): Bergo, G., Den nye rusomsorgen i Oslo – Hvorfor synes vi det er greit at én gruppe mennesker skal «bo» på institusjon, Dagsavisen, publisert 6. november 2019. <https://www.dagsavisen.no/debatt/den-nye-rusomsorgen-i-oslo-1.1612731> [sist sjekket 14.11.2019].
Berman mfl. (2002): Berman, A. H. mfl., Drug Use Disorder Identification Test, 2002. <https://rop.no/snakkomrus/rammeverk/index.html?formname=DUDIT&formname=DUDIT> [sist sjekket 13.11.2019]

- Borgestadklinikken (2019): Om rus og avhengighet. Blogg fra Blå Kors Borgestadklinikken og KoRus-Sør, 2019. <https://www.blogg-borgestadklinikken.com/> [sist sjekket 13.11.2019].
- Braathen (2018): Braathen, F., Ett korn av stoffet er nok til at du kan dø. Nå har politiet begynt å gå med motgift, Aftenposten, publisert 9. juni 2018 <https://www.aftenposten.no/norge/i/J14dL7/ett-korn-av-stoffet-er-nok-til-at-du-kan-doe-naa-har-politiet-begynt-aa-gaa-med-motgift> [sist sjekket 17.11.2019].
- Bramness (2010): Bramness, J., 10 ting forskningen har lært oss om rus og avhengighet, Universitetet i Oslo, 2010. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/aktuelt/aktuelle-saker/2010/10-ting-forskningen-har-laert-oss-om-rus-og-avhengighet.html> [sist sjekket 21.11.2019]
- Brennpunkt (1996): Lovens strengeste straff?, Brennpunkt - I beste mening, NRK, sendt 27. august 1996. <https://www.nrk.no/skole/?page=search&q=&mediaId=13557> [sist sjekket 19.11.2019].
- Colorado Department of Public Safety (2018): Colorado Division of Criminal Justice Publishes Report on Impacts of Marijuana Legalization in Colorado, Colorado Department of Public Safety, 2018. <https://www.colorado.gov/pacific/publicsafety/news/colorado-division-criminal-justice-publishes-report-impacts-marijuana-legalization-colorado> [sist sjekket 17.11.2019].
- Dahlin (2016): Dahlin, U., Pind lover at stramme op over for politiet, Information (dansk avis), publisert 26. februar 2016. <https://www.information.dk/indland/2016/02/pind-lover-stramme-politiet> [sist sjekket 18.11.2019].
- Den norske legeforening (2018): Stor uttelling for enkel oppfølging av rusforgiftning, Den norske legeforening, publisert 9. mai 2018. <https://beta.legeforeningen.no/om-oss/Styrendedokumenter/fond-og-legater/allmenntidssk-forskning/forskningssnytt/stor-uttelling-for-enkel-oppfolging-av-rusforgiftning/> [sist sjekket 21.11.2019].
- Deutch (2019): Deutch, J., Pass the Duchy: Luxembourg's grand plan to legalize cannabis, Politico Europe Edition, 30. juli 2019. <https://www.politico.eu/article/luxembourg-legalize-cannabis/> [sist sjekket 19. november].
- Direktoratet for e-helse (2019): ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, Direktoratet for e-helse, 2019. <https://ehelse.no/standarder/ikke-standarder/icd-10-den-internasjonale-statistiske-klassifikasjonen-av-sykdommer-og-beslektede-helseproblemer> [sist sjekket 13.11.2019].
- Drug Policy Futures (2019b): Drug Policy Futures. <https://drugpolicyfutures.org/about-us/> [sist sjekket 21.11.2019].
- Drug Policy Alliance (udatert): Drug Policy Alliance. <http://www.drugpolicy.org/> [sist sjekket 21.11.2019].
- Encyclopædia Britannica (2016): Branding. Property marking, Encyclopædia Britannica, publisert 22. september 2016. <https://www.britannica.com/topic/branding-identification> [sist sjekket 27. november 2019].
- Endal (2003): Endal, D., Skadebegrensning, Actis – Rusfeltets samarbeidsorgan, 2003. <http://www.forebygging.no/Kronikker/TIDLIGERE-KRONIKKER/Skadebegrensning-humant-eller-hjerteratt/> [sist sjekket 20.11.2019].
- EMCDDA (2015): Threshold quantities for drug offences – oversikt over terskelverdier fra European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2015. http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/threshold-quantities-for-drug-offences/html_en#panel15-table1 [sist sjekket 17.11.2019].
- EMCDDA (2019f): Australian Capital Territory legalises personal cannabis growing and consumption», 30. oktober 2019. http://www.emcdda.europa.eu/news/2019/australian-capital-territory-legalises-personal-cannabis-growing-and-consumption_en [sist sjekket 10. desember 2019]
- EMCDDA (udatert a): Law topics page, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). http://www.emcdda.europa.eu/topics/law_de [sist sjekket 15.11.2019].
- EMCDDA (udatert b): *FreD goes net — Early intervention for young drug users*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). http://www.emcdda.europa.eu/modules/wbs/dsp_print_project_description.cfm?project_id=01DE11 (sist sjekket 8. mai 2019).
- EMCDDA (udatert c): *Best practice portal*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). http://www.emcdda.europa.eu/best-practice_en (sist sjekket 9. august 2019).
- FHI (2001): EMCDDA 2048 – prosjektbeskrivelse, Folkehelseinstituttet, 2001. <https://www.fhi.no/cristin-prosjekter/aktiv/emcdda-2048/> [sist sjekket 21.11.2019].

- FHI (udatert): Narkotika i Norge, Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/> [sist sjekket 13.11.2019].
- FHI (2014): Risiko og beskyttelsesfaktorer, Folkehelseinstituttet, 2014. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/> [sist sjekket 17.11.2017].
- FHI (2015): Modell for kvalitetsforbedring, Folkehelseinstituttet, 2015. <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring> [sist sjekket 17.11.2019].
- FHI (2018c): Anmeldte narkotikalovbrudd 1993–2017, Folkehelseinstituttet, 2018. <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikalovbrudd/> [sist sjekket 19.11.2019].
- FHI (2018b): Narkotika i Norge – Narkotikamarkedet, Folkehelseinstituttet, 2018. <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/narkotikamarkedet/> [sist sjekket 17.11.2019].
- Forbundet Mot Rusgift (2018): «Avkriminalisering» av narkotika, Forbundet Mot Rusgift, publisert 18.09.2018. <https://www.fmr.no/avkriminalisering-av-narkotika.6148682-8712.html> [sist sjekket 20.11.2019].
- Foss og Strøm-Gundersen (2010): Foss, A. B. og T. T. Strøm-Gundersen, Vil avkriminalisere narkotika, Aftenposten, publisert 14. februar 2010. <https://www.aftenposten.no/norge/politikk/i/564qE/vil-avkriminalisere-narkotika> [sist sjekket 19.11.2019].
- Frelsesarmeen (2019): Gatehospitalet, Rusomsorg, Frelsesarmeen, 2019. http://www.frelsesarmeen.no/no/vart_arbeid/rusomsorgen/hoyre_kolonne/vare_tilbud/rusomsorgen_region_sor/hoyre_kolonne/vare_tilbud/gatehospitalet_oslo/ [sist sjekket 15.11.2019].
- Fremskrittspartiets Ungdom (2016): Simonsen, A., 10 grunner til å legalisere cannabis, Fremskrittspartiets Ungdom, publisert 5. januar 2016. <https://fpu.no/2016/01/05/10-grunner-til-a-legalisere-cannabis-16/> [sist sjekket 20.11.2019].
- Furunes og Rostad (2018): Furunes, E. og I. L. Rostad, Selger narkotika på Snapchat – frykter barn er målgruppen, NRK, publisert 18. juni 2018. https://www.nrk.no/finnmark/selger-narkotika-pa-snapchat_-frykter-barn-er-malgruppen-1.14085743 [sist sjekket 13.11.2019].
- Fylkesmannen (2019): Omtale av ulike roller i barnevernet, Fylkesmannen, 2019. <https://www.fylkesmannen.no/nb/Barn-og-foreldre/Barnevern/> [sist sjekket 14.11.2019].
- Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker (udatert): Saksgang, Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker. <https://www.fylkesnemndene.no/no/saksgang/> [sist sjekket 15.11.2019].
- Gesundheit Österreich GmbH (udatert) / Gesundheit Österreich GmbH (udatert): Startside Gesundheit Österreich GmbH. <https://goeg.at/> [sist sjekket 21.11.2019].
- Government of the Netherlands (udatert): Controlled Cannabis Supply Chain Experiment Act, Government of the Netherlands. <https://www.government.nl/topics/drugs/documents/parliamentary-documents/2018/07/06/controlled-cannabis-supply-chain-experiment-act> [sist sjekket 18.11.2019].
- Hamar kommune (2018): Har fått eget brukerråd, Hamar kommune, 2018. <https://www.hamar.kommune.no/article45387-776.html> [sist sjekket 15.11.2019].
- Hasjavvenning (udatert): Nettside om hasjavvenning fra Kristiansand kommune. <http://www.hasjavvenning.no> [sist sjekket 14.11.2019].
- Haugsbø (2018): Haugsbø, F., Jente (15) anmeldte overgrep - fikk bot for hasjrøyking, VG, publisert 13. februar 2018. <https://www.vg.no/nyheter/i/Rxryzr/jente-15-anmeldte-overgrep-fikk-bot-for-hasjroeyking> [sist sjekket 17.11.2019].
- Helfo (2019): Hva slags helsehjelp har en utenlandsk statsborger krav på under midlertidig opphold i Norge?, Helfo, 2019. <https://www.helfo.no/regelverk/hva-slags-helsehjelp-har-en-utenlandsk-statsborger-krav-pa-under-midlertidig-opphold-i-norge> [sist sjekket 13.11.2019].
- Helse Bergen (2016): Jobb Først, Helse Bergen, 2016. <https://helse-bergen.no/avdelinger/rusmedisin/afr-poliklinikk/jobb-forst> [sist sjekket 09.08.19].
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013): Rusforebygging, Helse- og omsorgsdepartementet, 2013. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/forebygging/id439358/> [sist sjekket 17.11.2017].
- Helse Stavanger (2016): Brukerplan, Helse Stavanger, 2016. <https://helse-stavanger.no/fag-og-forskning/kompetansetjenester/regional-kompetansesenter-for-rusmiddelforskning-i-helse-vest-koerfor/fag-og-tjenesteutvikling/brukerplan> [sist sjekket 14.11.2019].
- Helse Stavanger (2019): KvaRus, nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler, Helse Stavanger, 2019. <https://helse-stavanger.no/kvarus> [sist sjekket 15.11.2019].

- Helsedirektoratet (2014f): Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – Finn krav til samarbeidsavtaler og oversikt over inngåtte avtaler, Helsedirektoratet, 2014. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helse-og-omsorgstjenesteloven/samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak> [sist sjekket 15.11.2019].
- Helsedirektoratet (2015a): ACT- og FACT-team, Helsedirektoratet, 2015 <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team> [sist sjekket 13.11.2019]
- Helsedirektoratet (2015b): Henvisningsveileder, Nasjonal veileder, Helsedirektoratet, 2015. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/henvisningsveileder> [sist sjekket 15.11.2019].
- Helsedirektoratet (2015c): Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, Helsedirektoratet, 2015. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator> [sist sjekket 19.11.2019].
- Helsedirektoratet (2016b): Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet, kapittel 9 Kjønnsspesifikk tilnærming med videre, Helsedirektoratet 2016. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/kjonnsspesifikk-tilnærming-minoriteter-og-seksuell-orientering-i-rusbehandling> [sist sjekket 11.12.2019]
- Helsedirektoratet (2017c): Motiverende intervju, Helsedirektoratet, 2017. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi> [sist sjekket 13.11.2019]
- Helsedirektoratet (2017d): Program for folkehelsearbeid i kommunene, Helsedirektoratet, 2017. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene> [sist sjekket 17.11.2017].
- Helsedirektoratet (2017e): Pårørendeveileder, Helsedirektoratet, 2017. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder> [sist sjekket 13.11.2019].
- Helsedirektoratet (2017f): Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Helsedirektoratet, 2017. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> [sist sjekket 13.11.2019].
- Helsedirektoratet (2018e): Henvisning og start – rusbehandling (TSB) pakkeforløp, Helsedirektoratet, 2018. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb/henvisning-og-start-rusbehandling-tsb-pakkeforlop#kartlegging-og-henvisning> [sist sjekket 13.11.2019]
- Helsedirektoratet (2018f): Kontrollkomisjonen, Helsedirektoratet, 2018. <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykisk-helsevern/kontrollkomisjonen> [sist sjekket 13.11.2019]
- Helsedirektoratet (2018g): Rusbehandling TSB – Pakkeforløpet, Helsedirektoratet, 2018. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb> [sist sjekket 15.11.2019].
- Helsedirektoratet (2019e) /Helsedirektoratet (2019): Barnevern – kartlegging av psykisk helse og rus (høringsutkast), 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/barnevern-kartlegging-av-psykisk-helse-og-rus-horingsutkast> [sist sjekket 04.12.2019].
- Helsedirektoratet (2019f): Helsedirektoratets brukerråd, Helsedirektoratet, 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/helsedirektoratets-brukerrad#medlemmer-i-raadet> [sist sjekket 15.11.2019].
- Helsedirektoratet (2019g): Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge, høring, Helsedirektoratet, 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-tidlig-oppdagelse-av-utsatte-barn-og-unge#horingsinnspill> [sist sjekket 13.11.2019].
- Helsedirektoratet (2019h): Om Helsedirektoratets normerende produkter, Helsedirektoratet, 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter> [sist sjekket 14.11.2019].
- Helsedirektoratet (udatert b) / Helsedirektoratet (udatert a nett): Psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/psykologer-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene> [sist sjekket 14.11.2019].
- Helsedirektoratet (udatert c): Rask psykisk helsehjelp – kunngjøring av tilskuddsordning, Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/etablering-og-drift-av-rask-psykisk-helsehjelp> [sist sjekket 15.11.2019].
- Helsedirektoratet (udatert d): Treff på «retningslinjer rus» i Helsedirektoratets database, Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/search?searchquery=retningslinjer%20rus> [sist sjekket 14.11.2019].
- Hjetland mfl. (2018): Hjetland, G. B. mfl., Meiner politiet braut lova under narokoaksjon mot skule, NRK, publisert 7. november 2018.

