HELSEDIREKTORATETS HØRINGSSVAR TIL NOU 2019: 26 RUSREFORMEN – FRA STRAFF TIL HJELP

Innholdsfortegnelse

1.1 Innledning 3

1.2 Helse- og levekårssituasjonen til personer med rusmiddelproblemer 4

1.3 Avkriminalisering av narkotika til eget bruk 5

1.4 Hovedsynspunkter 7

2. Rådgivende enhet for narkotikasaker 10

2.1 Reaksjoner i tilknytning til manglende oppmøte 12

2.1.1 Mindreårige og reaksjoner ved manglende oppmøte 14

2.2 Tjenestetilbud og tiltak i kommunene 15

2.2.1 Forebyggende og behandlende tiltak for unge i kommunen 19

2.2.2 Mulige konsekvenser for kommunene 22

2.2.3 Tiltak i Spesialisthelsetjenesten for unge 25

3. Helsedirektoratets rolle og ansvar ved gjennomføring av rusreformen 27

4. Evaluering av rusreformen 29

5. Foreslåtte lovendringer og merknader til bestemmelsene 31

6. Økonomiske og administrative konsekvenser 33

1.1 Innledning

Helsedirektoratet mener at utvalget har gjort en grundig utredning, som gir en god disposisjon over hovedlinjene i narkotikapolitikken og narkotikasituasjonen i Norge med en god gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget for denne reformen. Helsedirektoratet er enig i at det overordnede prinsippet om at mennesker som sliter med rusmiddelproblemer ikke bør straffes, men tilbys hjelp.

Rusreformutvalget har levert et forslag til avkriminalisering av bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk, og foreslår en modell for hvordan ansvaret kan overføres fra justissektoren til helsesektoren. Erverv og innehav av illegale rusmidler skal fortsatt være ulovlige handlinger, og det skal være politiets ansvar å avdekke dette, men handlingene skal ikke utløse straffansvar. Det foreslås å etablere en rådgivningsenhet i kommunen, med oppmøteplikt for de som blir tatt av politiet med mindre mengder av illegale rusmidler som er til eget bruk. Bruk av illegale rusmidler skal møtes med helse- og velferdsrettede tiltak.

Utgangspunktet for rusreformutvalgets arbeid og forslag har vært Regjeringens ønske om å endre myndighetenes reaksjoner mot personer som tas for bruk og besittelse av illegale rusmidler, og for å sikre disse et bedre hjelpetilbud. Ansvaret skal flyttes fra justissektoren til helsesektoren, fra straff til hjelp, behandling og oppfølging.

Bakgrunnen for regjeringens initiativ til rusreformen var en erkjennelse av at rusmiddelproblematikk i all hovedsak er en helseutfordring, og at straffeforfølgning av bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk har bidratt til stigmatisering, marginalisering og sosial utstøting. Dette kan ha stått i veien for å møte den enkelte bruker med hensiktsmessige og tilpassede tilbud og oppfølging. Rusreformen, og utvalgets forslag, innebærer derfor et skifte i tenkningen og holdningen til hva et rusmiddelproblem er og hvordan vi som samfunn skal møte dette.

Redusert stigma er et annet eksplisitt mål med rusreformen. Det stilles spørsmål ved hvor mye avkriminalisering isolert sett vil redusere stigmaet. Avkriminalisering vil imidlertid, etter utvalgets syn, legge til rette for ytterligere tiltak for å endre holdninger til denne gruppen i befolkningen. 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 rusmiddelproblem, 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, kan også tenkes å senke terskelen for eksperimentering med narkotika. Spørsmålet er sammensatt og krevende å besvare. Dette omtales nærmere i avsnitt 1.2 Avkriminalisering av narkotika.

Så tidig som i 2001 foreslo straffekommisjonen en avkriminalisering av narkotika til egen bruk, og i 2011 foreslo Stoltenbergutvalget det samme. I tillegg har et samlet brukerfelt bedt om at bruk av narkotika til eget bruk blir avkriminalisert. Det er ikke bare i den nasjonale rusmiddelpolitikken vi ser denne utviklingen vedrørende avkriminalisering. Denne endringen viser seg også internasjonalt. Verdens helseorganisasjon (WHO) og FNs utviklingsprogram (The United Nations Development Programme) har erklært et ønske om avkriminalisering. I tillegg anerkjenner en "relativ unison helse- og medisinskfaglig forskning" (side 70) betydningen av avkriminalisering, og utvalget viser til at det

rådende synet i internasjonal forskning om rusmiddelpolitikk er at avkriminalisering vil være det klart beste alternativet i et folkehelseperspektiv. En kunnskapsoppsummering publisert av en internasjonal ekspertgruppe i 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». (side 70)

Dette er altså en tenkning og utvikling som har pågått både nasjonalt og internasjonalt de siste 20 årene. Flere land har allerede avkriminalisert eller legalisert narkotika – spesielt gjelder dette cannabis.

1.2 Helse- og levekårssituasjonen til personer med rusmiddelproblemer

Rusreformen og forslaget til utvalget retter seg mot bruk og besittelse av illegale rusmidler, og at personer som bruker illegale rusmidler skal bli møtt med hjelpetiltak og ikke straff. En stor andel av disse har dårligere helse og levekår enn befolkningen for øvrig. Et mål med rusreformen er å bedre helse- og levekårssituasjonen for personer med rusmiddelproblemer.

Resultater fra det globale sykdomsbyrdeprosjektet viser at rusbrukslidelser bidrar betydelig til helsetap (sykelighet) og tapte leveår både globalt og i den norske befolkningen (FHI, 2016b). Avhengighet av illegale rusmidler er blant de viktigste årsakene til tapte leveår og blant de viktigste årsakene til helsetap. Narkotikautløste dødsfall (overdoser) er den tredje hyppigste dødsårsaken blant personer under 50 år i Norge (FHI).

Personer med rusmiddelproblematikk har ofte også somatiske sykdommer og en høy andel har også en eller flere psykiske lidelser. I tillegg til de helsemessige konsekvensene har bruk av illegale rusmidler også sosiale, samfunnsmessige og psykososiale konsekvenser. Ikke bare har personer som bruker rusmidler i utgangspunktet en vanskelig livssituasjon og dårlige levekår, men bruk av rusmidler fører også med seg mange levekårsproblemer. Dette kan være økonomiske problemer, jobb- og utdanningsproblemer og det kan komplisere sosiale forhold og relasjoner.

Når det gjelder ungdoms bruk av cannabis viser Ungdata-undersøkelser fra Oslo at bruken var høyere blant ungdom med foreldre med høy utdanning, mens risikoen for å bli tatt av politiet var mer enn syv ganger høyere for ungdom som har foreldre med lav utdanning.

Oppsummerende kan man si at bruk av rusmidler rammer sosialt skjevt og at mange har dårlig fysisk og psykisk helse. Dette gjelder både personer med en etablert rusavhengighet, rekreasjonsbrukere og ungdom som har startet med å eksperimentere med illegale rusmidler. Sosial ulikhet i helse er en gjennomgående utfordring i den norske befolkningen og for helse- og sosialtjenestene, og konsekvensene er mange tapte leveår med god helse og livskvalitet. Rusreformens mål om bedre tilgjengelige helse- og velferdsrettete tiltak for personer med rusmiddelproblemer kan bidra til å bedre deres fysiske og psykiske helse, og redusere denne sosiale skjevheten.

1.3 Avkriminalisering av narkotika til eget bruk

Utvalgets vurdering

Et flertall i stortinget bestående av AP, Høyre, SV og Venstre vedtok i desember 2017 i Stortingets helsekomite en budsjettmerknad at de «ønsker å overføre ansvaret for samfunnets oppfølging av bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk, fra justissektoren til helsetjenesten». Rusreformutvalget har levert en modell for hvordan dette kan gjennomføres.

Utvalgets utgangspunkt er at straff er samfunnets sterkeste virkemiddel for å motvirke og fordømme uønskede handlinger. På rusmiddelområdet kan dette bare rettferdiggjøres hvis kriminaliseringen er egnet til å redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk, og nyttevirkningene må være klart større enn skadevirkningene. Som nevnt innledningsvis anses også avkriminalisering for å være et nødvendig steg for å redusere stigmatiseringen av rusmiddelbrukere i samfunnet. Utvalget påpeker gjennom hele utredningen til at det er flere dilemmaer og hensyn som er vanskelige – som taler både for og imot en avkriminalisering. Likevel viser den best tilgjengelige kunnskapen, sammenstilt med humane omkostninger og hensyn, at avkriminalisering av narkotika til eget bruk vil være et riktig steg for å kunne hjelpe flere som står i fare for å utvikle problemer eller har rusmiddelproblemer. Utvalget har vurdert at det å bruke samfunnets strengeste virkemiddel (straff) når man ikke har evidens for at det virker ikke kan forsvares. Det påpekes at dersom straff har en preventiv effekt, vurderes det at dette kan oppnås bedre gjennom bruk av alternative virkemidler innenfor helse og omsorgstilbudet. 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, også negative helsemessige virkninger.

Utvalget har i henhold til mandatet også 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 konkluderer med at kriminalisering av narkotikabruk og -besittelse og intensivert straffeforfølgning av brukere har store negative implikasjoner for rusmiddelbrukeres livssituasjon og helse, og at straff ikke kan forsvares.

Helsedirektoratets vurdering – avkriminalisering

Helsedirektoratet vil poengtere at bruk av narkotika fremdeles vil anses som helseskadelig og noe som bør forebygges. Avkriminalisering av narkotika til eget bruk er ikke en legalisering, da både salg og innførsel av narkotika fremdeles vil være forbudt og straffeforfølges. I norsk ruspolitikk er det bred enighet om å redusere negative konsekvenser av bruk av narkotika – både i forhold til enkeltpersoner, for tredjepart og samfunnet (Se meg, stortingsmelding 30, se meg!). Dette skal fremdeles være et uttalt mål. Likevel vurderer Helsedirektoratet at i et helseperspektiv vil en avkriminalisering kunne føre til at flere vil få tilbud om hjelp og at flere kommer til å søke hjelp, da de ikke lengre vil risikere å bli straffeforfulgt eller få bøter. En av utfordringene med mennesker som er i ferd med å utvikle et rusmiddelproblem er at de ikke søker hjelp eller dropper ut av

behandlingen. Ved en avkriminalisering kan dette bidra til at terskelen blir lavere for å søke hjelp tidligere enn man gjør i dag. Helsedirektoratet mener at rusreformens intensjon om å flytte ansvaret for oppfølging av personer som blir tatt for bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk, vil kunne være et nødvendig steg i retning av redusert stigma/marginalisering og bedre hjelpetilbud til mennesker som har rusmiddelproblematikk.

Helsedirektoratet har forståelse for innvendingene og bekymringene for at man ved en avkriminalisering kan bidra til å ufarliggjøre narkotika og dermed sende signaler om at det er greit å bruke narkotika. 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. Det er også en bekymring for at avkriminaliseringen kan oppfattes som en legalisering. Det vil fortsatt ikke være mulig å kjøpe narkotika legalt og politiet vil også ha hjemmel etter innføring av reformen til å beslaglegge og destruere narkotika. Dette vil også gjelde for de som bærer med seg narkotika til eget bruk. Rusmidlene kan beslaglegges og destrueres, men brukeren blir ikke bøtelagt eller straffeforfulgt, da akkurat dette er foreslått avkriminalisert. Det er nødvendig at reformen følges opp med tydelig informasjon om hva en avkriminalisering av bruk og besittelse til eget bruk innebærer, slik at dette ikke oppfattes som en legalisering av narkotika.