- <https://www.nrk.no/sognogfjordane/meiner-politiet-braut-lova-under-narkoaksjon-mot-skule-1.14283376> [sist sjekket 15.11.2019].
- Holm (2012): Holm, H. E., Barn i familier med rusmiddelproblemer, Borgestadklinikken, 2012. <http://www.forebygging.no/artikler/2014-2012/barn-i-familier-med-rusmiddelproblemer/> [sist sjekket 13.11.2019].
- Human Rights Watch (udatert): Drugs and Human Rights, Human Rights Watch. <https://www.hrw.org/tag/drugs-and-human-rights> [sist sjekket 15.11.2019].
- Husbanken (udatert): Veiviser Bolig for velferd, Husbanken. <https://www.veiviseren.no> [sist sjekket 14.11.2019].
- Høie (2016): Høie, B., *Hjelp, ikke straff, narkotikabrukere*, Dagbladet, publisert 5. oktober 2016.
- International Drug Policy Consortium (2019b): Nettsiden til *International Drug Policy Consortium*, 2019. <https://idpc.net/about/about> [sist sjekket 21.11.2019].
- International Network of Drug Consumption Rooms (2015): Nettsiden til *International Network of Drug Consumption Rooms*, 2015. <http://www.drugconsumptionroom-international.org/index.php> [sist sjekket 18.11.2019].
- Justis- og beredskapsdepartementet (2012): Høring – alternative reaksjoner for mindre alvorlige narkotikalovbrudd, Justis- og beredskapsdepartementet, 2012. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing--alternative-reaksjoner-for-mind/id668950/> [sist sjekket 29.11.2019].
- Kjellstad (2019): Kjellstad, K.M, Politiet trenger å ha tvangsmidler, Politiforum, publisert 3. juni 2019. <https://www.politiforum.no/artikler/politiet-trenger-a-ha-tvangsmidler/466777>
- Knutsen mfl. (2016): Knutsen, A. mfl., Carl I. Hagen, Trine Skei Grande og andre underskriver rus-opprop fra brukerorganisasjoner: Intet om oss uten oss!, VG, publisert 12. februar 2016. <https://www.vg.no/nyheter/meninger/i/o0mX7/carl-i-hagen-trine-skei-grande-og-andre-underskriver-rus-opprop-fra-brukerorganisasjoner-intet-om-oss-uten-oss> [sist sjekket 15.11.2019].
- Kompetansesenter for kriminalitetsforebygging (2019): SLT-håndboka – ny redigert utgave 2019, Kompetansesenter for kriminalitetsforebygging, 2019. <http://kriminalitetsforebygging.no/slt/en-praktisk-handbok-om-slt/> [sist sjekket 17.11.2017].
- Konfliktrådet (2016): Ungdomsoppfølging, Konfliktrådet, 2016. <https://www.konfliktraadet.no/ungdomsoppfoelging.372348.no.html> [sist sjekket 17.11.2019].
- KoRus Oslo (2018): Oppsøkende sosialt arbeid, KoRus Oslo, 2018. <https://www.korusoslo.no/rusmiddelforebygging-folkehelsearbeid/oppsoekende-sosialt-arbeid/> [sist sjekket 17.11.2019].
- KDI (2019): Bøtetjeneste blir landsdekkende, Kriminalomsorgen, 2019. <https://www.kriminalomsorgen.no/boetetjeneste-blir-landsdekkende.6250711-237613.html> [sist sjekket 13.11.2019].
- KDI (udatert a): Rusmestringsenheter, Kriminalomsorgen. <http://www.kriminalomsorgen.no/rusmestringsenheter.253069.no.html> [sist sjekket 15.11.2019].
- KDI (udatert b): Narkotikaprogram med domstolskontroll, Kriminalomsorgen. <https://www.kriminalomsorgen.no/narkotikaprogram-med-domstolskontroll.237893.no.html> [sist sjekket 17.11.2019].
- KRUS (2009): Russamtalen, Kriminalomsorgens utdanningssenter, 2009. <http://russamtalen.no/om-russamtalen/> [sist sjekket 13.11.2019]
- Kvilesjø og Hofoss (2012): Kvilesjø, S. O. og E. Hofoss, Politiet har bortvist rusmisbrukere 13.046 ganger på 1,5 år, Aftenposten, publisert 23. november 2012. <https://www.aftenposten.no/osloby/i/70B64/politiet-har-bortvist-rusmisbrukere-13046-ganger-paa-15-aar> [sist sjekket 17.11.2019].
- Larsen (2016): Larsen, K. N., Narkomane bøtelagt for 48 millioner kroner, NRK, publisert 8. april 2016. <https://www.nrk.no/norge/narkomane-botelagt-for-naer-50-millioner-kroner-1.12887103> [sist sjekket 17.11.2019].
- Legal Services Commission of South Australia (2012): Cannabis, LSC Duty Solicitor Handbook, Drug Offences, Legal Services Commission of South Australia, 2012. <https://lsc.sa.gov.au/dsh/ch12s06.php> [sist sjekket 18.11.2019].
- Lillehammer kommune (2019): eDialog - sikker innsending av dokumenter til kommunen, Lillehammer kommune, 2019. <https://www.lillehammer.kommune.no/edialog-sikker-innsending-av-dokumenter-til-kommunen.6203767-488798.html> [sist sjekket 13.11.2019]
- Mordt og Didriksen (2019): Mordt, H. og N. Didriksen, Hasjsalg på Snap: -Enklere å få tak i narkotika enn alkohol, NRK, publisert 5. november 2019. <https://www.nrk.no/ostlandsendingen/politiet-stanset-narkosalg-pa-snapchat-1.14770016> [sist sjekket 13.11.2019].
- NA (2019): Narcotics Anonymous, 2019. <https://www.na.org/?ID=aboutus> [sist sjekket 20.11.2019].

- Selvhjelp Norge (2019): Selvhjelp Norge, Nasjonalt kompetansemiljø for selvorganisert selvhjelp, 2019. <https://selvhjelp.no/> [sist sjekket 20.11.2019].
- NAKU (2019): Supported Employment, NAKUs Kunnskapsbank, Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming, 2019. <https://naku.no/kunnskapsbanken/supported-employment> [sist sjekket 15.11.2019].
- NAPHA (2016): Strand, G. E., Bedre terapi med Klient- og resultatstyrt praksis (KOR), Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, endret 19. september 2016. <https://www.napha.no/content/14557/Bedre-terapi-med-Klient-og-resultatstyrt-praksis-KOR> [sist sjekket 15.11.2019].
- NAPHA (2019a): Rask psykisk helsehjelp, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, publisert 1. november 2019. <https://www.napha.no/content/13931/Rask-psykisk-helsehjelp> [sist sjekket 15.11.2019].
- NAPHA (2019b): Individuell jobbstøtte (IPS), Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2019. <https://www.napha.no/content/20131/Individuell-jobbstotte-IPS> [sist sjekket 15.11.2019].
- NAPHA (2017b): Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (2017): Bjaarstad, S., Likemann er også jobbkonsulent, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, endret 25. september 2017. <https://www.napha.no/content/15022/Likemann-er-ogsa-jobbkonsulent> [sist sjekket 15.11.2019].
- Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (udatert): Erfaringskompetanse, Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. <https://www.erfaringskompetanse.no/> [sist sjekket 15.11.2019].
- National Conference of State Legislatures (2019): Marijuana Overview, National Conference of State Legislature, 2019. <http://www.ncsl.org/research/civil-and-criminal-justice/marijuana-overview.aspx> [sist sjekket 08.05.2019].
- NAV (2013a): Jobbmestrende oppfølging, NAV, 2013. <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Relatert+informasjon/jobbmestrende+oppf%C3%B8lging> [sist sjekket 15.11.2019].
- NAV (2013b): Kva er NAV?, NAV, 2013. <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Om+NAV/Fakta+om+NAV/kva-er-nav> [sist sjekket 15.11.2019].
- Norges idrettsforbund (udatert): Norges idrettsforbund, «Politiattest». <https://www.idrettsforbundet.no/klubbguiden/politiattest/> [sist sjekket 25.11.2019].
- Norsk pasientregister (2018): Norsk pasientregister (NPR), Helsedirektoratet, 2018. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/norsk-pasientregister-npr>.
- Orsi (2018): Orsi, P., Mexico court sets precedent on legal, recreational pot use, AP News (amerikanske avis), publisert 1. november 2018. <https://www.apnews.com/5b3636e028ee41f09b7f34bc3b28d4cb> [sist sjekket 15.11.2019].
- Oslo kommune (udatert b): Ungdom og rus, Oslo kommune. https://www.regjeringen.no/contentassets/405ff92c06e34a9e93e92149ad616806/20190320_nasjonal_overdosestrategi_2019-2022.pdf [sist sjekket 14.11.2019].
- Oslo kommune (udatert a): Feltpleien – Prindsen mottakssenter, Oslo kommune. <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/rusomsorg/rusinstitusjoner/prindsen-mottakssenter/feltpleien-prindsen-mottakssenter/> [sist sjekket 15.11.2019].
- Stavanger kommune (udatert): Stokka sykehjem. <https://veiviseren.no/forstaa-helheten/eksempler-og-erfaringer/langtidsplasser-for-personer-med-rusavhengighet-pa-stokka-sykehjem> [sist sjekket 04.09.2019].
- Pedersen (2019): Pedersen, W., Vi må snakke mer om cannabis, Aftenposten, publisert 12. juni 2019. <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/RR4grO/vi-maa-snakke-mer-om-cannabis-willy-pedersen> [sist sjekket 13.11.2019].
- Pollestad (2019): Pollestad, G., *Narkotika skal være ulovlig*, Frøya Nyheter, publisert 2. november 2019. <https://www.froya.no/nyheter/narkotika-skal-v%C3%A6re-ulovlig> [sist sjekket 02.12.2019].
- Pordata (2019a): Accidents at work: total and fatal, Pordata, 2019. <https://www.pordata.pt/en/Portugal/Accidents+at+work+total+and+fatal-72> [sist sjekket 18.11.2019].
- Pordata (2019b): Road traffic accidents with victims per thousand inhabitants - Mainland Portugal, Pordata, 2019. <https://www.pordata.pt/en/Portugal/Road+traffic+accidents+with+victims+per+thousand+inhabitants+++Mainland+Portugal-1990> [sist sjekket 18.11.2019].

- KORFOR (2019) Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest, Helse Stavanger, 2019. <https://helse-stavanger.no/fag-og-forskning/kompetansetjenester/regionalt-kompetansesenter-for-rusmiddelforskning-i-helse-vest-korfor/> [sist sjekket 15.11.2019].
- Regjeringen (2010): Høring – Stoltenbergutvalget: Rapport om narkotika, Regjeringen, 2010. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-stoltenbergutvalget-rapport-om-n/id620301/?expand=horingsvar&lastvisited=Fagr%C3%A5det_innen_Rusfeltet_i_Norge [sist sjekket 02.12.2019].
- Regjeringen (2018): Politisk plattform fra 2018 – «Jeløya-plattformen», Regjeringen, 2018. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/politisk-plattform/id2585544/> [sist sjekket 13.11.2019].
- Regjeringen (2019a): Forsøksprosjekt med heroinassistert behandling, Regjeringen, 2019. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/forsoksprosjekt-med-heroinassistert-behandlingy-side/id2660842/> [sist sjekket 20.11.2019].
- Regjeringen (2019b): Høring – forslag til ny barnevernlov, høringssvar, Regjeringen, 2019. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing--forslag-til-ny-barnevernslov/id2639982/> [sist sjekket 13.11.2019].
- Regjeringen (2019c) /Regjeringen (2019f): Høring om endringer i forskrift om betaling få pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta, Regjeringen, 2019. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-om-endringer-i-forskrift-om-betaling-fra-pasientar-for-poliklinisk-helsehjelp-i-spesialisthelsetenesta/id2674465/> [sist sjekket 13.11.2019].
- Regjeringen (2019d): Politisk plattform fra 2019 – «Granavolden-plattformen», Regjeringen, 2019. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/politisk-plattform/id2626036/#helse>. [sist sjekket 13.11.2019].
- Regjeringen (2019e): Styringsdokumenter, Oppdragsdokument, Regjeringen, 2019. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/> [sist sjekket 15.11.2019].
- Regjeringen (udatert): Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner, Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/inntektssystemet-for-kommuner-og-fylkeskommuner/id2353961/> [sist sjekket 06.08.2019].
- Renland (2017): Renland, A., Roser norske myndigheters arbeid, Rus og Samfunn, 2017. <https://rus.no/rosenorske-myndigheters-arbeid/> [sist sjekket 15.11.2019].
- Sagatun Brukerstyrt Senter (udatert): Sagatun, Sagatun Brukerstyrt Senter. <http://www.sagatun.no/> [sist sjekket 15.11.2019].
- Sarpsborg kommune (2018): Boligkontoret, Sarpsborg kommune, 2018. <https://www.sarpsborg.com/helse-og-omsorg/boligkontoret/> [sist sjekket 14.11.2019].
- Socialstyrelsen (2019): U18-modellen – en kognitiv behandlingsmodell fra Danmark, Socialstyrelsen, 2019. <https://socialstyrelsen.dk/unge/rusmidler/viden-om-rusmidler/metoderne-fra-projekt-misbrugsbehandling-for-udsatte-unge-under-18-ar/u-18> [sist sjekket 13.11.2019].
- SSB (2019a): Statistikkbanken: Barnevern, Statistisk Sentralbyrå, 2018. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/barneverng> [sist sjekket 17.11.2019].
- SSB (2019b): Tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsverk, etter utdanning og helseregion 2008 – 2018. Statistikkbanken: Spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/statbank/table/09552/> [sist sjekket 15.11.2019].
- Sørlandet sykehus og BarnsBeste (2016): Barn som pårørende – 1. Overordnet prosedyre, Sørlandet sykehus og BarnsBeste - Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende, 2016. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/barn-som-paorende-1-overordnet-prosedyre> [sist sjekket 13.11.2019].
- Territory Revenue Office (2019): Penalty units, Territory Revenue Office, 2019. <https://nt.gov.au/employ/money-and-taxes/taxes-royalties-and-grants/territory-revenue-office/penalty-units> [sist sjekket 06.05.2019].
- The New Zealand Government (2019): New Zealanders to make the decision in cannabis referendum (pressemelding), The New Zealand Government, publisert 7. mai 2019. <https://www.beehive.govt.nz/release/new-zealanders-make-decision-cannabis-referendum> [sist sjekket 07.05.2019].
- Transnational Institute (2005): Background of UNGASS 1998, Transnational Institute, 2005. <https://www.tni.org/en/article/background-of-ungass-1998> [sist sjekket 15.11.2019].
- Tromsø kommune (2013): Psykisk helse og rus, Omsorgstjenester, Tromsø kommune, 2013. <https://www.tromso.kommune.no/psykisk-helse-og-rus.121203.no.html> [sist sjekket 20.11.2019].

- Trondheim kommune (2019): Helse- og overdose-team, Trondheim kommune, 2019. <https://www.trondheim.kommune.no/helse-og-overdoseteamet/> [sist sjekket 15.11.2019].
- UN (2019): UN system coordination Task Team on the Implementation of the UN System Common Position on drug-related matters. What we have learned over the last ten years: A summary of knowledge acquired and produced by the UN system on drug-related matters, United Nations, 2019. https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/2019/Contributions/UN_Entities/What_we_have_learned_over_the_last_ten_years_-_14_March_2019_-_w_signature.pdf [sist sjekket 18.11.2019].
- Universitetssykehuset Nord-Norge (2019): Longyearbyen sykehus, Universitetssykehuset Nord-Norge, 2019. <https://unn.no/steder/longyearbyen-sykehus> [sist sjekket 13.11.2019]
- Van Dyck (2019): Van Dyck, R., Recreational cannabis to be intended for Luxembourg residents only, RTL Today, endret 2. september 2019. <https://today.rtl.lu/news/luxembourg/a/1397181.html> [sist sjekket 19.11.2019].
- Vegstein (2010): Vegstein, L. U. S., Frykter heroinhysteri, Klassekampen, publisert 15. juni 2010. <https://www.klassekampen.no/57588/article/item/null/frykter-heroinhysteri> [sist sjekket 11.12.2019].
- Vienna NGO Committee on Drugs (2016): About us, Vienna NGO Committee on Drugs. <https://vngoc.org/about-the-vngoc/welcome-to-the-vngoc-e-home/> [sist sjekket 21.11.2019].
-

Vedlegg 1

Deltagere på Rusreformutvalgets innspillsmøter

1 Innledning

I henhold til sitt mandat har utvalget lagt opp til en åpen arbeidsform og har drøftet sentrale temaer med samt lyttet til en rekke enkeltpersoner, bruker- og interesseorganisasjoner og fagmiljøer for å sikre at utvalget i sin utredning har ivaretatt ulike perspektiver på rusreformen. Utvalget arrangerte innspillsmøter der alle som ønsket det, kunne fremføre sitt syn i direkte møte med utvalget. Utvalget arrangerte slike møter i Oslo, Stavanger, Bergen, Trondheim og Tromsø. Oppslutningen om møtet i Oslo var størst. Utvalget antar at årsaken til dette både var at det var det første innspillsmøtet i forbindelse med Rusreformutvalgets arbeid, og at mange organisasjoner med videre har representasjon i Oslo.

I det følgende gjengis deltagere på innspillsmøtene i den rekkefølge de meldte seg på til de respektive møter. Utvalget tar forbehold om at det i enkelte tilfeller kan ha vært flere fra samme virksomhet som ga innspill til utvalget. Videre kan noen virksomheter ha erstattet den personen som var oppført som deltager, uten at deltakerlisten er blitt endret.

2 Innspillsmøte i Oslo 13. november 2018

- Dagfinn Hessen Paust, nestleder, Foreningen Tryggere Ruspolitikk
- Jørn Kløvfjell Mjelva, organisasjonssekretær, EmmaSofia
- Anders Blixhavn, konstituert kommunikasjonsjef, Blå Kors
- Knut Reinås, forbundsleder, Forbundet Mot Rusgift
- Aina Larsen, rådgiver i faglig yrkesseksjon helse og sosial, Fagforbundet
- Pernille Huseby mfl., fungerende generalsekretær, Actis – Rusfeltets samarbeidsorgan
- Jan Erik Bresil, leder, Norsk Narkotikapolitiforening (NNPF) avd. Oslo

- Jan Gunnar Skoftedal mfl., daglig leder, Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon
- Ellen Rønning-Arnesen, byrådssekretær, Oslo kommune
- Karl Nafstad, Normal Norge
- Bård Dyrdal, styreleder, Law Enforcement Action Partnership (LEAP Scandinavia)
- Hanne Cecilie Widnes mfl., generalsekretær, IOGT Norge
- Jan Vegard Pettersen, spesialrådgiver, fag- og helsepolitisk avdeling, Norsk Sykepleierforbund (NSF)
- Kjetil Vesteraas, daglig leder, Juvente
- Joar Kaasa, brukerrepresentant, Det nytter! – Stiftelsen KRAFT
- Marte Yri Evensen, daglig leder, Stiftelsen KRAFT
- Roar Mikalsen, leder, Alliansen for en rettighetsorientert ruspolitikk (AROD)
- Lars Lian mfl., faglig leder, Stiftelsen Fossumkollektivet
- Knut Boe Kielland, forsker / faglig rådgiver, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP)
- Talha Butt mfl., fungerende nestleder, Ungdom Mot Narkotika
- Arild Knudsen, leder, Foreningen for Human Narkotikapolitikk (FHN)
- Lars Kristiansen, nestleder, Tryggere Ungdom
- Terje Turøy, direktør, Stiftelsen Phoenix (på vegne av Samarbeidsforum for Norske kollektiver)

3 Innspillsmøte i Stavanger 9. januar 2019

- Trond Arne Ausdal, skribent og stuntreporter, proLAR Nett
- Randi Mobæk, avdelingssjef, Helse Stavanger HF, Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling
- Eivin Dahl, Helse Stavanger HF
- Gudrun Wiik Larsen, styremedlem, Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse

- Anne Therese Buer mfl., daglig leder, Møteplassen Karmøy
- Silje Gundersen, regionleder Rogaland og Hordaland, A-larm
- Lars Mikael Faksvåg, regionleder Agder, A-larm
- Anne Synnøve Børtveit, kommunalsjef helse og velferd, Stavanger kommune
- Preben Sandanger, RIO, brukerutvalget i ARA v/Helse Stavanger HF
- Reidar Stokke, Rogaland A-senter
- Oddgeir Høyekvam mfl., Norsk Narkotikapolitiforening (NNPF)

4 Innspillsmøte i Bergen 14. februar 2019

- Marit Barene, generalsekretær, DNT – Edru Livsstil
- Øystein Samsonsen, leder, Norsk Narkotikapolitiforening (NNPF), avd. Hordaland
- Ronny René Nielsen, RIO Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon
- Ole Jørgen Lygren, proLAR
- Bjørn Madsen, sosialpedagog, og Jan Fredrik Oddekalv, miljøterapeut, videregående skoler i Bergen
- Rune Tjøsvold, utvalgssekretær, Ruspolitisk råd i Bergen kommune
- Lars Morten Lothe, stasjonssjef, Bergen sentrum politistasjon
- Monica Johannesen Mørk, stasjonssjef, Bergen Vest politistasjon
- Lisa Holmås, Juvente

5 Innspillsmøte i Trondheim 13. mars 2019

- John Melhus, Foreningen Tryggere Ruspolitikk – Trøndelag
- Trond Andreassen, psykologspesialist, Blå Kors, Lade behandlingssenter
- Elin Larsen, brukerrepresentant, RIO Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon
- Ingunn Flakne Solberg, seniorrådgiver, Fylkesmannen i Trøndelag
- Hanne Blekkan, politibetjent, Norsk Narkotikapolitiforening (NNPF) avd. Trondheim

6 Innspillsmøte i Tromsø 10. april 2019

- Carl Eliassen, brukerrepresentant, MAR-BORG
- Vidar Hårvik, brukerrepresentant, MAR-BORG
- Ola Sollie, rusavdelingen, Universitetssykehuset Nord-Norge HF
- Asbjørn Larsen, brukerrepresentant, RIO Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon
- Ragnar Nesvåg mfl., spesialist i psykiatri, spesialrådgiver, Den norske legeforening

Vedlegg 2

Skriftlige innspill til Rusreformutvalget

1 Innledning

I henhold til sitt mandat har utvalget lagt til rette for å få innspill fra sentrale aktører på rusfeltet samt andre interessenter, organisasjoner med videre som kan tenkes å bli berørt av rusreformen.

I tillegg til å sende skriftlig invitasjon til en rekke organisasjoner, fagmiljøer og offentlige etater innen flere sektorer opprettet utvalget en nettside, rusreformutvalget.no, med anledning for publikum til å sende innspill i form av e-post til utvalget.

I tillegg har Rusreformutvalget bestilt en egen utredning fra Politidirektoratet og bedt om særlige innspill både fra Folkehelseinstituttet, Kripes med flere om ulike tema. Rusreformutvalget har valgt å legge et utvalg av innkomne svar som digitale vedlegg til utredningen tilgjengelig på regjeringens nettsider.

Utvalget har gjennom utredningsperioden mottatt i overkant av 80 skriftlige innspill. På nettsiden er flere henvendelser imidlertid fra samme person eller organisasjon. Innspillene er ikke vedlagt rapporten, men kan leses i sin helhet på utvalgets hjemmeside. I tillegg til innspill fra aktører som listes opp nedenfor, har utvalget mottatt rundt 30 henvendelser fra privatpersoner, eller antatte privatpersoner, som dels var anonyme og dels er blitt anonymisert av personvernansvarlig.

2 Virksomheter som har gitt innspill til Rusreformutvalget i perioden 20. september 2018 til 17. november 2019

- Actis – Rusfeltets samarbeidsorgan
- Advokatforeningen
- Akan
- Alarm
- Alliansen for en rettighetsorientert ruspolitikk (AROD)
- Bergen kommune
- Blå Kors
- Det Hvite Bånd
- Det nytter! – Stiftelsen KRAFT
- DNT – Edru Livsstil
- EmmaSofia
- Fagforbundet
- Fellesorganisasjonen (FO)
- Folkeaksjonen for lovlige utsalgssteder for hasj og marihuana (LUHM)
- Forbundet mot rusgift (FMR)
- Foreningen for Human Narkotikapolitikk (FHN)
- Foreningen Tryggere Ruspolitikk (FTR)
- Forsvaret
- Fylkesmannen i Trøndelag
- Graveteamet på rusfeltet
- Helsedirektoratet
- IOGT
- Ivareta
- Juvente
- KoRus Vest Stavanger
- Kristiansand kommune
- Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP)
- LEAP Scandinavia
- Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse
- Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (NKROP)
- Normal
- Norsk Narkotikapolitiforening (NNPF)
- Norsk Sykepleierforbund (NSF)
- Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus
- Politiets Fellesforbund (PF)
- proLAR
- Rogaland A-senter
- RIO Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon
- Samarbeidsforum for norske kollektiv
- Sekretariatet for konfliktrådene
- SLT-koordinatorer (felles innspill)
- Songdalen kommune
- Statens helsetilsyn
- Stavanger kommune

I tillegg fikk utvalget videreformidlet et åpent brev til helseministeren fra en rekke fagpersoner i inn- og utland med en felles liste over anbefalinger

(«Public letter to the Norwegian Minister of Health and Care Services: Key recommendations for drug policy makers»).

Norges offentlige utredninger 2018

Arbeids- og sosialdepartementet:

NOU 2018: 6 Varsling – verdier og vern

NOU 2018: 8 Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2018

Barne- og likestillingsdepartementet:

NOU 2018: 18 Trygge rammer for fosterhjem

Finansdepartementet:

NOU 2018: 1 Markeder for finansielle instrumenter

NOU 2018: 3 Krisehåndtering i forsikrings- og pensjonssektoren

NOU 2018: 7 Ny lov om offisiell statistikk og

Statistisk sentralbyrå

NOU 2018: 9 Regnskapsførerloven

NOU 2018: 10 Nye prospektregler

NOU 2018: 12 Energiaksjer i Statens pensjonsfond utland

NOU 2018: 17 Klimarisiko og norsk økonomi

Helse- og omsorgsdepartementet:

NOU 2018: 16 Det viktigste først

Justis- og beredskapsdepartementet:

NOU 2018: 14 IKT-sikkerhet i alle ledd

Kunnskapsdepartementet:

NOU 2018: 2 Fremtidige kompetansebehov I

NOU 2018: 13 Voksne i grunnskole- og videregående opplæring

NOU 2018: 15 Kvalifisert, forberedt og motivert

Landbruks- og matdepartementet:

NOU 2018: 11 Ny fjellov

Nærings- og fiskeridepartementet:

NOU 2018: 5 Kapital i omstillingens tid

Samferdselsdepartementet:

NOU 2018: 4 Sjøveien videre

Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
www.publikasjoner.dep.no
Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Trykk: Departementenes sikkerhets- og
serviceorganisasjon – 12/2019

Mottagerliste for høringsbrev om Rusreformutvalget innstilling
NOU 2019:26 - Fra straff til hjelp

Actis
ADHD Norge
Afasiforbundet i Norge
Akademikerne
AKAN
Alliansen for en Rettighetsorientert Ruspolitikk (AROD)
A-larm bruker- og pårørendeorganisasjon for åpenhet om rus og behandling
Aleris Helse AS
Allmennlegeforeningen
Amnesty International Norge
Anonyme alkoholikere
Arbeid- og velferdsdirektoratet
Arbeiderbevegelsens rus- og sosialpolitiske forbund
Aurora - støtteforening for mennesker med psykiske helseproblemer
Barn av rusmisbrukere - BAR
Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Barne-, ungdoms- og familieetaten
Barneombudet
Barns beste. Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende
Bipolarforeningen
Biskopene
Blå Kors Norge
Borgestadklinikken
Brukerforeningen LAR-Nett Norge