Ut fra et folkehelseperspektiv kan det være interessant å vurdere hvilke utilsiktede virkninger en avkriminalisering kan ha på totalforbruket av narkotika. Totalkonsummodellen, en modell som i mange år har ligget til grunn for norsk alkoholpolitikk, tar utgangspunkt i at det er befolkningens totale konsum av alkohol, og endringer i dette, som har størst betydning for skadevirkninger som kan relateres til alkoholbruk, enten det er sykdom, avhengighet, ulykker, kriminalitet, herunder voldshandlinger, med videre. Helsedirektoratet kan derfor forstå Politiets skepsis for avkriminalisering av bruk og besittelse dersom dette medfører at Norge vil kunne fremstå som et enda mer attraktivt marked for organisert kriminelle (Benedicte Bjørnland, 16.12.19) - og virkningen vil være at narkotika blir mer tilgjengelig for flere. Utvalget viser til erfaringer som tilsier at disse sammenhengene ikke er så opplagte, og det er ikke å forvente store endringer i markedet og endringene i rusmiddelbruken som følge av reformen. Helsedirektoratet vurderer at den potensielle helsegevinsten ved en avkriminalisering derfor oppveier den antatte risikoen ved en mulig økning i totalkonsumet i befolkningen.

Stigmatisering av enkeltpersoner kan anses som skyggesiden av det som omtales som «signaleffekten» av straffeforbud, som rammer den enkeltes egen bruk og innehav av narkotika. Som tidligere påpekt viser den best tilgjengelige kunnskapen at den allmennpreventive effekten av straffebud som rammer narkotikabruk, er svært liten. Straff er samfunnets sterkeste anordning for å fordømme en handling og det sentrale målet med rusreformen er å redusere stigma til narkotikabruk. Helsedirektoratet vurder at dette på sikt kan være et viktig aspekt ved reformen.

Forskningsgrunnlaget peker også på at det bare er et mindretall av de som bruker narkotika som blir straffet med de konsekvenser som følger med stempling som avviker og kriminell. De sosialt privilegerte brukerne unngår ofte pågripelser av politiet og derav tilhørende sanksjoner, da de ikke ferdes i det åpne rusmiljøet. Av denne grunn knyttes ofte bildet av de som bruker narkotika til de med lav sosioøkonomisk status, psykiske vanker og kriminelle handlinger. Med en avkriminalisering kan dette bidra til å endre dette bildet og noe av stigmaet som dette medfører. Videre vil avkriminalisering kunne bidra til å redusere en ytterligere marginalisering av en gruppe mennesker

som allerede har en vanskelig livs- og helsesituasjon. Utvalget argumenterer for at det allerede er utfordrende å bruke bøter og straff for bruk av narkotika da det dette medfører en ikke ubetydelig økonomisk belastning og påfører en ytterligere psykisk og sosial byrde i en allerede krevende hverdag. Det vil også kunne bli en belastning for pårørende, særlig for ungdom som ikke har betalingsevne.

Det er ikke mulig å gi en sikker og uttømmende beskrivelse av hva som vil være konsekvensene av avkriminalisering. 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 derfor være avgjørende å overvåke og evaluere gjennomføringen av reformen og utviklingen i forbruk av narkotika, slik at kursen kan endres underveis om det viser seg at intensjonene i rusreformen ikke oppnår ønsket effekt.

Helsedirektoratet vil poengtere at det er viktig at barn og unge under 18 år som blir tatt for bruk og besittelse av illegale rusmidler følges opp på en særlig god måte, og at det er tilgang til adekvate og kunnskapsbaserte hjelpetiltak hos rådgivningsenheten/kommunen. Helsedirektoratet omtaler dette nærmere i avsnittene 2.2.1 Forebyggende og behandlende tiltak for unge i kommunen og 2.2.3 Tiltak for unge i spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet vurderer at en avkriminalisering på kort sikt ikke vil løse de største utfordringene som er innenfor rusfeltet - høye overdosedødsfall, dårlig helsetilstand, betydelig kortere forventet levealder og levekårsutfordringer som mangel på bolig og svak økonomi. Men avkriminalisering av narkotika til eget bruk peker ut en ruspolitikk som vil kunne legge et bedre grunnlag til å forbedre disse områdene fremover.

Helsedirektoratet støtter utvalgets vurdering om at kriminalisering har flere negative effekter enn alternativet, og anser at det er viktig at det innføres tilstrekkelige og gode hjelpetiltak som ikke bare erstatter den preventive effekten straffetrusselen eventuelt har hatt, men også bidrar til at vi kan hjelpe mennesker som trenger det på en bedre måte enn det vi gjør i dag.

1.4 Hovedsynspunkter

Helsedirektoratet jobber for bedre helse og tilgjengelige og likeverdige helsetjenester til hele befolkningen. Konsekvensene av den foreslåtte rusreformen er vurdert i lys av dette, og om reformen kan bidra til bedre helse og bedre tjenestetilbud til mennesker med rusmiddelproblemer.

Helsedirektoratet har videre lagt til grunn at det per i dag ikke er tilstrekkelig med kunnskapsbaserte forebyggende og behandlingsrettede tiltak for de unge som opplever utenforskap og er i risiko for å utvikle rusmiddelproblemer eller for de unge som allerede har et omfattende rusmiddelproblem. Dette er et område Helsedirektoratet forutsetter styrkes før iverksettelse av reformen.

Helsedirektoratet forutsetter også at brukermedvirkning (medvirkning fra både pårørende, barn som pårørende og brukere) blir ivaretatt i alle ledd i utviklingen og implementeringen av rusreformen. Helsedirektoratet støtter utvalgets vurdering i ansettelser av erfaringskonsulenter som er viktig kompetent ressurs i rådgivningsenheten.

Av utvalgets sentrale forslag har Helsedirektoratet følgende vurderinger og innspill:

1) **Lovpålagt aktivitetsplikt for rådgivningsenheten for narkotikasaker:**
   Utvalget foreslår ikke sanksjonering i form av straffelignende reaksjoner eller ileggelse av administrativt gebyr for brukere som ikke oppfyller sin møteplikt ovenfor rådgivningsenheten for narkotikasaker. Helsedirektoratet støtter utvalgets konklusjon og begrunnelse for dette. Vi mener at et bedre alternativ er at rådgivningsenheten for narkotikasaker i stedet bør tillegges en lovpålagt aktivitetsplikt når bruker ikke oppfyller oppmøteplikten. Pliktgrunnlaget rettes dermed mot helse- og omsorgstjenesten, ikke brukeren. Plikten bør gå ut på at det utløses et ansvar for rådgivningsenheten, alternativt helse- og omsorgstjenesten som sådan, til å motivere vedkommende til å møte rådgivningsenheten i de tilfeller der enheten har innkalt vedkommende og personen ikke har møtt til avtaletidspunktet, se forøvrig kap. 5.

2) **Plikt til å utføre oppsøkende virksomhet:**
   Helsedirektoratet anbefaler også at det innføres en generell plikt for helse- og omsorgstjenesten i kommunen til oppsøkende virksomhet der individuelt behov og forsvarlighetsvurderinger tilsier slik proaktiv tilnærming. Plikten kan alternativt avgrenses til å gjelde sårbare grupper, eller kun barn og unge dersom man skulle prioritere noen grupper. En slik plikt kan i noen situasjoner allerede sies å inngå i forsvarlighetskravet og ligger også integrert i plikten til psykososial beredskap og oppfølging, men plikten til oppsøkende virksomhet bør etter vår vurdering utvides, tydeliggjøres og bli mer forpliktende for kommunene.

   Oppsøkende, ambulante tjenester overfor barn og unge og andre sårbare grupper er en virksom og kunnskapsbasert metode for å nå barn og unge og andre som ellers er vanskelige å nå med tjenester som de har behov for. I tillegg vil slike oppsøkende team kunne være effektive for å imøtekomme en eventuell økning i rusmiddelbruken ved innføring av reformen. Det vil knytte seg økonomiske og administrative konsekvenser til et slikt forslag, men helse- og omsorgstjenestene har gjennom de siste årenes utvikling gått i denne retning og er i større grad en tidligere rigget for å oppfylle en slik oppsøkende plikt. Psykologer i kommunene, tverrfaglige team og andre organisatoriske modeller i kommunen vil kunne bidra til å oppfylle plikten. En pliktbestemmelse i lov for oppsøkende virksomhet vil kunne bidra til en viktig dreining i måten tjenester organiseres, tilrettelegges og gjennomføres. Se forøvrig kap. 5. Foreslåtte lovendringer og merknader til bestemmelsene.

3) **Oppbygging av forebyggende og behandlingsrettede tiltak for barn og unge:**
   Helsedirektoratet vurderer at en forutsetning for at utvalgets forslag skal kunne gjennomføres i kommunene, er at tjenestene er tilstrekkelig dimensjonert, kunnskapsbaserte og er innrettet ut fra brukernes behov. Det gjelder særlig for barn og unge, hvor det er avdekket svikt og mangler i tjenestetilbudet. Det er i mange tilfeller ikke lagt til rette for samarbeid mellom tjenesteytere, som sikrer at ungdommene får helhetlige, koordinerte og forsvarlige tjenester, tilpasset deres behov.
   Det vurderes derfor at det i forkant av en implementering av rusreformen vil det være nødvendig med en forsterket innsats når det gjelder kunnskapsbaserte forebyggende tiltak

for ungdom, i tillegg til oppfølgende hjelpetiltak med god kompetanse på rusmiddelbruk. Se forøvrig kap. 5. Foreslåtte lovendringer og merknader til bestemmelsene.

4) **Videre satsningstiltak etter opptrappingsplanperioden (2016-2020):**
Gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet er det satt i verk ulike innsatser og tiltak som har bidratt til å styrke kapasitet, kvalitet og kompetanse i kommunalt rusarbeid. Det er bygget opp et mangfoldig og omfattende tilbud flere steder. Likevel er det per i dag stor kommunal variasjon i tjenestetilbudet som bør følges av videre satsingstiltak etter opptrappingsplanperioden, slik at alle kommuner har på plass et tilstrekkelig tilbud til personer med rusmiddelproblemer og deres pårørende. Det begrunnes ut fra dagens statusbilde og sett i lys av mulige ytterligere økte behov i forbindelse med rusreformen. Se for øvrig kap. 2.2.2 Mulige konsekvenser for kommunene.

5) **Behov for økt ressursinnsats og en økonomisk analyse av konsekvensene av innføring av rusreformen :**
Hovedformålet med rusreformen er at flere skal få tilgang på hjelp. Helsedirektoratet vurderer at det derfor er påregnelig at reformen vil kunne medføre økte ressursbehov i helse- og omsorgstjenestene, særlig på kort sikt, fordi det må anses at en større andel av hjelpebehovet som fins i kommunen vil bli avdekket. Kommunene har fått tilført midler gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet og flere ulike tilskuddsordninger. Likevel vurderer direktoratet at utvalgets forslag til modell for rusreformen anses som en betydelig endring i nasjonal ruspolitikk, hvor kommunene tillegges et hovedansvar for gjennomføringen. Direktoratet støtter utvalgets forslag om å supplere med tilskuddsmidler, eksempelvis ved å øremerke deler av tilskuddsordningen «Kommunalt rusarbeid» til særlig prioriterte områder i rusreformen.