Center for African Mental Health Promotion and Cultural Competence

Datatilsynet
Delta

Den norske Advokatforening
Den norske Dommerforening
Den norske legeforening
Den norske tannlegeforening
Departementene
Det norske Diakonforbund
Direktoratet for e-helse
DNT – edru livsstil
Domstolsadministrasjonen

EmmaSofia

Erfaringsentrum

Fagforbundet
Fagrådet innen rusfeltet i Norge
Familielubbene i Norge
Fellesorganisasjonen (FO)
Folkehelseinstituttet
Forbundet mot rusgift
Foreningen for human narkotikapolitikk
Foreningen for kroniske smertepasienter
Foreningen tryggere ruspolitikk
Forskerforbundet
Forskningsstiftelsen FAFO
Frelsesarmeen
Fri-Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold
Frilynt Norge
Frivillighet Norge
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
Fylkesrådet for funksjonshemmede

Gatejuristen

Helsedirektoratet
Helseklage (Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten)
Helsetjenestens Lederforbund
Helseutvalget for bedre homohelse
HERO/Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
HIV-Norge
Hjernerådet
Human-Etisk Forbund
Hvite Ørn – interesse- og brukerorganisasjon for psykisk helse
Høyesterett

Informasjonssenteret Hieronimus
Innvandrerne Landsorganisasjon, INLO
Institutt for aktiv psykoterapi (IAP)
Institutt for barne- og ungdomspsykoterapi
Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi
Institutt for helse og samfunn HELSAM
Institutt for mentalisering
Institutt for psykoterapi
Institutt for samfunnsforskning
Integrerings- og mangfoldsdirektoratet
IOGT Norge
Islamsk Råd Norge

Ivareta – Pårørende berørt av rus

Ja, det nytter

Junior- og barneorganisasjonen JUBA

JURK

Juss-Buss

Jussformidlingen

Jusshjelpa

Juvente

Kirkens bymisjon

KirkerådetKompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT)

Kreftforeningen

Kriminalomsorgsdirektoratet

Kripos

KS

Lagmannsrettene

Landets fylkeskommuner

Landets fylkesmenn

Landets helseforetak

Landets høyskoler med helsefaglig utdanning

Landets kommuner

Landets kontrollkommisjoner

Landets pasient- og brukerombud

Landets politidistrikt

Landets private sykehus

Landets regionale helseforetak

Landets regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

Landets regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål

Landets regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

Landets universiteter

Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende (LUPE)Landsforeningen 1001

dager – mental helse under graviditet og etter fødsel

Landsforeningen for etterlatte ved selvmord - LEVE

Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord

Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse

Landsforeningen mot seksuelle overgrep

Landsforeningen we shall overcome

Landsgruppen av helsesøstre, NSF

Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere

Landslaget for rusfri oppvekst

Law Enforcement Action Partnership (LEAP) Scandinavia

Landsorganisasjonen i Norge (LO)

Legestudentenes rusopplysning

Likestillings- og diskrimineringsnemnda
Likestillings- og diskrimineringsombudet
Likestillingssenteret
LISA-gruppene

MA - rusfri trafikk og livsstil
Marborg

Mental Helse Norge
Mental Helse Ungdom
Moreno-instituttet - Norsk psykodramainstitutt

NA - Anonyme Narkomane
Nasjonal kompetansetjeneste ROP
Nasjonal kompetansetjeneste TSB
Nasjonalforeningen for folkehelsen
Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin - NAKOS
Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid - NAPHA
Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse
Norges automobilforbund
Norges Farmaceutiske Forening
Norges forskningsråd
Norges Handikapforbund
Norges Idrettsforbund
Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM)
Norges Juristforbund
Norges kristelige legeforening
Norges kvinne- og familieforbund
Normal Norge
Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening
Norsk Ergoterapeutforbund
Norsk Farmaceutisk Selskap
Norsk Forbund for psykoterapi
Norsk Forening for barn og unges psykiske helse (N-BUP)
Norsk forening for kognitiv terapi
Norsk forening for palliativ medisin
Norsk Forening for Psykisk Helsearbeid
Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)
Norsk Fysioterapeutforbund
Norsk Gestaltterapeut forening
Norsk Helsesekretærforbund
Norsk karakteranalytisk institutt
Norsk Narkotikapolitiforening
Norsk Pasientforening
Norsk pasientskadeerstatning (NPE)
Norsk Presseforbund

Norsk Psykiatrisk Forening
NorskPsykoanalytisk Forening
Norsk Psykologforening
Norsk sykehus- og helsetjenesteforening (NSH)
Norsk sykepleierforbund
Norsk Tjenestemannslag (NTL)
Norske Kvinners Sanitetsforening
Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)
Omsorgsjuss
Organisasjonen Voksne for Barn

Parat
Parat Helse
Pasientskadenemnda
Personskadeforbundet
Pion prostituerte Int.org. i Norge
Politidirektoratet
Politiets Fellesforbund
Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund
ProLAR
Psykiatricalliansen BIL
Pårørendealliansen
Pårørendesenteret

Regionsentrene for barn og unges psykiske helse
Regjeringsadvokaten
Retretten
Rettspolitisk forening
Riksadvokaten
Riksrevisjonen
RIO – Rusmisbrukernes interesseorganisasjon
ROM – Råd og muligheter
Rustelefonen
Røde Kors
Rådet for legeetikk
Rådet for psykisk helse

Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO)
Samarbeidsforumet for norske kollektiver
Sametinget
Samisk nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsevern og rus (SANKS)
Sekretariatet for konfliktrådene
Selvhjelpstiftelsen
Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (SEPREP)
Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF)
Sentralenheten for fylkesnemndene

SINTEF Helse
Sivilombudsmannen
Skyggeutvalget
Spekter
Spillavhengighet Norge
Statens helsepersonellnemnd
Statens helsetilsyn
Statens legemiddelverk
Statens råd for likestilling av funksjonshemmede
Statens seniorråd
Statistisk sentralbyrå (SSB)
Statstjenestemannsforbundet
Stiftelsen Angstringen Norge (ARN)
Stiftelsen KRAFT
Stiftelsen CRUX
Stiftelsen Fransiskushjelpen
Stiftelsen Golden Colombia
Stiftelsen Livet etter soning
Stiftelsen Menneskerettighetshuset
Stiftelsen Norsk Luftambulanse
Stiftelsen Pinsevennenes evangeliesentre
Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
Stiftelsen Pårørendesenteret
Stiftelsen Wayback
Sysselembannen på Svalbard

Tekna
Trygg Trafikk
Tyrili Utvikling og prosjekt - stiftelse

Ung i trafikken – ingen venner å miste
Ungdom mot narkotika – UMN
Unio
Universitets- og høyskolerådet
USHT Akershus
USHT Aust-Agder
USHT Buskerud
USHT Finnmark
USHT Hedmark
USHT Møre og Romsdal
USHT Nordland
USHT Nord-Trøndelag
USHT Oppland
USHT Oslo
USHT Sør-Trøndelag
USHT Telemark

USHT Troms
USHT Vest-Agder
USHT Østfold
Utdanningsforbundet

Veiledningscenteret for pårørende til stoffmisbrukere og innsatte
Velferdsforskningsinstituttet NOVA
Verdighetssenteret
Veien Tilbake AS
Virke
Voksne for barn

Yngre legers forening
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)

FAUSKE KOMMUNE

SAKSPAPIR

	JournalpostID: 20/402	
	Arkiv sakID.: 19/486	Saksbehandler: Gunn Zakariassen
Sak nr.		Dato
003/20	Helse- og omsorgsutvalg	19.02.2020
	Kommunestyre	

Demensplan 2020 - 2026 for Fauske kommune

Rådmannens forslag til innstilling:

Demensplan 2020 – 2026 for Fauske kommune, som vedlagt, vedtas.

Vedlegg:

09.01.2020	Demensplan Fauske kommune 2020 - 2026	1430378
09.01.2020	Demensplan 2020-2026 kortversjon	1430377
03.12.2019	Uttalelse - Demensplanen 2020 - 2026	1428312

Sammendrag:

Helse – og omsorgsutvalget vedtok den 16.10.19 å legge demensplanen ut til høring og offentlig ettersyn i 6 uker. Ved høringsfristens utløp er det kommet inn en uttalelse til planen. Uttalelsen er fra Fauske demensforening.

Uttalelsen er gjennomgått i arbeidgruppa og det er gjort noen endringer i tiltakslista i planen.

Demensplanen med høringsuttalelse behandles i helse- og omsorgsutvalget 19. februar før endelig behandling i kommunestyret 26. mars.

Geir Mikkelsen
rådmann



Fauske kommune

Demensplan 2020 – 2026

For ett aldersvennlig lokalsamfunn

Delplan av helse og omsorgplan





Demensplan for Fauske kommune

INNHold

1.0 Innledning	3
1.1 Forord	3
1.2 Formål og bakgrunn	3
1.3 Lovverk	3
1.4 Mandat for arbeidsgruppen	4
2.0 Fakta om demens	5
2.1 Forebygging av demens, livsstil og levekår	5
2.2 Forekomst av demens nå og i framtid	6
2.3 Yngre personer med demens	6
2.4 Utviklingshemming og demens	7
2.5 Demens hos personer med samisk språk eller andre med minoritetsbakgrunn	7
2.6 Alderspsykiatri	7
2.7 Personsentrert omsorg	7
2.8 Tiltak mot angst, uro og vandring	7
2.9 Ernæring	8
2.10 Lindrende behandling ved demens	8
3.0 Utredning og diagnostisering	9
3.1 Diagnostisering	9
3.2 Fastlegens ansvar og oppgaver ved diagnostisering	9
3.3 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	9
3.4 Hukommelsesteamets ansvar og oppgave	10
4.0 Å leve med demens	11
4.1 Kunnskap om demens og mestring	11
4.2 Oppfølging av pårørende	12

4.3 Tiltakspakke demens	12
4.4 Hjemmesykepleie	12
5.0 Dagaktivitet og avlastning	13
5.1 Dagaktivitetstilbud	14
5.2 Aktivitetstilbud yngre personer med demens	14
5.3 Grønn omsorg/Inn på tunet	14
5.4 Lavterskeltilbud	14
5.5 Støttekontakt	15
5.6 Åpningstider og organisering	15
5.7 Avlastningstiltak	15
5.8 Andre terapiformer	15
5.9 Tildelingskontoret	15
6.0 Bolig, kostnader	16
6.1 Bo lengst mulig i eget hjem	16
6.2 Tilrettelagte boliger for personer med demens	16
6.3 Sykehjem for personer med demens	16
6.4 Omsorgstrappen med kostnader i Fauske kommune	17
6.5 Sykdomsforløp og ressursbruk	18
7.0 Velferdsteknologi	19
8.0 Demensnettverk og frivillige	20
8.1 Samarbeid med frivillige	20
8.2 Et mer aldersvennlig samfunn	20
8.3 Aktivitetsvenn/besøksvenn	20
9 Medarbeidernes kompetanse	21
9.1 Medarbeidernes kompetanse	21
10.0 Handlingsplan frem mot 2026	22-24
11.0 Vedlegg.....	25
12.0 Oversikt aktuelle lover, forskrifter og føringer	26

1.0 INNLEDNING

1.1 Forord

Demensplanen i Fauske kommune skal angi retning vi ønsker for demensomsorgen i Fauske. Den skal bidra til at Fauske blir et mer aldersvennlig lokalsamfunn. Målet er at de som får en demenssykdom skal kunne opprettholde et verdig liv hele livet ut. Økt kunnskap hos Fauskes befolkning og de som arbeider med personer med demens, bidrar til større forståelse og trygghet i møtet med personer med demens. Planen er basert på nasjonale og lokale føringer, innspill etter høringer samt innspill og erfaringer fra Fauske kommune.

1.2 Formål og bakgrunn

Formålet med Demensplan for Fauske er å følge opp de nasjonale føringene i Demensplan 2020 som er Regjeringens 5-års plan for demensomsorgen i Norge, vedtatt 2016. Denne og kvalitetsreformen - *Leve hele livet*. For å nå disse målene skal regjeringen bidra til større åpenhet og øke kunnskapen om demens. De ønsker at det skal utvikles gode, fleksible og tilpassede tjenester til personer med demens og deres pårørende. Tjenestetilbudet skal ta utgangspunkt i den enkeltes ønsker, interesser og vaner.

Fauske kommunes demensplan gir en statusbeskrivelse av demensomsorgen i dag og skal angi retning og utvikling av morgendagens demensomsorg. Planen sier noe om hvordan vi vil utvikle gode fleksible og tilpassende tjenester med fokus på bolig, forebygging, diagnostisering til rett tid, og oppfølging etter diagnose. Det er behov for å utvikle gode pasientforløp med en trygg og koordinert oppfølging. Personsentrert omsorg og et aldersvennlig samfunn skal være en rød tråd gjennom hele planen. Arbeidet med forebyggende tiltak både for å forebygge sykdommen, og videre utvikling av sykdommen, er viktig både for innbyggerne og i et samfunnsperspektiv.

1.3 Lovverk

I 2017 kom Helsedirektoratet med en nasjonal faglig retningslinje om demens. Denne gir føringer og anbefalinger på områder innenfor demensomsorg. En rekke lover virker inn direkte eller indirekte på omsorgen for personer med demens.

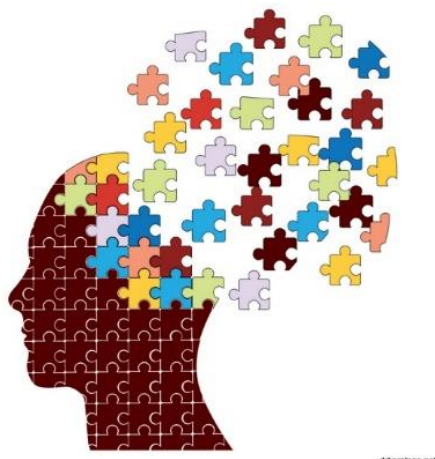
Regjeringens Demensplan 2020 har 6 strategier

1. Selvbestemmelse, involvering og deltakelse
2. Forebygging – det som er bra for hjertet er bra for hjernen
3. Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose
4. Aktivitet, mestring og avlastning
5. Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassende tjenestetilbud
6. Forskning, kunnskap og kompetanse

1.4 Mandat for arbeidsgruppen.

Arbeidet startet etter bestilling fra Helse og omsorgsutvalget i mars 2019. Den utarbeides etter faglige retningslinjer gitt på nasjonalt nivå.

Fagpersoner i planarbeidet: Demenssykepleier hukommelsesteamet Mona Hanssen, ass avd.leder hjelpepleier med videreutdanning i geriatri Heidi S.Olsen, Avdelingsleder skjermet enhet Snorre Johansen, avdelingsleder dagsenter Margrete Djupvik, seniorrådgiver forebyggende hjemmebesøk Gunn Zakariassen



2.0 FAKTA OM DEMENS

Demens skyldes forskjellige sykdommer eller skader i hjernen. Det kan ramme oss alle, og arter seg forskjellig fra person til person. Et vanlig kjennetegn er at hukommelsen svekkes i en slik grad at hverdagslivet blir endret.

https://nasjonalforeningen.no/contentassets/f3324167b40c4267818d8d796c87da40/fakta-om-demens-2017_web.pdf Det finnes rundt 100 ulike demenssykdommer og de vanligste demenssykdommene er Alzheimer, etterfulgt av Vaskulær demens, Demens med Lewy-legemer, Frontotemporal demens og Alkoholrelatert demens.

<https://www.aldringoghelse.no/demens/>

2.1 Forebygging av demens, livsstil og levekår.

En kognitiv svikt kan oppstå etter ulykker, sykdom eller forgiftninger. Ett beinbrudd kan slik utløse en kognitiv svikt. Fysisk aktivitet kan fungere som primært forebyggende tiltak mot utvikling av demens og sekundært for å hindre funksjonsnedsettelse hos personer som allerede har utviklet demens. Sunne levevaner som å være fysisk aktiv, holde blodtrykket nede, unngå overvekt, slutte å røyke samt unngå å drikke for mye alkohol bidrar til god helse og kan redusere risikoen for demens og andre sykdommer. Fysisk aktivitet, fallforebygging, sosial og kognitiv deltakelse, samt tiltak for å forebygge underernæring og depresjon, er viktige elementer for å bidra til økt livskvalitet.

<https://nasjonalforeningen.no/demens/forebygging/forebygging-av-demens/>

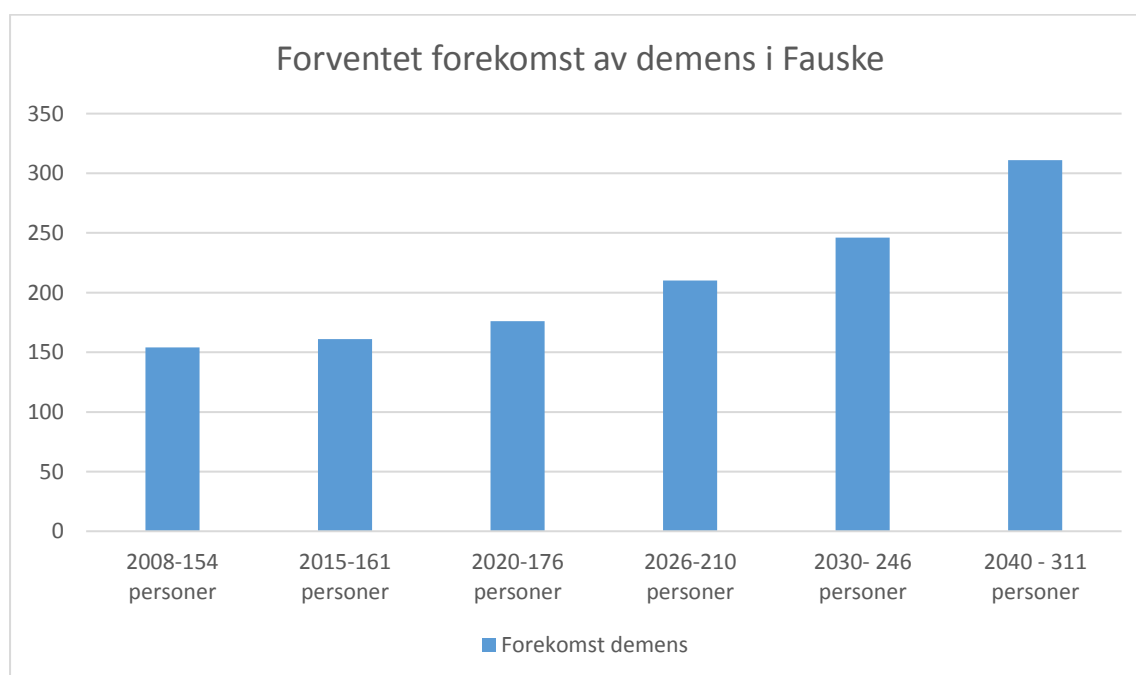
Ved demenssykdom må det tilrettelegges for mulighet til å ha en meningsfull hverdag for å hindre passivitet slik at daglige gjøremål mestres så lenge som mulig.

2.2 Forekomst av demens nå og i framtida

Helsetjenesten må betjene en større og eldre befolkning. I Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 -2019) presenteres framskrivning av folketall og konsekvenser for ressursbehovet i spesialisthelsetjenesten fram mot 2030. Befolkningen i Norge blir større og eldre. Fram til 2030 vil det bli om lag 300 000 flere eldre over 70 år enn i dag, dvs. en økning på over 50 %. For Fauske vil det i 2030 utgjøre 246 personer som vil ha en demenssykdom.

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/statusrapport-hjerneehelse/Statusrapport%20hjerneehelse.pdf/_attachment/inline/7d59bc61-6239-4d06-9aa6-987ee4454850:288b5a0f60e635edcfc3a872158af2cbd37eb6dc/Statusrapport%20hjerneehelse.pdf

Oversikt over forventet forekomst av personer med demens i Fauske kommune.



2.3 Yngre personer med demens

Av alle som lever med demens i dag, regner vi med at minst 4 000 er under 65 år. For Fauske vil det utgjøre i underkant 10 personer og tallet forventes å øke. Hos yngre er det målt at de har større vansker med planleggingsevne, å forstå hva man ser og orienteringsevnen, enn det eldre har.

<https://www.aldringohelse.no/alle-artikler/ung-med-demens/>

2.4 Utviklingshemming og demens.

Mange personer med psykisk utviklingshemming får demens. Det er en vanskelig oppgave å skille om funksjonssvikt skyldes demens eller andre psykiske eller fysiske sykdommer, eller endringer i omgivelser. Personer med Downs syndrom har stor risiko for å utvikle demens i ung alder. <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/hva-vet-vi-om-aldring-og-helse-blant-personer-med-utviklingshemning-i-norge/>

2.5 Demens hos personer med samisk språk eller andre med minoritetsbakgrunn

Vi har både erfaringer og forskningsbasert kunnskap om at når eldre blir alvorlig syke, kan de miste andrespråket. Hvis andrespråket er norsk, viser det seg at det er det som først blir borte, og en husker best sitt morsmål. Det må tas spesielt hensyn til språklige og kulturelle forskjeller. Når det gjelder utredning av demens hos personer med minoritetsbakgrunn, er det anbefalt at de utredes i spesialisthelsetjenesten hvis det er språklige utfordringer. <https://www.nrk.no/sapmi/frykter-a-miste-det-norske-sprak-1.8050971>

2.6 Alderspsykiatri

Forskjellen mellom demenssykdom og alderspsykiatriske sykdommer (depresjon, angst, psykose) kan ofte være vanskelig å skille. Med demens følger også endringer i atferd og psykisk helse. Rusfeltet vil med stor sannsynlighet få flere med alderspsykiatriske lidelser.

2.7 Personsentrert omsorg

Det vil si å ha fokus på personen, og ikke på sykdommen. For å opprettholde et verdig liv hele livet, er kjennskap til personen viktig, ikke minst når evnen til å uttrykke ønsker og hva som er viktig blir borte. https://www.aldringoghelse.no/e-l%C3%A6ring/palliasjon-og-demens_/modul-demens-og-palliasjon/personsentrert-omsorg/#0

2.8 Tiltak mot angst, uro og vandring

Når en mister kontrollen over tilværelsen og ikke lenger har hukommelsens hjelp, er omgivelsene helt avgjørende for trygghet. Noen «godtar» en slik tilværelse bedre enn andre, og beholder tryggheten. Andre blir urolige, engstelige, aggressive og trenger tettere oppfølging. Ved å ha gode rutiner og kunnskap i bruk av miljøtiltak, mulighet og tid til å iverksette tiltak, vil en få redusert angst og uro. Bemanningen må være stabil og bestå av kjent personell, slik at personalet kan følge pasienten tett opp, og iverksette de tiltak som situasjonen til enhver tid krever. Personalet bør ha videreutdanning innen demensomsorg for å ha forståelse for sykdommen og sykdomsutviklingen.

2.9 Ernæring

Faren for underernæring øker hos personer med kognitiv svikt eller demenssykdom. Dårlig kosthold og dehydrering kan også gi redusert hukommelse. Alle som kartlegges for demens blir tatt høyde og vekt av slik at de kan følges opp ved eventuell vektendring og tiltak kan iverksettes på ett tidligere tidspunkt.

<https://sykepleien.no/forskning/2013/11/underernaering-hos-eldre-hjemmeboende-personer-med-demens>

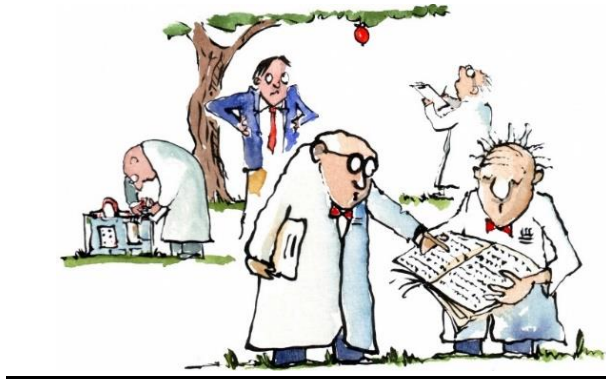
2.10 Lindrende behandling ved demens

Uavhengig av diagnose, er det anbefalt å ha en forberedende samtale med pasient, pårørende og helsepersonell for å planlegge tiden framover, og helsehjelp ved livets slutt. Hensikten med samtalen er brukermedvirkning og medbestemmelse, gjensidig trygghet og tillit mellom pasient og helsepersonell, og gi helsepersonell grunnlag for beslutninger og gode prosesser videre.

God smertebehandling blir en del enklere for pasienter i sykehjem som selv kan beskrive dette, enn hos dem som ikke kan sette ord på smerten på grunn av redusert hukommelse, språk og manglende refleksjonsevne.

Dette får også konsekvenser for vurdering av effekt og eventuelle bivirkninger av behandling. Disse pasientene er avhengige av at pleiepersonell og andre omsorgspersoner kan tolke verbale og ikke-verbale tegn som uttrykk for smerte og ubehag. Atferds baserte smertekartleggingsinstrumenter er nødvendig ved smertekartlegging hos moderat til alvorlig demente pasienter.

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/bedre-lindrende-behandling-til-personer-med-demens/id2602441/>



3.0 UTREDNING OG DIAGNOSTISERING AV DEMENS

Målet med utredning er ikke bare å stille en diagnose, men utredningen skal også danne grunnlag for å vurdere hvilke konsekvenser demenssykdommen har for livskvalitet og fungering i daglige aktiviteter samt muligheter for medikamentell behandling.

3.1 Diagnostisering

Utredningen bør foregå i samarbeid mellom fastlegen og hukommelsesteamet.

Hensikten med diagnostisering er blant annet å:

- skille demens fra normal aldring, somatisk sykdom og psykiatrisk sykdom.
- skille demens fra legemiddel- og ruspåvirkning
- skille mellom ulike typer demens

Aldring og helse har utarbeidet et verktøy til bruk for diagnostisering i kommunene.

3.2 Fastlegens ansvar og oppgaver ved diagnostisering

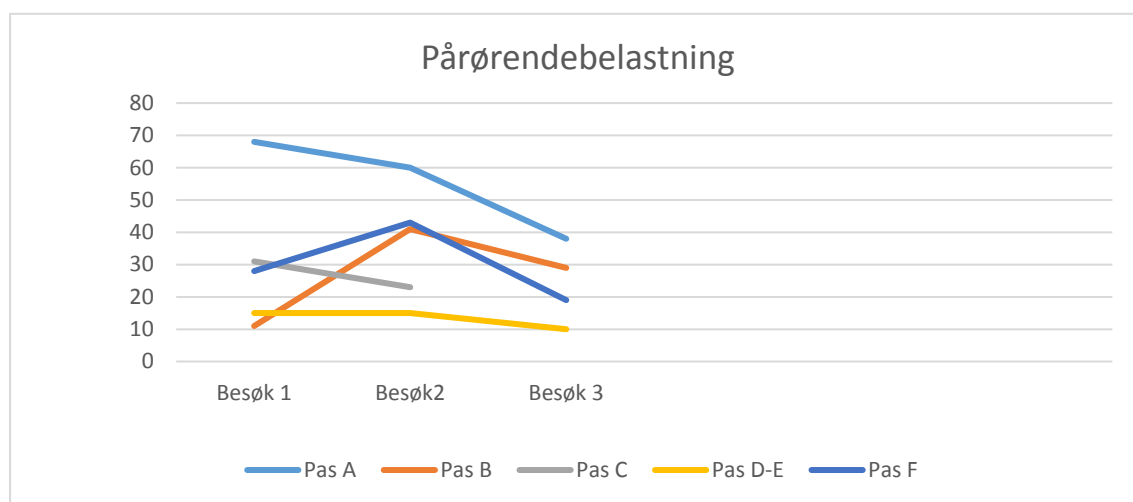
Utredningen starter hos fastlegen. Det er viktig at personer med demens får stilt diagnosen til rett tid. Dette har betydning for behandling og planlegging av fremtiden. Etter at diagnosen er stilt og formidlet til personen med demens og dens pårørende, er fastlegens oppgave å følge pasienten opp med årlige kontroller, og hyppigere ved behov. Hvis hukommelsesteamet ikke har deltatt på utredningen, kan fastlegen etter samtykke fra pasienten ta kontakt med hukommelsesteamet.