Det vurderes at oppbygging av forebyggende og behandlende tiltak for barn og unge bør ha høyest prioritet (jfr. pkt. 3 over). Utover dette bør det vurderes å foreta en nærmere økonomisk analyse av konsekvenser av reformen. Eventuelle finansieringsbehov som avdekkes i forkant og/eller i løpet av gjennomføringen av reformen bør vurderes fortløpende. Helsedirektoratet mener at utover økonomi, kan andre forhold føre til bedre utnyttelse av allerede etablerte ressurser i kommunene, slik som omstilling og innretning av eksisterende tjenestetilbud, som for eksempel oppsøkende og tverrfaglig team som kan bidra til å gi tidlig hjelp og forebygge unødige innleggelser, implementering av kunnskapsbaserte modeller/arbeidsformer, bedre koordinering og samhandling mellom tjenester og sektorer. Direktoratet antar at de nevnte forholdene kan redusere behovet for økte ressurser i kommunene og at utvalgets forslag samlet sett kan medføre en reduksjon av samfunnsutgiftene på lengre sikt. Se for øvrig kapitel 2.2 Tjenestetilbud i kommunene.

6) **Foreslåtte terskelverdier:**
Helsedirektoratet vurderer at terskelverdiene er forholdsvis høye for alle narkotiske stoffer som er angitt i NOU 2019:26. Helsedirektoratet har forståelse for at det er vanskelig å vurdere hva som kan være riktig nivå på kvantumangivelser av de ulike narkotiske stoffene. Det anmodes likevel om å gjennomgå forslagene for hva den enkelte kan bære med seg av

stoff til eget bruk, spesielt når det gjelder barn og unge. Vi vurderer at det bør utredes om det er hensiktsmessig å ha lavere terskelverdier for de under 18 år – enn for de over.

7) **Etablering av et helhetlig evaluerings- og forskningsprogram av rusreformen:**
Helsedirektoratet støtter utvalgets forslag og begrunnelser for å etablere et helhetlig evaluerings- og forskningsprogram av rusreformen. Utformingen av programmet, basert på en kravspesifikasjon, må tillegges de som får oppgaven, men direktoratet vurderer at evalueringen bør ha en form som både måler resultater og effekter av reformen og i form av en følgeevaluering. Se for øvrig kapitel 4. Evaluering av rusreformen.

8) **Utredning av kunnskapsgrunnlaget:**
Helsedirektoratet støtter videre utvalgets forslag om at det nedsettes et offentlig utvalg for å utrede det samlede kunnskapsgrunnlaget og om effekt av tiltak på rusfeltet. Det bør vurderes å i igangsette en slik utredning uavhengig av om reformen realiseres eller ikke, da utredningen vil være et viktig bidrag til utforming av en kunnskapsbasert rusmiddelpolitikk generelt. Det har skjedd mye på feltet siden forrige kunnskapsoppsummering i 2003. Se for øvrig kapitel 4. Evaluering av rusreformen.

2. Rådgivende enhet for narkotikasaker

Utvalgets vurdering

Utvalgets foreslåtte modell for oppfølging av personer som blir tatt av politiet for bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk, er en integrert modell som er forankret i de ordinære helse- og velferdstjenestene. Hovedansvaret er foreslått lagt til det kommunale forvaltningsnivået, tilknyttet helse- og omsorgstjenesten. Enhetens primære funksjon vil være å gi råd og informasjon til personer som ilegges møteplikt for enheten på bakgrunn av avdekket bruk, innehav eller erverv av narkotika til egen bruk, samt å kartlegge behov for tjenester etter samtykke og å videreformidle disse personene til adekvat tjenestetilbud.

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.

Utvalget foreslår å opprette en *rådgivende enhet for narkotikasaker* enten i hver kommune eller gjennom interkommunalt samarbeid, der dette fremstår hensiktsmessig. 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

Utvalget går inn for en ikke-sanksjonsbasert reaksjonsmodell for bruk av narkotika og tilhørende befatning med narkotika som omfattes av avkriminaliseringen, og derav har utvalget foreslått en modell uten administrative sanksjoner, men heller reaksjoner som skaper nye anledninger til å tilby hjelp. Utvalget har tenkt størst mulig grad av normalisering av respons framfor negativ særbehandling.

Helsedirektoratets vurdering

Lokal organisatorisk og administrativ forankring

Helsedirektoratet oppfatter at "enhet for narkotika saker" er et navn som kan være stigmatiserende for brukere av enheten. Helsedirektoratet foreslår at man vurderer om det er mulig å finne et mer egnet navn på enheten som ikke inneholder ordet "narkotika".

Helsedirektoratet støtter utvalgets forslag om en integrert modell som er forankret i de ordinære helse- og velferdstjenestene, med hovedansvaret lagt til det kommunale forvaltningsnivået. Uavhengig av kommunenes ulike organisering av sitt tjenestetilbud har alle kommuner en helse- og omsorgstjeneste. Direktoratet er enig i at den integrerte modellen bør ha en forankring i denne tjenesten og at det innføres en hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven om krav til en rådgivende enhet for narkotikasaker. Samtidig understrekes det at den foreslåtte modellen innebærer at kommunenes ansvar omfatter *alle* relevante kommunale instanser. Se for øvrig kap. 5 for direktoratets vurdering av utvalgets forslag til hjemmelsgrunnlag.

Direktoratet legger til grunn at den organisatoriske enheten bør forankres i kommunene for å ha geografisk nærhet til personer som pålegges møteplikt. Videre bør det være nærhet organisatorisk til tjenestetilbudene i kommunen. Nærhetsprinsippet og tilgangen til relevant kompetanse i den foreslåtte enheten, kan være problematisk for enkelte mindre kommuner. Det bør legges til rette for interkommunalt samarbeid der det er mulig. Noen steder vil dette være utfordrende å få til i praksis, særlig der det er store geografiske avstander. Det kan løses med ulike tiltak, eksempelvis ved bruk av teknologiske løsninger, som muliggjør oppfyllelse av møteplikten uten fysisk oppmøte og under forutsetning av at enheten kan oppfylle sitt mandat på en tilfredsstillende måte overfor personen som er ilagt møteplikt. Videre må lange reiseavstander ikke være til hinder for at personer, som etter samtykke ønsker hjelp får tilgang til adekvate tjenester nær sitt bosted.

Mandat og oppgaver for rådgivende enhet

Enhetens primære funksjon vil være å gi råd og informasjon til personer som ilegges møteplikt for enheten, samt å kartlegge behov for tjenester etter samtykke og å videreformidle disse personene til adekvate tjenestetilbud.

Når det er sagt vurderer Helsedirektoratet at en slik enhet må ha et tydelig ansvarsområde og mandat og kunne yte hjelp til en veldig bred målgruppe, da den er ment å skulle møte både rekreasjonsbrukere, barn og unge i risiko og mennesker med langvarig bruk av rusmidler. Vi vurderer at disse tre gruppene vil ha behov for ulike type tiltak og verktøy. Enheten må inneha kompetanse som kan bidra til å kunne gi individuelt tilpassede råd og veiledning innenfor forebygging og skadereduksjon og videreformidle til oppfølging og behandling både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet vurderer at det er spesielt viktig at denne enheten kan møte og hjelpe unge som står i fare for å utvikle rusmiddelproblemer og unge i risiko.

Kompetanse i rådgivende enhet

Enheten skal møte og ivareta en bred målgruppe. Dette innebærer at rådgivingsenheten må ha tilgang til variert og god kompetanse. Det er variasjon i hvilken tilgang kommunene har til ulik kompetanse, og mange kommuner vil ha utfordringer med å oppfylle kompetansekravene som det er skissert at rådgivningsenheten bør inneha. Særlig små kommuner strever med å får rekruttert nødvendig og riktige fagfolk, eks psykologer, leger, sykepleiere mv. I mange tilfeller vil det være de samme personene som skal inngå i rådgivende enhet og yte tjenester. Å bemanne enheten må ikke

gå på bekostning av tjenestene som per i dag skal gis av personell til personer med rusmiddelproblemer. I tillegg kan det oppstå økt ressursbehov fordi flere som møter i enheten ønsker videre hjelp.

Utover kompetansekravene som utvalget foreslår, vurderer Helsedirektoratet at rådgivningsenheten også må fokusere på at personell som skal ivareta enhetens mandat må inneha andre egenskaper/ferdigheter som gjenspeiler det brukere ofte etterspør innenfor rus og psykisk helse:

- Etikk, verdier og holdninger
- Relasjonskompetanse og relasjonsferdigheter
- Evne til å identifisere og forstå problemet
- Evne til å finne ressursene
- Ferdigheter når det gjelder samhandling[1]

2.1 Reaksjoner i tilknytning til manglende oppmøte

Utvalgets uttalelse

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.

Utvalget har vurdert om personer som ikke følger oppmøteplikten ved rådgivningsenheten, 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 helserettens område. Utvalget foreslår derfor en modell (reaksjonsmodell) for samfunnets reaksjon på narkotikabruk og innehav og erverv av narkotika til egen bruk i form av en tredelt prosess etter rusreformen, 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:

Tredelt prosess modell:

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 – anses ikke som helsehjelp
   b. med samtykke: kartlegging og individuelt tilpasset rådgivning – anses som helsehjelp
3. henvisning til oppfølging og behandling utenfor rådgivningsenheten ved behov

Utvalgets uttalelse om hva reaksjonen innebærer "pålegg om møteplikt gitt av politiet":

[1] https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne

1) Politiet gis hjemmel til å ilegge en person oppmøteplikt for en kommunal virksomhet (rådgivende enhet for narkotika saker) der politiet avdekker bruk av narkotika og tilhørende befatning med narkotika til eget bruk
2) Politiet har også hjemmel til 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 opplysningene
3) Helse- og omsorgstjenesten gis en tilsvarende adgang hjemlet i forskrift til å melde til politiet om manglende oppfyllelse av møteplikten uten at samtykke er påkrevet
4) Dersom en mindreårig person blir tatt med narkotika til eget bruk, kan foresatte innkalles til møte med rådgivingsenheten sammen med den mindreårige. Denne møteplikten ligner dagens ordning med 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. Mindreårige omtales nærmere under avsnitt 2.1.1. Mindreårige og reaksjoner ved manglende oppmøte.

Utvalget vurderer at det å pålegge møteplikt hos en offentlig etat er et sterkt og inngripende virkemiddel ovenfor en handling som er avkriminalisert. Utvalget mener derfor at det å gi politiet myndighet til å pålegge en person å motta helsehjelp eller andre velferdstjenester, ville bryte med grunnleggende prinsipper i helse- og velferdstjenestene og ville også 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 påpeker at det også i dag ligger utenfor helse- og velferdstjenestens ansvarsområde å forvalte staffelignende tiltak som reaksjon på bruk av narkotika til eget bruk.

Helsedirektoratets vurdering

I flere innspill og drøftinger av rusreformen er mange skeptiske til at det *ikke* skal være reaksjoner tilknyttet det å *ikke* oppfylle pålagt møteplikt ved enhet for rådgivning for narkotika saker i kommunen, spesielt gjelder dette med tanke på de unge og rekreasjonsbrukere.

Som utvalget har redegjort for i sin vurdering av dette vil det være et paradoks og innføre sanksjoner når reformens hovedintensjon er at mennesker som bruker narkotika til eget bruk ikke skal straffes lengre, men møtes med ulike former for hjelp. Statens helsetilsyn påpeker at helsetjenesten ikke er organisert og tilrettelagt for at helsepersonell skal inneha slike roller, som kontrollører, varslere eller være de som sanksjonerer pasienter. Helsetjenestene legger vekt på at det skal være et tillitsforhold mellom tjenesteyter og brukere av tjenesten, da tillitt ofte er en forutsetning for å yte god og forsvarlig helsehjelp og velferdstjenester. Dersom helsepersonell skal inneha en rolle som ligner kontrollør rollen vil dette kunne påvirke dette tillitsforholdet negativt, og bidra til at relasjonen - som anses som den mest avgjørende faktoren for å komme i posisjon for å kunne hjelpe mennesker med rusmiddelproblemer, blir skadelidende.

Direktoratet er derfor enig i utvalgets vurdering om at det ikke skal knyttes noen former for sanksjoner til manglende oppmøte. Helsedirektoratet foreslår istedenfor sanksjonering å innføre en lovpålagt aktivitetsplikt for rådgivningsenheten, slik at de personer som ikke oppfyller sin møteplikt – vil bli oppsøkt og tilbudt samtaler og annen type hjelp av rådgivningsenheten. Dette omtales nærmere under kapitel 5.

2.1.1 Mindreårige og reaksjoner ved manglende oppmøte

Utvalgets vurdering

Utvalget foreslår ingen straffelignende reaksjoner for personer under 18 år. Utvalget har også 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. 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.

Tiltak som i dag gjennomføres basert på frivillighet, særlig oppfølgingssamtaler og ruskontroll som barnet selv ønsker å gjennomføre, enten motivert ut fra eget ønske om hjelp til å avstå fra rusmiddelbruk, eller for å dokumentere rusfrihet overfor sine omsorgspersoner, vil kunne videreføres som frivillige tiltak innenfor rammen av utvalgets foreslåtte modell.

Rusmiddelbruk innebærer en større risiko for skadevirkninger for barn og unge enn for voksne. I tillegg har samfunnet et særskilt ansvar for å sørge for gode oppvekstsvilkår 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.

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.

Utvalget påpeker at politiet ivaretar viktige oppgaver i dag 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.

Helsedirektoratets vurdering

Helsedirektoratet støtter de overordnede linjene i utvalgets vurdering av at det ikke skal foreligge straffelignende reaksjoner eller tvang ovenfor de under 18 år, med de unntakene som tiltak i barneverntjenesten kan iverksette uten barns og unges samtykke. Direktoratet har imidlertid noen vesentlige bekymringer, knyttet til de under 18 år som debuterer med narkotiske rusmidler. 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. Samtidig kan helse- og sosialfaglige hjelpetiltak komme i en bedre

posisjon til barn og unge når trusselen om straff ikke lenger er tilstede. Helsedirektoratet er enig i utvalget sin vurdering i at det vil være mulig å motivere ungdom til å reflektere over sin rusmiddelbruk og redusere eller avslutte denne, selv uten en trussel om straff eller bruk av tvang. Det vil trolig være behov for å anvende nye tilnærmingsmåter ovenfor denne målgruppen, og det er viktig å ha tilgang til ulike verktøy og metoder med tanke på barn og ungdom som kan være i en utfordrende og eksperimenterende fase.

Utvalget legger videre 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. Direktoratet vurderer likevel at de tiltakene som utvalget skisserer ikke vil være tilstrekkelig for å ivareta de unge som debuterer og heller ikke for de med kjent rusmiddelproblematikk. For eksempel så viser tilsyn[2] og en stor studie[3] til at ruskompetansen i barnevernet ofte ikke er tilstrekkelig for å yte disse barna god nok hjelp, se for øvrig kapitel 2.2.1 forebyggende tiltak for barn og unge

Det er derfor viktig at kommunene gjøres i stand til å møte en gruppe unge mennesker som vil ha behov for andre tiltak enn de som eksisterer i dag, og at barnevernet rustes til å også kunne gi bedre hjelp til unge som står i fare for eller har et rusmiddelproblem. Se for øvrig avsnitt 2.2.1. Forebyggende og behandlende tiltak for unge i kommunen.

2.2 Tjenestetilbud og tiltak i kommunene

Utvalgets vurdering

Utvalget gir et grundig riss av mangfoldet i dagens offentlige helse- og velferdstjenestene som omfatter eller retter seg særlig mot personer med rusproblematikk, samt sentrale tjenesteytere og aktører. Utvalget mener at tjenestetilbudet til brukere av narkotika i Norge må anses å være mangfoldig og omfattende, sammenlignet med mange andre land. Likevel er det en vedvarende utfordring at mennesker med rusmiddelrelaterte problemer og deres pårørende ikke alltid får nødvendig oppfølging og behandling. Utvalget redegjør for tilbudet i de offentlige helse- og velferdstjenestene og for hvilke sektorer og tjenester som kan inngå i det samlede tilbudet til personer som bruker narkotika. De vurderer det som krevende å gi et fullstendig oversiktsbilde, da tilbudet vil kunne variere på bakgrunn av kommunenes størrelse, identifisert problemomfang, utfordringsbildet i befolkningen og ikke minst ut fra den enkelte kommunes prioritering av rusfeltet.

Helsedirektoratets vurdering

Etter direktoratets oppfatning gjenspeiler mangfoldet i de offentlige helse- og velferdstjenestene at det over en årrekke er satt i verk ulike innsatser og tiltak på rusfeltet for å bygge opp kapasitet, kvalitet og kompetanse i tilbudet innen forebygging, tidlig intervensjon, behandling, oppfølging og skadereduksjon. Det gjelder både i kommunene, spesialisthelsetjenesten, samt hos en rekke andre

[2] https://www.rusfeltet.no/knusende-rapport-hvilken-ruskompetanse-ma-barnevernet-ha/#.XmuXfmxYY2w https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/rogaland/2019/ha-kommune-sitt-arbeid-med-ettervern-og-samarbeid-mellom-barneverntjenesten-og-sosiale-tjenester-i-nav-2019/

[3] *www.ntnu.no › documents › Barnevernrapport_RKBU.pdf*

offentlige og private/ideelle tjenesteleverandører. Direktoratet støtter utvalgets vurdering av at det samlede tilbudet i Norge må anses for å være omfattende sammenlignet med mange andre land. Samtidig er det nettopp dette mangfoldet av sektorer og tjenester som yter ulike former for hjelp, som gjør det vanskelig å få et fullstendig oversiktsbilde.

Direktoratets klare oppfatning er at utvalgets forslag til rusreform betinger stor grad av forpliktende samarbeid og innsatser på tvers av sektorer, tjenester og fagprofesjoner. Erfaringer fra blant annet det statlige 0-24 samarbeidet og opptrappingsplanen for rusfeltet viser at denne formen for samarbeid kan være utfordrende og er ressurskrevende. Følge med programmet for opptrappingsplanen for rusfeltet peker på vedvarende samarbeidsutfordringer innen rus – og psykisk helsefeltet, både innad i kommunene og mellom tjenestenivåene. Det er derfor helt avgjørende at et slikt arbeid er godt forankret på alle nivåer som har et ansvar for gjennomføring av reformen og at de har tilstrekkelig handlingsrom og ressurser til å følge opp arbeidet på en hensiktsmessig måte.

Statusbilde

Evaluering- og følge med programmet[4] for den pågående opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) viser at mye går i riktig retning. Det skjer mye utviklingsarbeid i kommunene og det er stor oppmerksomhet om enkelte av de prioriterte områdene i opptrappingsplanen. Dette gjelder særlig målet om mer brukerrettede tjenester, økt tilgjengelighet i tjenestene og det å kunne tilby mer arena-fleksible, tverrfaglige og oppsøkende tjenester. I tillegg er det mer oppmerksomhet om arbeid og aktivitet for målgruppen, selv om det er dette levekårsområdet som fortsatt kommer dårligst ut. Kompetansen har også blitt styrket i mange kommuner, blant annet med mer spesialisert rusmiddelkompetanse. Det er en rekke kommuner som systematisk har bygd opp et helhetlig og kunnskapsbasert tilbud som gjør at personer med rusmiddelproblemer får den hjelpen de har behov for.

Likevel er det fortsatt stor kommunal variasjon i innsatsen på rusfeltet. Evalueringen understøtter utvalgets uttalelse om at det er en vedvarende utfordring at personer med rusmiddelrelaterte problemer og deres pårørende ikke alltid får nødvendig oppfølging og behandling. Helsetilsynet har gjennomført/gjennomfører flere landsomfattende tilsyn, hvor det er avdekket alvorlig svikt i tjenestene knyttet til rusområdet, både for barn og unge og voksne.

- *Landsomfattende tilsyn med tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse i 2017 og 2018*[5]

Fylkesmennene konkluderte med at det hadde sviktet i tjenestene i det store flertallet av kommuner og helseforetak. Det var noen fellestrekk ved det som ble avdekket i tilsynene. Det var mangelfulle kartlegginger og utredninger av pasientene – et dårlig utgangspunkt for å gi tjenester av rett kvalitet. Mangler i planmessighet med uønskede variasjoner i tjenestetilbud og uklarheter i oppgave- og

[4] *Følge med programmet består av: Følge- og sluttevaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet (Fafo), BrukerPlan (KORFOR), IS-24/8 - Kartlegging av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (SINTEF) og Brukertilfredshetsundersøkelser i kommunale rustjenester (KoRus Midt-Norge)*

[5] Helsetilsynet (2019): *Oppsummering av landsomfattende tilsyn med tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse i 2017 og 2018.*

ansvarsfordeling innen eller mellom ulike deler av tjenestene. Lite samordnete tjenester – det er i sammenhengen mellom tjenestene det oftest svikte. I tillegg ble det avdekke alvorlige svakheter i styring og ledelse.

- *Landsomfattende tilsyn med barnevernsinstitusjoner i 2018*[6]

Det ble avdekket at barn med problemer knyttet til rus og psykisk helse bodde i institusjoner uten ansatte med tilstrekkelig kompetanse på områdene. Helsetilsynet vurderer at 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.

- *Landsomfattende tilsyn med ettervern og samarbeid mellom barneverntjenesten og sosiale tjenester i Nav*[7] *(pågår)*

Fylkesmennene gjennomfører landsomfattende tilsyn med ettervern og samarbeid mellom barneverntjenesten og sosiale tjenester i Nav. Tilsynet er pågående og skal undersøke om kommunen legger til rette for og følger opp at ungdommene mottar individuelt tilpassede, koordinerte og forsvarlige barneverntjenester og sosiale tjenester. Det foreligger så langt rapport fra 42 tilsyn og endelige konklusjoner kan først trekkes når Helsetilsynets oppsummering er ferdigstilt. Det blir viktig å følge med på dette i lys av rusreformen.[8]

For noen kommuner er det fortsatt behov for oppbygging av tilbudet og utvikling av nye tjenester, mens for andre kommuner er det mer et spørsmål om innretting av tilbudet, bedre koordinering og sammenheng i tjenestetilbudet. Det pekes på vedvarende samhandlingsproblemer mellom tjenester og sektorer, både innad i kommunene og mellom ulike tjenestenivåer og tjenesteaktører. Det er oftest mellom tjenestene det glipper. Det kan i verste fall føre til at pasienter og brukere ikke får nødvendige og forsvarlige tjenester. Det forventes at implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus på sikt vil bidra til forbedring på disse områdene. Et annet tiltak er etablering av helsefellesskap som skal få sykehusene og kommunene til å samarbeide bedre om pasientene. De mest sårbare pasientene skal prioriteres.