3.3 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Demensplan 2020 slår fast at det er fastlegen som har hovedansvaret for diagnostiseringen, men at legen i noen tilfeller bør henvise til spesialisthelsetjenesten. I det diagnostiske arbeidet kan fastlegen søke bistand hos spesialister ved Kløveråsen utrednings- og kompetansesenter. Spesialisthelsetjenesten har også et lovfestet ansvar for å veilede ansatte i kommunehelsetjenesten ved behov.

3.4 Hukommelsesteamets ansvar og oppgave

Hukommelsesteamet har etablerte rutiner for samarbeid med lege, Tildelingskontor, Dagsenter, Hjemmebaserte tjenester, ergoterapi, syn og hørselskontakt for å sikre en tverrfaglig tilnærming. Hukommelsesteamet i Fauske Kommune er et lavterskeltilbud, lokalisert på Fauske Helsetun. Oppgave er å være behjelpelig med å utføre kartlegginger angående utredninger og utviklingen av demenssykdommen. Gi støtte, informere, være tilgjengelig for pasient og pårørende. Oppgaven består også av halvårlig oppfølging med veiledning av pårørende, vurdering av nye eller justering av eksisterende hjelpetiltak.



Under oppfølgingen av den som har en demenssykdom og deres pårørende ser en at belastningen for de pårørende går ned ved tettere oppfølging. Selv om den som har en demenssykdom blir sykere, blir den følte belastningen mindre.

Tiltak som blir forsøkt satt inn for å gi avlastning kan være støttesamtaler, støttekontakt, tiltakspakke demens, dagsenter som Solstua eller avlastning.



4.0 Å LEVE MED DEMENS

Svært mange med demens forteller om en økende opplevelse av å føle seg utenfor. De føler at de på grunn av sin sykdom gradvis mister tilhørighet til folk rundt seg, og til samfunnet. Utviklingen av demens har gitt dem en følelse av å ikke lenger være normale. Personer som selv har demens og dens pårørende, har også behov for mer kunnskap om demens.

<https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/demens/leve-med-demens>

4.1 Kunnskap om demens og mestring

Etter utredning og diagnostisering er det ønskelig å gi tilbud om en individuell samtale om veien videre. Det gis i dag tilbud om pårørendeskole, samtalegrupper. *Møteplass for mestring* er et kurstilbud til yngre personer med demens sammen med pårørende.

Tid til å være ung et tilbud til unge under 30 år, som er barn av personer med demens.

Pårørendeskole, samtalegruppe og direkte veiledning kan hjelpe pårørende å håndtere situasjonen bedre. Det blir årlig avholdt interkommunal pårørendeskole sammen med Sørfold og Saltdal kommune. For pårørende til mennesker med kronisk sykdom, er det viktig at de føler at de kan mestre situasjonen. Det er etablert Samtalegrupper og tilbud om kontakt med likeperson.

<https://www.aldringoghelse.no/demens/p%C3%A5r%C3%B8rende/tid-til-%C3%A5-v%C3%A6re-ung/>

4.2 Oppfølging av pårørende

Kommunen har plikt til å involvere pårørende og gi støtte, veilede og informere om mulighet for avlastningsordninger. Det kan søkes om omsorgslønn for de som har store omsorgsoppgaver. Oppfølging av pårørende gjøres regelmessig for å unngå at pårørende selv blir syke på grunn av omsorgsbelastning.

Demens i familien kan føre til depresjon, angst og andre stressrelaterte plager. Det er derfor riktig å finne tiltak som kan hjelpe pårørende som er i en slik livssituasjon. Avlastning i hjemmet er ikke etablert i Fauske. Det er etablert støttekontakt, dagaktivitetstilbud eller avlastningsopphold på institusjon. Dette kan gi de pårørende fysisk fri i perioder. I tillegg har Demensforeningen samtalegrupper hvor pårørende kan melde sin interesse. Det er også mulighet til å få snakke med en likeperson.

4.3 Tiltakspakke demens

Tiltakspakke demens er en tjeneste som består av en tettere oppfølging av pasient og pårørende. Oppfølgingen gjøres av en kontaktperson i hjemmesykepleien hver 4. uke med samtale og kartlegging av behov for endringer i tjenestene. Dette vil raskere avdekke underernæring, infeksjoner, dehydrering som igjen kan avverge innleggelse i sykehus.

<https://www.utviklingscenter.no/tiltakspakke-demens.5273737-176141.html>

4.4 Hjemmesykepleie

Etterhvert som sykdommen utvikler seg vil det kunne melde seg behov for hjemmebaserte tjenester. Hjemmebaserte tjenester bør organiseres på en måte slik at det gir tryggere rammer for pasienten. Å arbeide i team gir færre personer å forholde seg til, tryggheten øker og endringer hos pasienten fanges opp raskere.

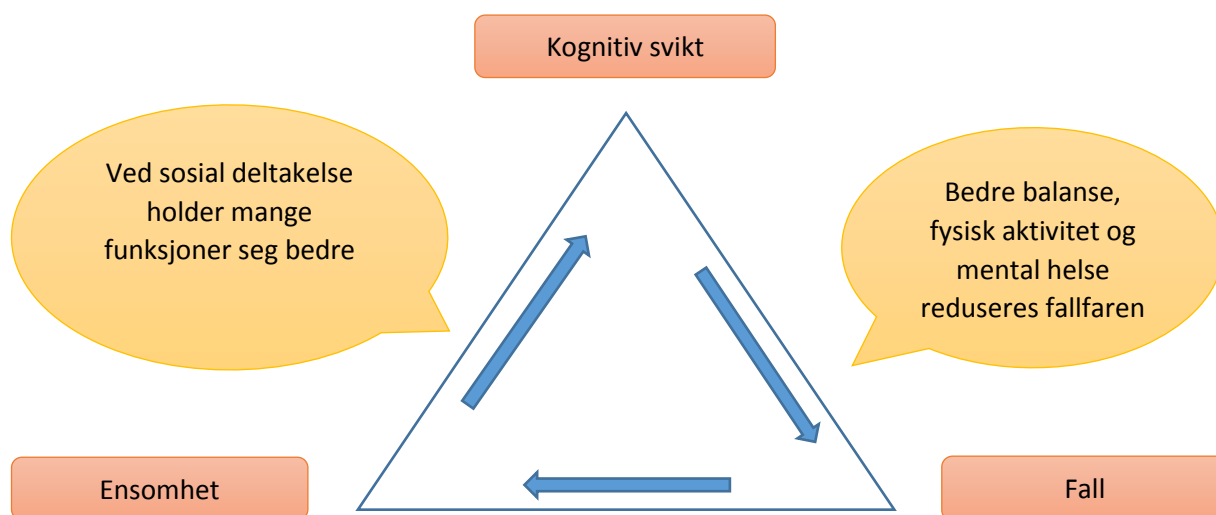


5.0 DAGAKTIVITET OG AVLASTNING

5.1 Dagaktivitetstilbud

Aktivitet – fysisk, kognitivt og sosialt, er viktig for alle personer med demens. Det kan gi mening, tilhørighet og kvalitet i hverdagen, og det kan også bidra til at konsekvensene av demenssykdommen blir mindre. Fysisk aktivitet vil for eksempel redusere fallrisikoen og bedre ADL-funksjonen (Aktiviteter i dagliglivet), sosialt samvær vil stimulere appetitten, redusere ensomhet, mm. Målsettingen for dagaktivitetstilbud er dels rettet mot personer med demens, dels mot pårørende.

Bildet under viser skjematisk hvordan kognitiv svikt, fall og ensomhet påvirker hverandre.



Fra 2012 har det vært statlig øremerkede tilskuddsmidler til å opprette dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens. Fra 2020 vil det bli en lovfestet plikt for kommunen å tilby dagaktivitetstilbud og tilskuddsmidlene vil opphøre. Miljø- og aktivitetsavdelingen i Fauske har siden høsten 2011 hatt dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens, med målsetting å øke livskvaliteten i hverdagen for brukerne, gjennom tilpasset aktivitet. Respekt, mestring og trivsel er sentrale begrep for å

oppnå dette. Dagaktivitetstilbudet er opptatt av å fremme det friske og ikke fokusere på det som ikke fungerer.

Det antas at tilrettelagte dagaktivitetstilbud kan utsette behovet for sykehjemsplass fra 1-2 år, og at det også har betydning for livskvaliteten både for personen med demens og for pårørende.

<https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/dagaktivitetstilbud-gir-p%C3%A5r%C3%B8rende-n%C3%B8dvendig-avlastning/>

Ut fra antatt økning i antall personer med demens i Fauske kommune, vil behovet for dagaktivitetsplasser øke betydelig i de neste 10-12 år. Dagaktivitetstilbudet bør økes både i antall dager og utvidet åpningstid. Dagaktivitetstilbud er en viktig del av tiltakskjeden, og gir rikelig anledning til å observere pasientenes funksjonsnivå over tid, som igjen er med på å sikre rett omsorgsnivå framover. Solstua dagsenter har egen Facebook side som kan følges.

5.2 Aktivitetstilbud yngre personer med demens.

Fauske kommune har i dag ikke noe spesielt tilbud til yngre personer med demens. Det er ett ønske om å kunne legge til rette for aktivitet og gode opplevelser som kan bidra til en meningsfull hverdag og økt mestringfølelse. Mange har levd et aktivt liv og ønsker å fortsette med det. Ved å lage et tilbud knyttet til natur, treningsstudio, «inn på tunet» vil denne gruppen få tilbud som gir økt livskvalitet. For at aktivitetstilbud skal ha avlastende effekt for pårørende, bør tilbudet gis med tilstrekkelig intensitet. Erfaringer viser at mange brukere får aktivitetstilbud for sent i forløpet, at tilbudet gis for få dager i uken og ikke er godt nok tilpasset spesielt yrkesaktive pårørende.

5.3 Grønn omsorg/Inn på tunet

Grønn omsorg/inn på tunet, kan være ett tilbud om varierte og tilpassede aktivitetstilbud. Inn på tunet er et dagaktivitetstilbud lagt til en gård. Det er et samarbeid mellom bonden på gården og kommunen, og er egnet for fysisk spreke personer med demens som har glede av og interesse for å være med på ulike gårdsaktiviteter.

https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

5.4 Lavterskeltilbud.

Demens er fremdeles tabubelagt for enkelte personer med demens og deres pårørende. For å nå fram til disse familiene, er det derfor viktig med tilbud som verken etterspør diagnose eller stiller krav til vedtak. I Fauske kommune har vi gå- trening i SKS hallen, som kan være et slikt tilbud. Tiltaket kombinerer fysisk aktivitet med mulighet for påfølgende sosialt treff. Helsetunets venner har lørdagskafe i kafeen på Helsetunet som er åpent for alle. Det er behov for at lavterskeltilbudet utvides til flere arenaer.

https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

5.5 Støttekontakt

Mange personer med demens vil ha nytte av støttekontakt. Støttekontakt er en vedtaksbasert tjeneste og dermed ikke et lavterskeltilbud. Støttekontakt gis også som et avlastningstilbud til pårørende.

5.6 Åpningstider og organisering

Nåværende dagaktivitetstilbud har åpent 5 dager i uken med ordinær åpningstid fra 8-15.30. To av dagene er spesielt tilrettelagt for personer med demens. Tilbudet til denne gruppen bør utvides til 5 dager pr uke. For å få en best mulig effekt og størst mulig stabilitet vil et tilbud om 5 dager i uken være best.

Det er behov for utvidet og en mer fleksibelt tilbud flere dager i uken med lengere åpningstid. Det er mange personer med demens som bor alene og har behov for denne tjenesten utover den ordinære åpningstiden. For grupper som har behov for dagsenter kveld og helg er ikke dette et tilbud vi har pr 2019.

Dagsenteret har pr 2019 ikke egnede lokaler for å utvide tilbudet eller å ta imot to grupper samtidig.

5.7 Avlastningstiltak

Det er flere former for tilbud om avlastning til pårørende. Det kan være støttekontakt, dagsenter tilbud samt avlastning i institusjon. Det er behov for et mer fleksibelt tilbud om avlastning på både dag og kveldstid. Pr 2019 har Fauske kommune avsatt 2 plasser til avlastning i institusjon beregninger viser at behovet vil bli 10-12 avlastningsplasser.

5.8 Andre terapiformer

Det er flere terapiformer som kan benyttes i forhold til personer med demens. Dette kan blant annet være musikkterapi, hukommelsesstimulerende terapi.

<https://musikkbasertmiljobehandling.no/>

<https://www.aldringoghelse.no/demens/hukommelsesstimulerende-terapi-hst/>

Det er ønskelig at helsepersonell holder seg orientert om hva som kan iverksettes for å bedre hverdagen til personer med demens.

5.9 Tildelingskontoret

Fauske kommune forvalter helse og omsorgstjenestene via Tildelingskontoret. Det gjøres en faglig vurdering, og utfra denne fattes vedtak med hjemmel i lovverk.



6.0 BOLIG OG KOSTNADER

6.1 Bo lengst mulig i eget hjem

Når en person får en demenssykdom kommer alltid spørsmålet om hvor lenge vedkommende kan bo hjemme. Målsetningen er at folk skal kunne få bo hjemme lengst mulig. Etter hvert som sykdommen utvikler seg, kommer behovet for tjenester som hjemmesykepleie, dagsenter, korttidsopphold, avlastning, tilrettelagt botilbud eller sykehjemsplass. Det er pr 2019 ca 90 personer med demens som bor hjemme.