I Sintefs kartlegging av kommunalt psykisk helse –og rusarbeid (IS-24/8) for 2019 er det 38 prosent av kommunene/bydelene som svarer at de økte midlene de har mottatt gjennom frie inntekter, begrunnet i opptrappingsplanen for rusfeltet, i svært stor grad eller i stor grad har blitt benyttet til formålet. Det er en nedgang fra 2018 hvor 46 prosent svarte det samme. Det er også færre kommuner/bydeler som svarer at opptrappingsplanen har hatt noen direkte konsekvenser i 2019 enn i 2018, fra 60 prosent til 48 prosent. Totalt er det rapportert om 251 nye årsverk fra 2018 til 2019, mens i 2018 rapporterte kommunene/bydelene 501 nye årsverk som følge av opptrappingsplanen.

I tillegg til de økte midlene i kommunerammen er det etablert flere tilskuddsordninger som skal styrke rusarbeidet. Blant annet er det bevilges rundt 450 mill. kroner over ordningen *Kommunalt rusarbeid*, hvor formålet er å bygge opp varig kapasitet. Kommuner får tilskudd i inntil fire år, hvor tilskuddet gradvis reduseres og kommunene forplikter seg til å øke egenfinansieringen. Det er for

[6] Helsetilsynet (2018): *Oppsummering av landsomfattende tilsyn med barnevernsinstitusjoner i 2018.*

[8]https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/lot_ettervern_barnevern_sosial_internserien3_2019.pdf

tidlig å konkludere med i hvilken grad ordningen fører til at kommunene viderefører kapasiteten etter at tilskuddet opphører. Det vil være variasjoner, men fylkesmannen uttrykker, ut fra sine erfaringer så langt, en viss bekymring for at kommuner ikke viderefører stillingene etter at statlige tilskudd opphører og opptrappingsplanen avsluttes. Det er derfor viktig å følge med på utviklingen fremover.

Opptrappingsplanen er inne i sitt siste år (2020) og sluttresultatene i evalueringen av planen foreligger våren 2021. Det er for tidlig å trekke endelige konklusjoner, men de vedvarende utviklingstrekkene så langt, peker på behov for å fortsette innsatsen på flere områder for å få et tilstrekkelig tilbud på plass i hele landet. Evalueringen av planen, sammen med Helsetilsynets tilsynsrapporter synliggjør flere spesifikke utfordringsområder som helsemyndighetene bør satses videre på fremover, hvorav direktoratet vurderer at noen er særlig relevant for rusreformen. Det gjelder tilbudet knyttet til:

- unge som er i risiko for å utvikle rusmiddelproblemer eller som har utviklet slike problemer
- unge voksne/voksne med problematisk rusmiddelbruk (milde/moderate)
- personer med ROP-lidelser
- pårørende, herunder også barn som pårørende
- bolig og oppfølging av bolig
- deltakelse i arbeid/utdanning og aktivitet

Ut fra dagens statusbilde vurderer direktoratet at den store kommunale variasjonen i tjenestetilbudet må følges av videre med målrettede satsingstiltak etter opptrappingsplanperioden og i gjennomføringen av rusreformen slik at alle kommuner har på plass et tilstrekkelig tilbud til alle personer og deres pårørende som har behov for det.

Opptrappingsplanen for rusfeltet omfatter ikke innsatser og tiltak knyttet til folkehelsearbeidet og det primærforebyggende rusmiddelarbeidet. Dette omtales nærmere i avsnitt 2.2.1 Forebyggende og behandlende tiltak for unge.

Se også for øvrig avsnitt 2.2.2 Mulige konsekvenser for kommunene.

Konklusjon:

- Helsedirektoratet vurderer at det over en årrekke er satt i verk ulike innsatser og tiltak som har bidratt til å styrke kapasitet, kvalitet og kompetanse i kommunalt rusarbeid. Det er bygget opp et mangfoldig og omfattende tilbud flere steder. Likevel er det per i dag stor kommunal variasjon i tjenestetilbudet som bør følges av videre satsingstiltak etter opptrappingsplanperioden, slik at alle kommuner har på plass et tilstrekkelig tilbud til personer med rusmiddelproblemer og deres pårørende. Det begrunnes ut fra dagens statusbilde og sett i lys av mulige ytterligere økte behov i forbindelse med rusreformen. Se for øvrig kap. 2.2.2 Mulige konsekvenser for kommunene.

- Helsedirektoratet vurderer at en forutsetning for at utvalgets forslag skal kunne gjennomføres i kommunene, er at tjenestene er tilstrekkelig dimensjonert, kunnskapsbaserte og er innrettet ut fra brukernes behov. Det gjelder særlig for barn og

unge, hvor det er avdekket alvorlig svikt og mangler i tjenestetilbudet. Det er i mange tilfeller ikke lagt til rette for samarbeid mellom tjenesteytere, som sikrer at ungdommene får helhetlige, koordinerte og forsvarlige tjenester, tilpasset deres behov.

2.2.1 Forebyggende og behandlende tiltak for unge i kommunen

Utvalgets vurdering

Utvalget beskriver dagens situasjon med forebyggende tiltak, og oppfølging av enkeltpersoner i og utenfor straffesaker, inkludert bruk av ruskontrakter. Kommunenes plikt til å drive forebyggende arbeid etter folkehelseloven, der skolen er en sentral arena, samt politiets rolle i det forebyggende arbeidet beskrives også.

Utvalgets forslag til reform inkluderer også barn og unge under 18 år og som blir stoppet av politiet for bruk og/eller besittelse av mindre mengder illegale rusmidler, og med påfølgende vedtak om oppmøteplikt for rusrådgivningsenheten. Det foreslås at den rådgivende enheten styrkes med barnevernfaglig kompetanse i alle saker som omhandler barn og unge under 18 år, og foreldre/foresatte skal innkalles. Utvalget foreslår ingen straffelignende reaksjoner for personer under 18 år. Utvalget argumenterer for at 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 straffetrussel. Utvalgets forslag innebærer ingen endring for kommunens plikt til å drive forebyggende arbeid etter folkehelseloven.

Utvalget foreslår å opprette en rådgivende enhet for narkotikasaker enten i hver kommune eller gjennom interkommunalt samarbeid, der dette fremstår hensiktsmessig. Utvalget mener enheten må, så langt det er mulig, legge til rette for at vedkommende som er ilagt oppmøte-plikt, mottar innkallingen. Oppsøkende sosialt arbeid og tjenester som eksempelvis Utekontakt pekes på som særlig viktig for arbeidet barn og unge.

Helsedirektoratets vurdering

Helsedirektoratet støtter de overordnede linjene i utvalgets forslag når det gjelder å nå ut til ungdom som er i risiko og har et problematisk bruk av rusmidler. Samtidig er det ønskelig å i størst mulig grad forhindre eller utsette debuten for unges utforsking og bruk av rusmidler. Direktoratet mener at dette ikke svares tilfredsstillende ut av de tiltakene som legges frem. For at samfunnet skal kunne tilby hjelp til ungdom som bruker illegale rusmidler på en problematisk måte må det utvikles metoder/tilnærminger som er differensiert i møte med hver enkelt ungdom. Innvevd i rusmiddelbruken ligger det mange ulike årsaker og problemstillinger som det må tas høyde for. Det kan være tap av relasjoner, psykisk stress, fattigdom, familieproblemer og psykiske lidelser. For å komme disse ungdommene i møte må en kunne tilby tilnærminger som jobber med mer enn selve rusproblematikken og som har rom for hele ungdommen og særlig det som kan være årsaken til problematisk rusmiddelbruk. Et bredt spekter av helse og sosialfaglige tiltak sammen med fritids- og aktivitetstilbud som ungdom vil ha, kan være en god buffer mot alvorligere rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. Selv om utvalget fremhever at det ikke er empirisk grunnlag for å kunne konkludere med at bruk og utprøving av rusmidler blant unge vil øke ved en avkriminalisering er det også manglende kunnskapsgrunnlag for å si at det ikke vil kunne øke. Man kan ikke utelukke at forbudet mot bruk av narkotika og tilhørende bruk av straffereaksjoner kan ha en preventiv effekt for ungdom

som ønsker å utforske rusmidler, og en avkriminalisering av bruk og besittelse av mindre mengder narkotika kan endre på dette i en retning vi ikke ønsker.

I dag er det et skille på hvordan man møter unges bruk av illegale rusmidler som avhenger av om vedkommende er over eller under den strafferettslige lavalder på 15 år. En avkriminalisering vil oppheve et slikt skille. For ungdom under 18 år som blir tatt for bruk og/eller besittelse av illegale rusmidler er den foretrukne reaksjonsformen i dag påtaleunnlatelse med vilkår. Vilkårene består ofte av krav om avhold fra bruk av narkotika gjennom såkalte ungdoms- eller ruskontrakter, der urinprøver er et sentralt kontrolltiltak, og dersom vilkårene brytes er det en trussel om ordinær straffesak. Ved en avkriminalisering slik utvalget foreslår, mener Helsedirektoratet det må igangsettes særlige og motiverende tiltak for denne målgruppa, slik at det kan bidra til at de avstår fra videre eksperimentering med illegale rusmidler En avkriminalisering kan trolig også føre til at flere ungdommer våger å snakke om eget rusbruk og vil kunne ta dette opp med foreldre og ansatte i hjelpeapparatet.

Helsedirektoratet mener utvalget ikke svarer tilstrekkelig på hvordan kommunene skal kunne ha et godt forebyggende arbeid eller gi hjelp til ungdom som ikke ønsker det og dermed ikke møter opp til rådgivningstjenesten. Det står følgende i rapporten: "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" (s. 333). Videre står det i kunnskapsoppsummeringen: «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.» s. 97.

Helsedirektoratet mener rusreformen legger et stort ansvar på en kommunal ikke-lovpålagt oppgave og tjeneste både når det gjelder kompetanse hos de ansatte, men ikke minst når det gjelder kapasitetsutfordringer. Oppsøkende virksomhet er ikke tydeliggjort i lovverket som en lovpålagt tjeneste. Derfor preges tjenestene i dag av store lokale variasjoner i omfang og prioritet, kvalitet, kompetanse og faglig innhold. Direktoratet mener at det må gjøres et betydelig arbeid for å styrke disse tjenestene for at de både skal kunne følge med på utviklingen i ungdomsmiljøene og for at de skal oppleves som et reelt lavterskeltilbud for barn og unge, uansett hvor i landet og hvilken kommune man bor i. I evalueringen av opptrappingsplanen på rusfeltet står det: "Flere kommuner er bekymret for at de ikke i tilstrekkelig grad har tjenester som fanger opp unge med rusmiddelproblemer tidlig. Det er bekymring for ungdom som eksperimenterer med rus, og unge med et stort rusforbruk som kommunene erfarer at de ikke kommer i kontakt med. Flere ønsker mer oppsøkende tjenester overfor denne gruppen eller steder hvor det er lavere terskel for å ta kontakt, som typer av mottakssenter (Skog-Hansen et. Al 2018)".