6.2 Tilrettelagte boliger for personer med demens

Per 2019 mangler Fauske kommune botilbud til personer med demens som er for syke til å bo hjemme, men for friske til å bo på sykehjem. Bolig og fysiske omgivelser utover de generelle krav til universell utforming av boliger og nærmiljø, taler dokumentasjon for at små, tilrettelagte boenheter med hjemlig miljø og få beboere har gunstig effekt på personer med demens. Enkel utforming og særpreg på hvert rom fremmer rom- og stedsans. Korte ganger og korridorer gir få veivalg. For å unngå at bomiljøet forsterker sykdomsutviklingen og reduserer mestringsvevnen, bør det legges vekt på slike forhold både ved tilpasning av egen bolig og utbygging av tilrettelagte boliger og sykehjem.

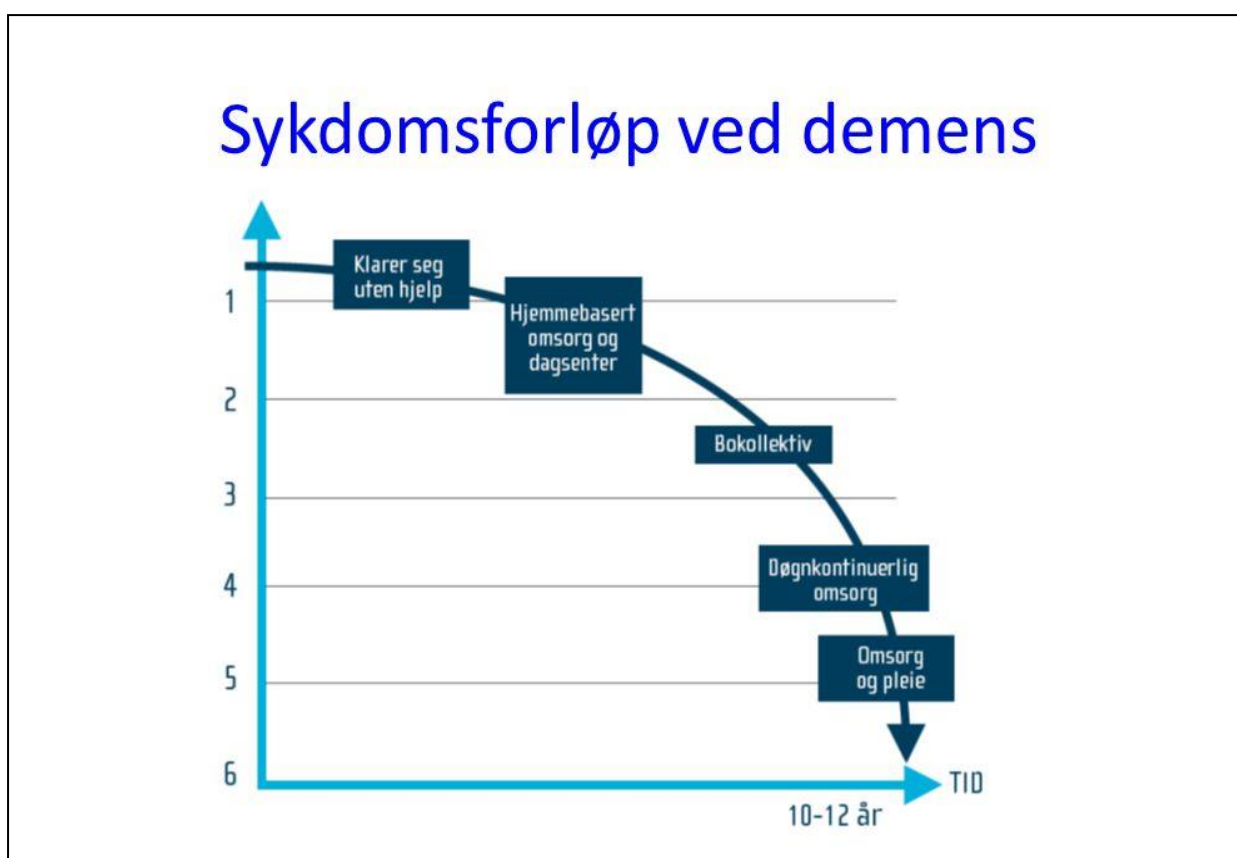
<https://www.aldringoghelse.no/boligguiden/boenheter-personer-med-demens/>

«Hvis en bygger for ungdommen ekskluderer en de eldre, bygger en for de eldre inkluderer vi alle»

6.3 Sykehjem for personer med demens

Fauske Kommune har ikke sykehjemsplasser som er fysisk tilrettelagt for personer med demens. Dette gjelder både inne og utearealer. Med tilrettelagte boliger for personer med demens kan en unngå utagering og samtidig redusere bruken av medikamenter på grunn av uro. Rom med ekstra lydskjerming, vandrerute, mulighet til å gå ut.

6.4 Omsorgstrappen med kostnader i Fauske kommune.



Bergers skala.

«Omsorgstrapp» viser utvikling av tjenester ved demenssykdom i en 10-12 års periode. Fauske mangler botilbudet mellom hjem og sykehjem.

«Hvis en bygger for ungdommen ekskluderer en de eldre. Bygger en for de eldre inkluderer vi alle»

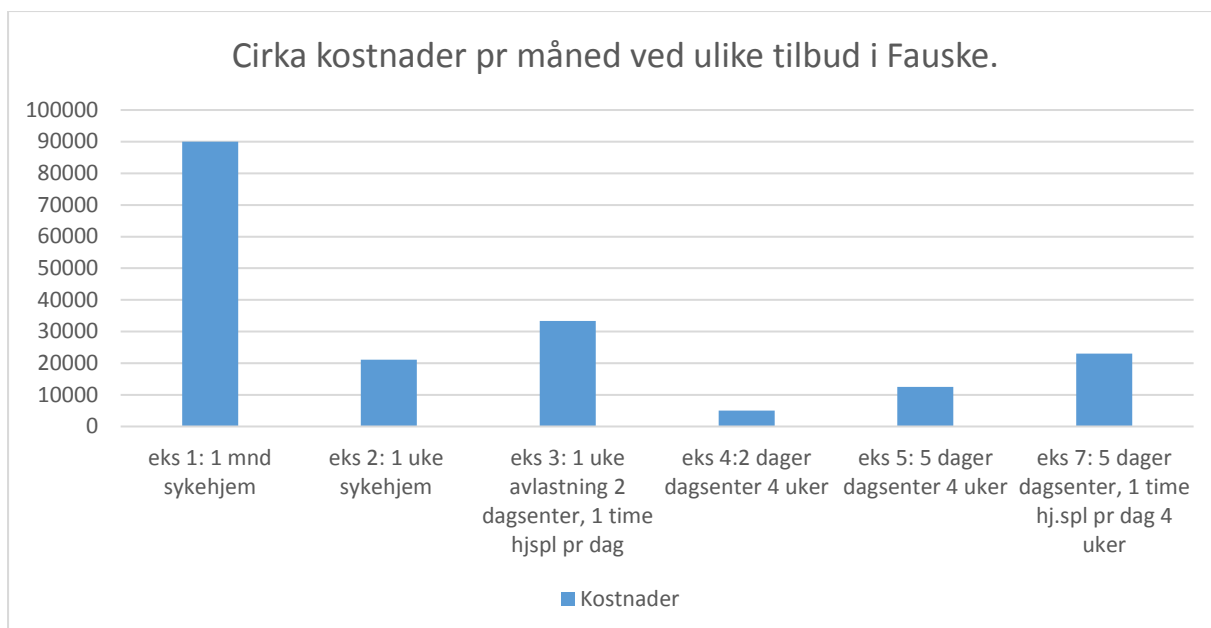
Kostnadene i Fauske kommune for drift av en sykehjemsplass i avdeling for personer med demens er ca. 1,1 til 1.3 mil pr år pr pasient.

Når en person kommer inn på avlastning betaler vedkommende for egne medisiner og medisinsk utstyr.

Kostnadene ved å drifte en plass i bolig med lavere omsorgsnivå enn sykehjem forventes å være betydelig rimeligere. Dette er ett botilbud Fauske mangler.

Pr mars 2019 har Fauske kommune 8 personer som kunne bodd med lavere omsorgsnivå, men som har langtids plass i sykehjem på grunn av mangel på annet egnet bolig.

Dagtilbud er vesentlig rimeligere enn institusjonsplass.



Skjematisk fremstilling av cirka kostnader på ulike tilbud.

6.5 Sykdomsforløp og ressursbruk

Tall på Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens fra 2015 med tall hentet fra 2013 sier at gjennomsnittlig sykdomsvarighet med demens er 8,1 år fra symptomdebut til død. Tid fra symptomdebut til diagnose blir stilt er gjennomsnittlig 3 år. Fra diagnose er stilt til innleggelse i institusjon er det gjennomsnittlig 3 år og opphold på avdeling for personer med demens er i landsgjennomsnittet er på 2,1 år. Grovt regnet har 85-90 % av de som har demens behov for heldøgns omsorgstilbud i siste fase av livet.

Årlige kostnader til helse- og omsorgstjenester for pasienter med demens er 358 000 kroner per person pr 2015. Med utgangspunkt i en forekomst på 78 000 er dermed totalkostnaden for personer med demens 28 milliarder kroner per år. Kostnader per person med demens gjennom hele sykdomsforløpet: Totale kostnader til helse- og omsorgstjenester gjennom hele sykdomsforløpet for en person med demens utgjør 2,9 millioner kroner. Opphold på sykehus utgjør 11 % av totalkostnadene, hjemmesykepleie 20 %, opphold på sykehjem 60 % og andre utgifter 9 %. Kommunen finansierer 76 % av de totale kostnadene, staten finansierer 12 %, og de resterende 12 % er egenbetaling fra pasientene.

https://sykehuset-innlandet.no/Documents/REDIC_Rapport_Kortversjon.pdf



7.0 VELFERDSTEKNOLOGI

Velferdsteknologi er en fellesbetegnelse på tekniske installasjoner og løsninger som kan bedre den enkeltes evne til å klare seg selv, og bidra til å sikre livskvalitet og verdighet for brukeren. Teknologiske hjelpemidler skal understøtte og forsterke brukernes trygghet, sikkerhet, selvhjulpenhet og medbestemmelse. Dette gjelder både for eldre som bor hjemme, pasienter i sykehjem, og personer med nedsatt funksjonsevne. Erfaringer viser også at velferdsteknologi kan gi mer effektiv bruk av ressurser i helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

I Fauske kommunes kommunehelseplan for Helse-omsorg og sosial 2018-2026 som ble vedtatt i juni 2018 heter det at: «Velferdsteknologi skal integreres i tjenestetilbudet i helse-omsorg- og sosialtjenesten. Velferdsteknologiske løsninger er med på å skape en tryggere og enklere hverdag både for brukere, pårørende og omsorgspersonell. Teknologi kan brukes til å løse helt konkrete problemer og dermed møte behov brukerne har. Teknologi vil aldri erstatte nærhet og omsorg, men være et supplement til disse tjenestene. Nasjonale styringsdokumenter viser at velferdsteknologi har potensiale til å effektivisere tjenester, men i en overgangsfase er det viktig å sette av nok ressurser til å etablere ny praksis. De økonomiske rammer vil virke inn på resultater og måloppnåelse»

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/anbefalinger-om-velferdsteknologiske-losninger-i-kommunene>



8.0 DEMENSNETTVERK OG FRIVILLIGE

8.1 Samarbeid med frivillige

Det er ett omfattende og uformelt samarbeid med lag og foreninger i pleie og omsorg. Behovet for en frivillighetskoordinator som kan koordinere dette arbeidet og eventuelt utarbeide samarbeidsavtaler med frivillige er stort. Koordinatoren skal samordne all frivillig aktivitet innen pleie og omsorg slik at de frivillige blir ivaretatt, samt bidra til at deres innsats blir et godt supplement til kommunale tjenester.

8.2 Et mer aldersvennlig samfunn

Målet er at mennesker med demens skal møte forståelse, respekt og støtte fra de gruppene i befolkningen som de trenger hjelp fra. Fauske kommune har inngått avtale med Nasjonalforeningen for folkehelsen om å arbeide for ett mer demensvennlig samfunn. Kampanjen innebærer at lokalmiljøet skal kurses i hvordan bedre ivareta personer som har en demenssykdom, slik at de kan bli møtt med forståelse og fortsatt kan føle seg som en viktig del av samfunnet. Dette er en pågående kampanje, og det gis årlige tilbud om kurs både til privat, offentlig sektor, samt til lag og foreninger.

<https://nasjonalforeningen.no/tilbud/kommuner-og-demens/demensvennlig-samfunn/>

8.3 Aktivitetsvenn/besøksvenn

Nasjonalforeningen for folkehelse- Fauske demensforening har en samarbeidsavtale med Fauske kommune om aktivitetsvenn. En aktivitetsvenn er en frivillig som gjør hverdagsaktiviteter sammen med en som har demens. Med en aktivitetsvenn kan demenssyke få mulighet til å fortsette sine vanlige aktiviteter. Målet er å bidra til at personer med demens kan få flere aktiviteter og gode opplevelser i hverdagen.



9.0 MEDARBEIDERNES KOMPETANSE

9.1 Medarbeidernes kompetanse

For å kunne tilby personsentrert omsorg og ha kunnskap om demenssykdommene og kjennskap til ulike metoder for å takle endret atferd er det viktig med kompetanse blant helsepersonell på alle nivå. Det må tilrettelegges både praktisk og økonomisk for kompetanseheving hos pleiepersonell som skal jobbe med denne gruppen.

Kunnskap og kompetanse økes i hjemmesykepleien og sykehjem. 2017-2019 ble det gjennomført kurs i Demensomsorgens ABC hvor 94 av de ansatte deltok. Videreføring av Demensens ABC med egen ABC- perm om Miljøbehandling er ønskelig. Kompetanseplan fra 2012-2020 har blant annet videreutdanning innen demens som ett av satsningsområdene noe som er behov for å videreføres.

Det er i tillegg tilknyttet 100% stilling med medisinfaglig kompetanse til Fauske sykehjem.