Helsedirektoratet mener det må gjøres et løft for å heve kompetanse og kapasitetsutfordringer for oppsøkende virksomhet og lavterskelarenaer for barn og unge for at tjenestene både skal kunne følge med på utviklingen og for at de skal oppleves som et reelt lavterskeltilbud for barn og unge uansett hvor i landet og hvilken kommune man bor i. Tjenestene må utvikles til å være en reell samarbeidspart og aktør i kommunens oppfølging av ungdom som det er knyttet bekymring til og som ikke rådgivningstjenesten når ut til. Se også kapitel 5. Foreslåtte lovendringer og merknader til bestemmelsene.

Videre mener direktoratet det er svært viktig at kommunene gis tilgang til lokale data og kunnskap som kan følge med på utviklingen i bruk i ungdomsbefolkningen. Ungdata-undersøkelsen kan for eksempel benyttes systematisk som en del av det lokale folkehelsearbeidet, slik at kommunene kan følge med på utviklingen i rusbruk blant ungdom. Bruker Plan kan også innrettes mot ungdomsgruppen og gi et bedre bilde av ungdomsgruppen som er i kontakt med hjelpeapparatet. Slik kan kommunene danne seg et grunnlag for hvor innsatsen mot ungdomsgruppen bør settes inn.

I aldersgruppen under 18 år er oftest de fleste kommunale tiltak og tjenester innrettet som forebyggende tjenester og lite som behandlende tjenester. For ungdom er tjenester som barnevern, helsestasjon, utekontakt, skole, aktivitetsrettede tilbud og BUP de mest tilgjengelige tjenester eller tiltak. Disse er ofte av forebyggende individuell karakter med unntak av BUP og noen tiltak i barnevernet som eks. institusjonsplassering som har trekk av å være mer behandlende. Det er få tiltak for ungdom i kommunal regi som gir tilbud om rusbehandling i tradisjonell forstand der fokus er på selve rusbruken og skadereduserende tiltak.

Kommunen vil kunne få kontakt med et betydelig antall flere ungdommer en før reformen, noe som klart er ønskelig for å kunne tilby hjelp til de ungdommene som trenger det mest. Disse ungdommene vil ha behov for tiltak som en i dag kan regne med ikke i tilstrekkelig grad eksisterer eller er tilpasset ungdomsgruppen behov for fleksible tiltak, tiltak som er lett tilgjengelig, som bygger på ungdommens ønsker for endring osv.

Det mangler oppdatert kunnskap om hvilke forbyggende tiltak som virker eller ikke virker. Det må derfor utvikles forebyggende tiltak overfor ungdom som er tilpasset ungdomsgruppen og som er kunnskapsbasert. I 2017 startet en tiårig satsing (2017–2027) på kommunalt folkehelsearbeid, som resultat av et forslag fremmet gjennom Folkehelsemeldingen av 2015. Satsingen skal bidra til en langsiktig styrking av kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse og livskvalitet. Barn og unge, psykisk helse og rusforebygging er sentrale tema. Programmet skal legge til rette for en kunnskapsbasert utvikling av arbeidsmåter, tiltak og verktøy, samt stimulere til samarbeid mellom kommunesektoren og forskningsmiljøer om utviklingsarbeidet. Det er iverksatt en rekke tiltak som et resultat av programmet. En betydelig overvekt av tiltakene har psykisk helse og livskvalitet som hovedformål, og det er potensiale for at kommunene i større grad også utvikler tiltak med hovedmål om å forebygge rusmiddelbruk.

Effekten av forebyggende arbeid er vanskelig å måle og det utfordrer forebyggingsperspektivet når en ikke kan definere hvilke forebyggende tiltak eller strategier som har effekt og som fører til endringer i ungdommens liv. Et eksempel kan være ruskontrakter som består av en skriftlig avtale om ønsket endring og hva ungdommen forplikter seg til selv å følge opp av skole, trening osv. for å bli rusfri. Ruskontrakten er knyttet opp til jevnlig urinprøvekontroll som angir om ungdommen fortsatt bruker rusmidler eller har klart å slutte. Det er mange varianter av ruskontrakter rundt i kommunene og det er ulike måter å gjennomføre dem på. Det er manglende dokumentasjon på effekter av ruskontrakter, og vi vet for lite om de bidrar til redusert eksperimentering med illegale rusmidler. Ruskontrakt kan ikke ses på som en kunnskapsbasert tilnærming og dersom tiltaket fortsatt skal benyttes bør det igangsettes mer systematisk dokumentasjon om effektene av dette.

Utvalget trekker frem skolehelsetjenesten som en mulig aktør for å gjennomføre frivillig rustesting i forbindelse med såkalt ruskontrakt. Direktoratet er ikke kjent med omfanget av en slik gjennomføring i dag. Rustesting inngår ikke i det grunnleggende tilbudet skolehelsetjenesten er

pålagt. Skolehelsetjenenesten er et frivillig lavterskeltilbud til elevene. Det bør derfor reflekteres hva en slik rolle vil innebære for tillitten mellom elev og skolehelsetjenesten, og hvordan eleven skal følges opp i etterkant. Rustesting er ressurskrevende, lokaler må være egnet og det må sikres at det er en plan for oppfølging i kommunen.

Både svangerskapsomsorgen, helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom har et bredt tverrfaglig samarbeid både innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten, og tjenenesten bør inngå i tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid innen psykiske helse- og rusarbeid i kommunene. Aktuelle samarbeidspartnere i denne sammenheng kan være miljøarbeidere i skolen, barnevernet, politiet, samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT), utekontakt og ruskonsulent i kommunen og evt. ruspoliklinikker i spesialisthelsetjenesten, der dette finnes, i det forebyggende arbeidet knyttet til alkohol og andre rusmidler. Arbeid for å forebygge bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler bør ta utgangspunkt i lokale forhold og utfordringer. For å ta informerte valg, trengs helsekompetanse om faktorer som påvirker fysisk og psykisk helse. Skolehelsetjenesten bør derfor samarbeide med skolen om planer og tiltak for å forebygge bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler blant elevene.

Direktoratet er ikke kjent med om det i dag finnes statistikk over antall bortvisning fra grunn- eller videregående skole og om hvor mange av bortvisningene som er rusrelaterte. Dette er et område direktoratet ser behov for å følge med på videre. Direktoratet mener det bør gjøres en vurdering av hvordan utdanningsmyndighetene kan følge opp det forebyggende arbeidet ved implementering av endringene i rusreformen.

Konklusjon

Helsedirektoratet anbefaler at forebyggende arbeid og rusbehandling i kommunen rustes betydelig opp før reformen trer i kraft. Dette for å kunne møte ungdommers behov for profesjonell og relevant hjelp og samtidig gjøre tjenestene mer tilgjengelig i kommunene. Helsedirektoratet peker også på behovet for kunnskapsbaserte tjenester og metodiske tilnærminger som har større effekt en dagens tilnærming. Se også avsnitt 2.2.3 Tiltak i spesialisthelsetjenesten for unge

2.2.2 Mulige konsekvenser for kommunene

Utvalgets vurdering

I NOUens kapittel 19 tar utvalget for seg økonomiske, administrative og andre vesentlige konsekvenser av forslaget til valgt modell. Utvalget presiserer at de ikke har grunnlag for å tallfeste konsekvensene utover begrensede beregninger. Det heftes stor usikkerhet ved beregning av dagens kostnader hva angår narkotikabruk, knyttet til justissektorens ressursbruk og til helse- og velferdstjenester som ytes til brukere av narkotika. I tillegg kommer de menneskelige omkostningene for brukeren selv, pårørende og samfunnet generelt. De samlede konsekvensene avhenger dels av ulike sider ved implementering og organisering av rusreformen, av antall personer og saker som skal håndteres og av i hvilken utstrekning helse- og velferdstjenestene må yte tjenester i større omfang enn i dag.

Utvalget uttaler at det vil ikke nødvendigvis være slik at majoriteten av dem som pålegges å møte for rådgivningsenheten, faktisk har eller ønsker et videre tjenestebehov. En viss andel av dem som

pålegges et møte for enheten vil dessuten allerede være mottakere av tjenester, slik at oppmøtet ikke nødvendigvis krever ytterligere tjenester. Utvalget antar at disse forholdene vil redusere behovet for økte ressurser i tjenestene. Utvalget legger uansett til grunn at forslaget samlet sett vil medføre en reduksjon av samfunnsutgiftene knyttet til narkotikabruk på lang sikt.

Utvalget redegjør for empirisk forskning på virkninger en avkriminalisering av narkotika kan ha for bruk i befolkningen. Videre beskrives mulige tilsiktede og utilsiktede konsekvenser av avkriminalisering, påfulgt av slike konsekvensers innbyrdes sammenheng og vekt. Utvalget konkluderer med at den beste tilgjengelige kunnskap per i dag tilsier at det er lite trolig at avkriminalisering som sådan vil forårsake en nevneverdig endring i bruken av narkotika. En eventuell reduksjon eller økning i bruk, vil kunne justeres i lys av erfaringene etter gjennomføringen.

Helsedirektoratets vurdering

Helsedirektoratet vurderer, på lik linje med utvalget, at det ikke foreligger tilstrekkelig grunnlag for å gi en fullstendig vurdering av de samlede konsekvensene av forslaget som legges til grunn for rusreformen. Utfordringene ved å beregne de samlede kostnadene, og knyttet til helse- og omsorgstjenestene spesielt, illustreres godt ved det mangfoldet av aktører og ulike tjenestetilbud fra ulike sektorer og forvaltningsnivåer som omtales i utredningen. Direktoratet mener at utvalget i det videre redegjør godt for ulike forhold som forslaget avhenger av.

Hovedformålet med rusreformen er at flere med rusmiddelrelaterte problemer skal få hjelp. Direktoratet tar utgangspunkt i at utvalgets flertall har lagt til grunn at rusreformen skal omfatte alle grupper av narkotikabrukere, uavhengig av alder og bruksmønster. Det er påregnelig at reformen vil medføre økte ressursbehov i helse- og omsorgstjenestene, særlig på kort sikt. Blant annet fordi det må antas at en større andel av hjelpebehovet som finnes i kommunen vil bli avdekket.

For andelen personer som ikke er tidligere kjent av tjenestene og som gjennom oppmøte for rådgivningsenheten avdekkes å ha et tjenestebehov, skulle det gjerne i tilfeller vært iverksatt tiltak for å identifisere slike behov tidligere. I Sintefs kartlegging av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for 2019, svarer nær halvparten av kommunene at de ikke har systemer på tvers for å identifisere personer med behov for tidlig intervensjon ved rusmiddelrelatert problematikk. Utvalgets forslag kan således forstås som en tydeliggjøring av viktigheten av å avdekke tjenestebehov for å kunne yte nødvendige tjenester, både innen forebygging, rehabilitering, behandling, skadereduksjon og annen oppfølging.

Direktoratet viser for øvrig til at kommunesektoren fra 2016 og frem til i dag er tilført midler gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet. I tillegg er det etablert ulike tilskuddsordninger som er øremerket styrking av kommunalt rusarbeid og samhandlingsmodeller mellom kommuner og helseforetak. Som tidligere nevnt kan andre forhold føre til bedre utnyttelse av allerede etablerte ressurser i kommunene, som omstilling av eksisterende tjenestetilbud, implementering av kunnskapsbaserte modeller/arbeidsformer, bedre koordinering, samordning og samhandling mellom tjenester og sektorer. Direktoratet antar at de nevnte forholdene kan redusere behovet for økte ressurser i kommunene og at forslaget samlet sett kan medføre en reduksjon av samfunnsutgiftene på lang sikt.

På kort sikt vurderer direktoratet at ressursbehovet samlet sett vil øke. Kunnskapsgrunnlaget viser, blant annet gjennom følge med programmet for opptrappingsplanen for rusfeltet og tilsynsrapporter fra Helsetilsynet, at tross betydelige innsatser de siste årene så er ikke alle kommuner per i dag tilstrekkelig rustet til å yte nødvendige tjenester til alle brukere og pårørende som har behov for det. Se for øvrig kapitel 2.2. Tjenester og tiltak i kommunene.

I hvilken utstrekning helse- og omsorgstjenestene må yte tjenester i større omfang enn i dag avhenger som nevnt av flere forhold. Direktoratet vurderer at det ut fra hovedformålet med rusreformen, vil være et stort potensial for at økt kjennskap og bedre tilgjengelighet til tjenestetilbudet for personer med rusproblemer kan medføre økt etterspørsel etter tjenester fra befolkningen generelt. Ikke minst kan det skje ved at rådgivningsenheten identifiserer tjenestebehov blant brukergrupper som tidligere ikke har vært i kontakt med tjenesteapparatet og/eller at det avdekkes ytterligere tjenestebehov for personer som allerede mottar tjenester. Det kan heller ikke utelukkes at avkriminaliseringen kan gi utilsiktede konsekvenser, som økt bruk av narkotika i befolkningen. Rusmiddelbruk øker risikoen for ulike negative konsekvenser knyttet til helse og sosiale forhold. Gitt at bruken av narkotika øker i befolkningen, kan det medføre økt behov for hjelp fra helse- og omsorgstjenesten. Samtidig mener direktoratet at for å holde rusmiddelbruk og rusmiddelrelaterte skader på et lavt nivå, så må det legges betydelig vekt på virksomme forebyggende og skadereduserende tiltak i kommunene, som en del av rusreformen og i utformingen av rusmiddelpolitikken generelt.

Direktoratet støtter at utvalget legger til grunn at kommunen har ansvar for å avdekke tjenestebehov og yte nødvendige tjenester. Kommunenes utgifter relatert til rusarbeid dekkes i hovedsak gjennom inntektssystemet til kommunesektoren, og oppgavene skal i utgangspunktet løses innenfor den økonomiske rammen de til enhver tid har. Likevel vurderer direktoratet at utvalgets forslag til modell for rusreformen anses som en betydelig endring i nasjonal rusmiddelpolitikk, hvor kommunene tillegges et hovedansvar for gjennomføringen Direktoratet støtter forslaget om å supplere med tilskuddsmidler, eksempelvis ved å øremerke deler av tilskuddsordningen «Kommunalt rusarbeid» til særlig prioriterte områder i rusreformen. Oppbygging av forebyggende og behandlende tiltak for barn og unge er et området som bør ha høyest prioritet.

Konklusjon:

- Helsedirektoratet legger til grunn at kommunen har ansvar for å avdekke tjenestebehov og yte nødvendige tjenester til sine innbyggere. Kommunenes utgifter relatert til rusarbeid skal i hovedsak dekkes gjennom inntektssystemet til kommunesektoren, og oppgavene må løses innenfor den økonomiske rammen de til enhver tid har. Kommunene har fått tilført midler gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet og ulike tilskuddsordninger. Likevel vurderer direktoratet at utvalgets forslag til modell for rusreformen anses som en betydelig endring i nasjonal ruspolitikk, hvor kommunene tillegges et hovedansvar for gjennomføringen.
  Det er påregnelig at reformen vil medføre økte ressursbehov i helse- og omsorgstjenestene, særlig på kort sikt, fordi det må anses at en større andel av hjelpebehovet som fins i kommunen vil bli avdekket. Hovedformålet med rusreformen er nettopp at flere skal få tilgang på hjelp. Direktoratet støtter forslaget om å supplere med tilskuddsmidler, eksempelvis ved å øremerke deler av tilskuddsordningen «Kommunalt rusarbeid» til særlig prioriterte områder i rusreformen. Oppbygging av forebyggende og behandlende tiltak for

barn og unge er et området som bør ha høyest prioritet. Utover dette bør det vurderes å foreta en nærmere økonomisk analyse av konsekvenser av reformen. Eventuelle finansieringsbehov som avdekkes i forkant og/eller i løpet av gjennomføringen av reformen bør vurderes fortløpende.

- Kommunene bør vektlegge å etablere kunnskapsbaserte og virksomme forebyggende og skadereduserende tiltak for å holde rusmiddelbruk og rusmiddelrelaterte skader på et lavt nivå. En slik vektlegging kan også forebygge og redusere behov for mer omfattende og ressurskrevende tjenester dersom problemer får utvikle seg over tid.

- Helsedirektoratet vurderer at utover økonomi, kan andre forhold føre til bedre utnyttelse av allerede etablerte ressurser i kommunene, slik som omstilling av eksisterende tjenestetilbud, implementering av kunnskapsbaserte modeller/arbeidsformer, bedre koordinering og samhandling mellom tjenester og sektorer. Direktoratet antar at de nevnte forholdene kan redusere behovet for økte ressurser i kommunene og at utvalgets forslag samlet sett kan medføre en reduksjon av samfunnsutgiftene på lengre sikt.

2.2.3 Tiltak i Spesialisthelsetjenesten for unge

Utvalgets vurdering

Rusbehandling i spesialisthelsetjenesten omfatter øyeblikkelig hjelp (rusakuttmottak),[9] avrusingstilbud, poliklinisk behandling, døgnbehandling – herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelavhengige med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4 og substitusjonsbehandling.

I 2018 mottok 32 343 personer over 18 år TSB.[10] 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 aldergruppen har vært på samme nivå de siste fem årene.

Utvalget beskriver dagens offentlige helsetjenester innen spesialisthelsetjenesten og barneverntjenesten som omfatter eller retter seg særlig mot personer med rusproblematikk. Utvalget mener at tjenestetilbudet til brukere av narkotika i Norge må anses å være mangfoldig og omfattende, sammenlignet med mange andre land. Likevel er det en vedvarende utfordring at mennesker med rusmiddelrelaterte problemer og deres pårørende ikke alltid får nødvendig oppfølging og behandling. Utvalget mener at tjenestetilbudet til brukere av narkotika i Norge må anses å være mangfoldig og omfattende, sammenlignet med mange andre land. Likevel er det en vedvarende utfordring at mennesker med rusmiddelrelaterte problemer og deres pårørende ikke alltid får nødvendig oppfølging og behandling, se også 2.2 tiltak i kommunene.

Utvalget mener videre 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

[9] Om akuttilbudet i TSB, se Næss, Erlandsen og Sjåfjell (2019).
[10] Helsedirektoratet (2018a).

har et overordnet faglig ansvar for tilbudet til barn og unge med rusproblematikk, både i og utenfor barneverninstitusjonene.

Helsedirektoratets vurdering

Vi har i vår vurdering vektlagt tiltak til barn og unge i spesialisthelsetjenesten, da vi vurderer at det er det tilbudet som har flest mangler og det er behov for å styrke mest fremover.

Helsedirektoratet støtter utvalgets vurdering om at kommunene bør være hovedarena for arbeidet med rusmiddelproblemer hos barn og unge. Spesialisthelsetjenesten må understøtte kommunene i form av veiledning og aktiv deltagelse i behandlingsteam og samhandlingstiltak, samt ha tilbud til barn og unge med alvorlig rusmiddelproblematikk.
Som det fremkommer i utvalgets oversikt er det om lag 160 pasienter i aldersgruppen 13–17 år som er innlagt i TSB. Mange av disse barna er innlagt som følge av at en eller begge foreldrene har et rusmiddelproblem. Det vil si at de fleste i denne aldergruppen ikke er innlagt for sitt eget rusmiddelproblem (familieinnleggelse).

I 2015 utførte Helsedirektoratet i lag med kompetansetjenestene på rus (Korus) en kartlegging av tilbudet i kommunene og spesialisthelsetjenesten når det gjelder tilbudet til barn og unge med rusmiddelproblematikk. Kartleggingen viste at det ikke er et tilfredsstillende behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Psykisk helsevern for barn og unge har ikke tilstrekkelig kompetanse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) tar som hovedregel ikke imot barn under 18 år. Dette medfører at barn og unge som ruser seg ikke får den utredningen og behandlingen de har behov for som kan medføre at rusmiddelproblemer utvikler seg og utfordringene blir mer komplekse.

Mange av de unge med utfordrende atferd og rusmiddelproblemer blir også henvist til akuttplasser i barnevernet, da tjenestene innenfor spesialisthelsetjenesten ofte ikke er tilpasset denne gruppens behov for tiltak. Dette er en gruppe unge som kan være udiagnostiserte, feildiagnostiserte (atferd og rus maskerer underliggende problematikk), og kanskje er ikke ungdommene mottakelig for det tilbudet som gis.

Videre viste det landsomfattende tilbudet av BUP (2015) at BUP i liten grad kartla om deres brukere hadde rusmiddelproblematikk. Ved tilsynet ble det avdekket svikt i kartlegging av pasienters forhold til rusmidler. Omkring åtte av ti poliklinikker hadde ikke tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot eventuelle rusmiddelproblemer hos unge. Konsekvensen av manglende kartlegging av bruk av rusmidler kan være at pasienten får mangelfull og til dels uvirksom behandling. For unge med rusmiddelproblemer – eller for dem som står i fare for å utvikle det – vil det være av vesentlig betydning for behandlingen og videre prognose at disse problemene blir avdekket raskt.

Barneverntjenesten har ansvar for å hjelpe barn som har rusmiddelproblematikk. Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med barneverninstitusjoner (2018). Det ble avdekket mangler i tilbudet når det gjelder barn med rusmiddelproblematikk:

"…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.»[11]

I den nasjonale retningslinjen - Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet anbefales det at unge med rusmiddelproblemer "bør tilbys rask og alderstilpasset behandling og oppfølging tidlig i forløpet. Oppsøkende og ambulerende tilnærming kan være et godt tiltak særlig med tanke på å forhindre manglende oppmøte til behandling, etablere en behandlingsrelasjon og for å forebygge frafall i behandling. I etablering av relasjon kan det være sentralt å møte ungdommen der han/hun føler seg mest komfortabel. Unge med rusmiddelproblemer er sårbare og kan ha høy terskel for å møte på en poliklinikk"[12] eller i dette tilfellet en rådgivningsenhet - særlig hvis det er første gang.

Helsedirektoratet vurderer at ambulerende tilnærming hvor begge tjenestenivåer kan være representert vil kunne trygge den unge, og gi rom for en fleksibel tilnærming hvor ungdommens behov lettere vil kunne adresseres. Helsedirektoratet vil påpeke at også familievernkontorene kan være en aktør og samarbeidspartner, som kan være viktig i forbindelse med denne reformen. I den nasjonale retningslinjen - Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet anbefales det: "For å nå de yngste vil samarbeid med skole, helsesøster og fritidsmiljøer være særlig aktuelt. Forskningen som holdt nødvendig kvalitet etter foretatt kunnskapssøk omhandlet svært unge pasienter, dvs. opp til 19 år. Det er særlig de yngste pasientene som vi har grunnlag for å anbefale familieterapi overfor. I vår kultur flytter mange ut av foreldrehjemmet etter 19 år og foreldre utøver ikke samme foreldremyndighet som når barnet bor hjemme og er umyndig. Foruten tett samarbeid med familie, er annet nettverk viktig i arbeidet med de unge. Det kan være gjennom samarbeid med skole, helsesøster, fritidsmiljøer o.a.".[13]

Konklusjon

Det bør vurderes hvilke tiltak det er behov for å styrke innenfor spesialisthelsetjenesten, spesielt når det gjelder de yngste med rusmiddelproblemer. I tillegg bør det vurderes hvilken rolle spesialisthelsetjenesten bør ha i samarbeid med kommunen for å kunne yte best mulig hjelp ovenfor brukere som får møteplikt ved rådgivningsenheten. Se for øvrig avsnitt 2.2.1. Forebyggende og behandlende tiltak i kommunen.