10.0 HANDLINGSPLAN FREM MOT 2026

Status	Utfordringer	Strategi og ønsket utvikling fram mot 2026
<p>2.1 Forebygging av demens. Fysisk aktivitet, sosialt fellesskap, ivaretagelse av egen helse. Forebyggende hjemmebesøk med kartlegging og motivering til å ivareta egen helse. Lavterskeltilbud SKS hallen, Gruppetrening for ulike grupper via frisklivssentralen.</p>	<p>Motivere befolkningen til å ta grep om eget liv for om mulig å bremse utviklingen av demens.</p>	<p>Legge til rette for fysisk aktivitet, lavterskeltilbud. -Røykeslutt kurs -Hjelp til vektreduksjon -Diabetes «Å leve med diabetes» - Gruppetrening KOLS, hjerte/kar. -Flere benker langs gang og sykkelstier</p>
<p>2.2 Økt antall personer med demens. -Hukommelsesteamet har i 2019 oversikt over 93 hjemmeboende personer med demens. -Samtidig regner en med at 85% av de som bor i sykehjem har en demenssykdom. - En antar at det er flere som bor hjemme og enda ikke har fått stilt en demensdiagnose enda.</p>	<p>Hvordan ha kapasitet til å følge opp pasient og pårørende på en god måte når antallet vil øke med 50% fram mot 2026</p>	<p>-Få oversikt over antallet og status slik at en er forberedt på eventuelle behov for hjelp som kommer. -Øke ressursene til demensarbeid. -Flere får tjenesten tiltakspakke demens som utføres av hjemmesykepleien -Arbeidslag i hjemmesykepleien - Øke antallet tilrettelagte institusjonsplasser</p>

Status	Utfordringer	Strategi og ønsket utvikling fram mot 2026
4.1 Pårørendeskole Helsedirektoratet gir tilskudd for drift og gjennomføring av pårørendeskole frem til 2020.	-Opprettholde tilbud om pårørendeskole når tilskudd fra Helsedirektoratet opphører etter 2020.	-Holde pårørendeskole i samarbeid med Sørfold og Saltdal en gang pr år.
4.1 Samtalegrupper Helsedirektoratet gir tilskudd til drift av samtalegrupper for pårørende til personer med demens frem til 2020.	-Opprettholde tilbudet om samtalegruppe for pårørende når tilskuddet fra Helsedirektoratet opphører etter 2020.	-Opprettholde tilbudet om samtalegrupper for pårørende.
4.3 Tiltakspakke demens kjøres som prosjekt 2019.	-Kapasitet i hjemmesykepleien til å tilby tiltakspakke demens til alle som får påvist kognitiv svikt.	-Alle som får påvist en kognitiv svikt skal få tilbud om tiltakspakke demens.
5.3 Grønn omsorg/ «Inn på tunet» I dag har ikke Fauske kommune noen avtaler med private aktører	Har ikke eget tilbud til fysisk aktive personer med demens.	Åpne for samarbeid med private aktører som kan gi tilbud tilsvarende «Inn på tunet».
5.4 Behov for flere lavterskeltilbud i Fauske. Noen etablerte tilbud er, gå trening i SKS hallen x 2 pr uke. Lørdagskafe helsetunet 2.	Flere lavterskeltilbud hvor en ikke etterspør verken diagnose eller stiller krav til vedtak.	-Turgruppe - Ukentlig tilbud til personer med demens og pårørende. - Samarbeid med frivillige. - Etablere en egen møteplass for personer med demens.
5.6 Dagaktivitetstilbud. Har åpent 2 formiddager tilrettelagt for personer med demens. 2 formiddager og 1 ettermiddag beregnet på somatikk, her deltar også enkelte personer som har en demenssykdom.	-Ugunstige lokaler gir begrensninger til å ha mer enn en gruppe av gangen -Behov for økt tilbud om dagplass samt tilrettelagt tilbud om dagplass til yngre personer med demens.	-Nye og flere lokaler. -Økt bemanning for å øke tilbudet til ettermiddagstid samt øke tilbudet. -Eget tilbud til yngre personer med demens.
5.6 Fleksibel organisering på dagsenteret er ikke etablert.	-Hvordan organisere åpningstidene for å få en fleksibel løsning for brukerne av dagsenteret. -Personer med demens som bor sammen med ektefelle hva gjøres når ektefellen skal til lege/sykehus ets er det behov for avlastning fra timer til dager.	Økt tilbud dag 8.00-20.00 -«Dropp-inn» -Helgeavlastning dag. -Avlastning kveld hvis pårørende skal på møte/sosialt treff.

5.7 Avlastning som er pr 2019. -Støttekontakt -Dagsenter -Avlastning institusjon	-Etablert et en fleksibel avlastning på dagtid. -Få til en økt åpningstid på dagsenteret.	- Kunne ta imot avlastning på kort varsel fra timer til dager -avlastning i hjemmet - Øke antallet plasser for avlastning
Status	Utfordringer	Strategi og ønsket utvikling fram mot 2026
6.2 Tilrettelagt bolig. Mangler botilbud mellom hjem og sykehjem	-Tilpasse tjenesten til hele sykdomsforløpet	- Arbeide for å få boliger som er tilrettelagt personer med demens og er mellom hjem og sykehjem.
7.0 Velferdsteknologi. 2019 er en begynt å ta det i bruk via e-lås, digitalt tilsyn og annen sensorteknologi.	Ressurser til å få kjøpt inn utstyr til velferdsteknologi.	Få implementert velferdsteknologi i hjem hvor dette kan øke tryggheten hos beboer og pårørende.
8.1 Frivillige. Mangler flere samarbeidsavtaler med frivillige.	Hva skal til for å få ett best mulig samarbeid med frivillige slik at det blir bra for alle parter.	Behov for en koordinator til å samordne frivillig arbeid i pleie og omsorg.
8.2 Aldersvennlig samfunn. Det er avholdt kurs om demens for ca 100 personer, butikk og service.	Hvordan nå ut til befolkningen for å informere om utfordringene personer med ulike sykdommer står overfor, slik at vi får ett mer aldersvennlig samfunn?	-Tydelig merking/skilting -Sette ut flere benker -Avholde flere kurs om demens for personer innen butikk/service. -Få ett mer synlig hukommelsesteam -Markering av den internasjonale Alzheimer-dagen 21 september
9.0 Kompetanse. Har avviklet kurs i demensens ABC. Flere i sykehjemmet tar videreutdanning i demensomsorg.	- Hvordan øke kunnskapen om demens hos ansatte. - Øke kunnskapen om å håndtere personer med demens ved utagering. - Øke kompetansen med miljøbehandling.	- Etterspørre kompetanse. - Legge til rette for etter og videreutdanning. - Fortsette demensens ABC med miljøpermen. - Få ett opplæringsprogram for støttekontakter.

11.0 Vedlegg

Vedlegg 1. Høringsuttalelse Nasjonalforeningen for folkehelsen Fauske demensforening.

12.0 Oversikt aktuelle lover, forskrifter og føringer

Lowverk

LOV-1999-07-02-63: Pasient- og brukerrettighetsloven

LOV-2011-06-24-30: Helse- og omsorgstjenesteloven

LOV-1999-07-02-64: Lov om helsepersonell

LOV-2011-06-24-30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Forskrifter

FOR-2010-11-12-1426: Forskrift om en verdig eldreomsorg

FOR-2006-12-15-1456: Forskrift til forvaltningsloven

FOR-2002-12-20-1731: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

FOR-2016-10-28-1250: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

FOR-2003-06-27-792: Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenesten

FOR-2011-12-16-1256: Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Føringer

Demensplan 2020, Helse- og omsorgsdepartementet

Utgitt: 18.08.2017 IS-nummer: IS-2658 Type: Nasjonale faglige retningslinjer

Meld. St. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet»

Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre.

Satsningsområder:



Frivillige:

Det er et behov for å ta vare på den frivillige arbeidsinnsatsen ved å få på plass samarbeidsavtaler og koordinere oppgavene som gir større forutsigbarhet for begge parter.

Demensvennlig samfunn:

Målet med å arbeide for ett demensvennlig samfunn er at personer med demens skal møte forståelse, respekt og støtte fra grupper i befolkningen de trenger hjelp fra.

Kompetanse:

Ved å øke kompetansen om demens hos ansatte og frivillige øker forståelsen av hvordan en kan hjelpe på best mulig måte når noen har fått en demenssykdom.



Demensplan

Fauske kommune

2020 - 2026

For et aldersvennlig lokalsamfunn
Kortversjon



Formål:



Formålet med Demensplan for Fauske er å følge opp de nasjonale føringene i **Demensplan 2020** som er Regjeringens 5-års plan for demensomsorgen i Norge, vedtatt 2016.

Dette er også en *kvalitetsreformen sammen med reformen - **Leve hele livet.***

For å nå disse målene skal regjeringen bidra til større åpenhet rundt demens samt øke kunnskapen om demens.

De vil at det skal utvikles gode, fleksible og tilpassede tjenester til personer med demens og deres pårørende.

Hele demensplanen ligger på Fauske kommunes hjemmeside. «Demensplan 2020-2026»

Satsningsområder:



Boform for personer med demens:

Boforholdene for personer med demens utformes slik at uro, aggresjon og frustrasjon dempes. Når sykdommen utvikler seg og de ikke kan bo hjemme kan det bli behov for tilrettelagt bolig med tilstedeværelse av personell som vil være ett mellomledd mellom hjem og sykehjem.

«Hvis en bygger for ungdommen ekskluderer en de eldre, bygger en for de eldre inkluderer vi alle»



Velferdsteknologi:

«Velferdsteknologi skal integreres i tjenestetilbudet i helse-omsorg- og sosialtjenesten. Velferdsteknologiske løsninger er med på å skape en tryggere og enklere hverdag både for brukere, pårørende og omsorgspersonell. Teknologi kan brukes til å løse helt konkrete problemer og dermed møte behov brukerne har. Teknologi vil aldri erstatte nærhet og omsorg, men være et supplement til disse tjenestene. »

Satsningsområder:



Dagaktivitetstilbud:

Dagaktivitetstilbudet blir tilrettelagt slik at det er plass for ulike gruppeaktiviteter til samme tid.

Utearealet bør være slik at aktiviteter der kan være en naturlig del av bruksområdet. Tilgjengeligheten for dagsenter og de tilbud de har tilrettelegges slik at flere kan benytte dagsenteret.



Forebyggende:

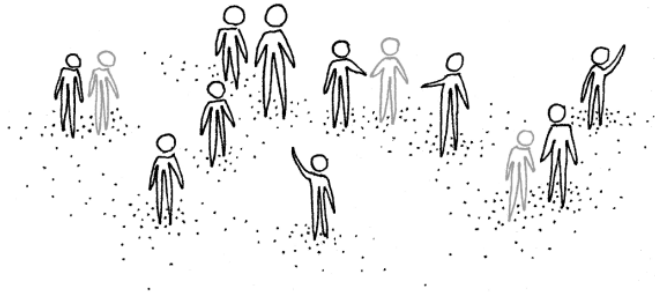


Fysisk aktivitet kan fungere som primært forebyggende tiltak mot utvikling av demens og sekundært for å hindre funksjonsnedsettelse hos personer som allerede har utviklet demens.

Sunne levevaner som å være fysisk aktiv, holde blodtrykket nede, unngå å bli overvektig, slutte å røyke samt unngå å drikke for mye alkohol bidrar til god helse og kan redusere risikoen for demens og andre sykdommer.

Forebygging av funksjonsfall er av stor betydning for å kunne mestre hverdagen best mulig.

Å leve med demens:



Svært mange med demens forteller om en økende opplevelse av å føle seg utenfor. De føler at de på grunn av sin sykdom gradvis mister tilhørighet til folk rundt seg og til samfunnet.

Utviklingen av demens har gitt dem en følelse av å ikke lenger være normale. Personer som selv har demens og deres pårørende, har også behov for å vite mer om demens.

Satsningsområder:



Forebygging:

Legge til rette for tilgjengelige lavterskeltilbud for å opprettholde god fysisk aktivitet. Gjennom forebygging, sosiale nettverk og teknologi gjøre slik at en kan klare seg selv lengst mulig og leve ett mest mulig selvstendig liv.

Hvordan møte økende antall personer med demens:

Økning av dagtilbud og en tettere oppfølging av personer med demens og deres pårørende vil bidra til at personer med demens kan bo lenger hjemme.

Tilbud om kurs/skole til pasient og pårørende:

Pårørendeskole avholdes en gang på år i samarbeid med Sørfold og Saltdal. Åpne opp mulighet for å etablere brukerskole og samtalegruppe for personer som selv har demens samt legge til rette for å opprettholde tilbudet om samtalegrupper for pårørende.



Fauske
demensforening

Høringsuttalelse til Fauske kommunes Demensplan 2020 – 2026

Kommentarer og tilføyelser til pkt 10.0 Handlingsplan frem mot 2026.

Status	Utfordringer	Strategi og ønsket utvikling fram mot 2026
2.1. Forebygging av demens.		Legge til rette for skysordninger for personer med begrenset bevegelighet.
2.2. Økt antall personer med demens.		Øke antallet tilrettelagte institusjonsplasser
5.4 Behov for flere lavterskeltilbud		Oppfordre til samarbeid mellom frivillige organisasjoner slik at eksisterende tilbud opprettholdes og gjøres kjent og at tilbudene samkjøres.
5.6 Dagaktivitetstilbud		Åpne for at private aktører som tilbyr aktiviteter som ivaretar bredde og variasjon og som også er tilpasset yngre personer med demens. Gode Øyeblikk og «Inn på tunet» kan være slike aktører. Eventuell plass kan organiseres gjennom tildelingskontoret på lik linje med andre aktiviteter kommunen tilbyr.
5.7 Avlastning som er pr 2019		Øke antallet avlastningsplasser
8.1 Frivillige		Utfordre frivillighetssentralen til å formalisere samarbeidet mellom lag og foreninger med det formål å samordne aktiviteter som tilbys fra ulike lag og foreninger til målgruppa.
9.0 Kompetanse		Stimulere til rekruttering av faglærte. Støtte opp rundt kompetanseheving for tilsatte i tjenesten. Bedre tilsettings- og arbeidsvilkår.

Fauske 02.12.2019

For styret i Fauske demensforening

Nina Tande Hansen
sekretær