3. Helsedirektoratets rolle og ansvar ved gjennomføring av rusreformen

Utvalgets forslag

Utvalget mener det vil være hensiktsmessig å ha en overordnet organisatorisk forankring av den nye modellen, der Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnete ansvaret for det myndighetsorganet som tar imot personer som politiet har ilagt en oppmøteplikt. Dette ansvaret omfatter videre å sikre nødvendig forankring og oppfølging i berørte sektordepartementer og

[11] Helsetilsynet (2019c) s. 3.

[12] Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet

13 https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/unge-eldre-og-gravide-i-rusbehandling

nødvendige bevilgninger til drift. Det foreslås at Helsedirektoratet kan tillegges et delegert ansvar for styring og faglig oppfølging.

For å sikre en tverrsektoriell ansvarsforankring foreslår utvalget å opprette et tverrdirektoralt råd (for narkotikasaker), som ledes av Helsedirektoratet. I tillegg foreslås å opprette et eget brukerutvalg i tilknytning til dette rådet. Det skisseres at rådet innledningsvis kan ha ansvar for implementering av modellen og deretter sikre en enhetlig faglig praksis nasjonalt gjennom systematisk opplæring og utarbeidelse av veiledende materiell. Videre skal rådet ha ansvar for evaluering, overvåking, videreutvikling og vedlikehold av modellen.

Helsedirektoratets vurdering

Direktoratet støtter forslaget om at Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret. Dette ansvaret må omfatte å sikre nødvendig forankring og oppfølging i berørte sektordepartementer og nødvendige bevilgninger til drift. Helsedirektoratet kan tillegges et delegert ansvar for styring og faglig oppfølging.

Helsedirektoratet er enig i at det bør dannes en struktur som sikrer tverrsektoriell ansvarsforankring, men at organiseringen av dette bør vurderes nærmere basert på hvilken modell som endelig velges for gjennomføring av rusreformen. Direktoratene må gis mandat til å vurdere hvordan et slikt arbeid kan organiseres ut i fra overordnede føringer fra departementene. Helsedirektoratets erfaringer fra tverrsektorielt samarbeid om gjennomføring av store satsinger, eksempelvis det statlige 0-24-samarbeidet, opptrappingsplanen for rusfeltet mv., viser noen klare suksesskriterier for denne formen for samarbeid. Disse er blant annet god forankring i alle tilhørende departement og direktorat, tydelige styringslinjer, et omforent og klart mandat og at direktoratene har tilstrekkelig handlingsrom og ressurser til å følge opp arbeidet på en hensiktsmessig måte. Strukturen må videre sikre effektiv fremdrift, og ikke bli et forsinkende ledd i arbeidet. Den må også innrettes på en måte som sørger for sammenkobling med andre statlige pågående og planlagte innsatser og tiltak som er relevant for rusreformen.

Direktoratet støtter at brukere og pårørende skal sikres medvirkning i arbeidet, men at organisering og form bør vurderes nærmere ut fra struktur som velges for det tverrdirektorale samarbeidet. Det kan være mer ressurseffektivt for bruker – og pårørendeorganisasjonene om arbeidet integreres i etablerte råd/utvalg fremfor å etablere nye, eksempelvis Helsedirektoratets BrukerROP. Hensiktsmessig form bør drøftes med organisasjonene.

Fylkesmannen og kompetansesentrenes rolle

Forslaget legger til grunn at kommunene er det utøvende nivå av den nye modellen, og at den tilknyttes helse- og omsorgstjenestene. Det forutsettes krav til tverrfaglig kompetanse- og samhandlingskrav. For å understøtte det lokale arbeidet med reformen, foreslår direktoratet at fylkesmennene kan tillegges et delegert ansvar for å bistå med råd og veiledning knyttet til implementering og oppfølging. Fylkesmannen er også tilsynsmyndighet. Kompetansesentrene innen psykisk helse, rus og vold bør samarbeide med fylkesmennene med å tilby fag- og kompetansestøtte og eventuelt tilpassede opplæringsprogram til den rådgivende enheten, de kommunale tjenestene, spesialisthelsetjenesten og andre sentrale aktører.

4. Evaluering av rusreformen

Utvalgets forslag

I utvalgets mandat og i regjeringens politiske plattform 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 med tilnærming til området som helhet. Utvalget foreslår at det utarbeides et evalueringsprogram. De har ikke utarbeidet et uttømmende program, men redegjør for at oppgaven bør tillegges helsemyndighetene og evaluator. Utvalget omtaler noen prinsipper knyttet til selve evalueringsprosessen og peker på forhold av særlig betydning som kan bli påvirket av rusreformen, og som bør tas i betraktning under evalueringen. Utvalget viser til at alle statlige virksomheter er pålagt å gjennomføre evalueringer[14].

Utvalget begrunner forslaget med at en forskningsmessig tilnærming til ruspolitiske tiltak og virkemidler er avgjørende for å ha best mulig evidens for ruspolitiske retningsvalg og innsatser. Slik forskning, som kommer i tillegg til evalueringer av avgrensede tiltak, er også nødvendig for å forsikre seg om at de valgene som tas og de tiltak som iverksettes i rusreformen, ikke har uakseptable og utilsiktede negative konsekvenser for individ og samfunn. Evalueringen må ta høyde for at korrigerende eller forsterkende tiltak kan bli iverksatt underveis.

Avslutningsvis fremheves noen særskilte områder hvor det, etter utvalgets mening, foreligger ytterligere utredningsbehov. Det foreslås å nedsette et offentlig utvalg med mandat til 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 årene.

Helsedirektoratets vurdering

Formålet med rusreformen og utvalgets forslag til modell for gjennomføring anses som en betydelig endring i nasjonal rusmiddelpolitikk og med påfølgende tiltak og innsatser som skal settes i verk. Utvalget peker selv på at deler av kunnskapsgrunnlaget er ganske svakt og preget av usikkerhet, særlig når det gjelder mulige virkninger reformen kan ha, eksempelvis for utviklingen av rusmiddelbruk. Det er, etter direktoratets syn, nødvendig å igangsette et planmessig og helhetlig evaluerings- og forskningsprogram fra og med implementeringen av reformen og som løper over lengre tid. Sentrale variabler bør overvåkes fortløpende for å kunne iverksette korrigerende eller forsterkende tiltak, dersom noe synes å avvike fra en ønsket utvikling. Dersom en evaluering skal gi realiserbare gevinster må funn og anbefalinger fra evaluerings- og forskningsprogrammet fortløpende integreres i modellen for rusreformen. Selve utformingen av en kravspesifikasjon må skje i tråd med anskaffelsregler og kan tillegges den tverrdirektorale strukturen som etableres, og i samarbeid med fag ,-forsknings- og brukermiljøer. Direktoratet ber også om at det vurderes om dette bør tillegges som et program under Norges forskningsråd. Direktoratet vil likevel påpeke at evaluerings- og forskningsprogrammet bør ha en form som både måler resultater og effekter av reformen og i form av følgeevaluering og følgeforskning.

[14] Forskrift 12. desember 2003 nr. 1938. Reglement

Data- og styringsverktøy

Det er etablert en rekke ulike data- og styringsverktøy som skal bidra til at nasjonale myndigheter, regionale aktører, kommuner og spesialisthelsetjenesten kan følge med på status og utvikling innen rusfeltet. Disse er også verktøy for et kunnskapsbasert utviklings- og forbedringsarbeid i tjenestene. Noen verktøy er Ungdata, BrukerPlan, IS-24/8 kartlegging av kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, program for lokalt folkehelsearbeid, Samdata, NPR, KPR, brukertilfredshetsundersøkelser mv. Det må legges til rette for at sentrale variabler i rusreformen fortløpende kan inkorporeres i de etablerte nasjonale systemene. Aktører som tillegges en sentral rolle i gjennomføringen av rusreformen må ha god tilgang på lokale data og verktøy som gjør det mulig å følge med på utviklingen og iverksette nødvendige tiltak underveis. Det gjelder særlig kommunene, som i utvalgets forslag til modell for gjennomføring, tillegges en betydelig rolle.

Ytterligere utredning

Direktoratet vurderer at kunnskapsgrunnlaget på rusfeltet er betydelig styrket de siste 20 årene, men støtter utvalgets forståelse av at det fortsatt er kunnskapshull på flere områder. Helsemyndighetene har ikke tilstrekkelig kunnskap om kvantitet, kvalitet eller effekt av innsatser, tiltak og tjenestetilbud på rusfeltet. Dette gjelder på kommunalt nivå, fra spesialisthelsetjenesten og fra ideelle og private aktører. Kunnskapsgrunnlaget som allerede foreligger omfatter i stor grad evalueringer, forskning og statistikk på avgrensede tiltak. Ut fra direktoratets kjennskap, er det ikke gjort tilstrekkelige forsøk på en systematisk tilnærming for å vurdere helheten på feltet, siden NOU 2003: 4 *"Forskning på rusmiddelfeltet — En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak".* En ny utredning kan være et viktig bidrag underveis i gjennomføringen av rusreformen og for utforming av rusmiddelpolitikken generelt. Det bør vurderes å i igangsette en slik utredning uavhengig av om reformen realiseres eller ikke.

Konklusjon

- Helsedirektoratet støtter utvalgets forslag og begrunnelser for å etablere et helhetlig evaluerings- og forskningsprogram av rusreformen. Utformingen av en programmet, basert på en kravspesifikasjon, må tillegges de som får oppgaven, men direktoratet vurderer at evalueringen bør ha en form som både måler resultater og effekter av reformen og i form av en følgeevaluering.

- Helsedirektoratet vurderer at det må legges til rette for at sentrale variabler i rusreformen fortløpende kan inkorporeres i allerede etablerte data- og styringsverktøy innen rusfeltet. Aktører som tillegges en sentral rolle i gjennomføringen av rusreformen må ha god tilgang på data og verktøy som gjør det mulig å følge med på utviklingen og iverksette nødvendige tiltak underveis. Det gjelder på nasjonalt, regionalt nivå, men særlig på lokalt nivå da kommunene tillegges en betydelig rolle i gjennomføringen.

- Helsedirektoratet støtter at det nedsettes et offentlig utvalg for å utrede det samlede kunnskapsgrunnlaget og om effekt av tiltak på rusfeltet. Det bør vurderes å i igangsette en slik utredning uavhengig av om reformen realiseres eller ikke, da utredningen vil være et viktig

bidrag til utforming av en kunnskapsbasert rusmiddelpolitikk generelt. Det har skjedd mye på feltet siden forrige kunnskapsoppsummering i 2003.

5. Foreslåtte lovendringer og merknader til bestemmelsene

Rettslig regulering av rådgivende enhet for narkotikasaker i helse- og omsorgstjenestene og andre relevante sektorer

Hjemmelsgrunnlaget for rådgivende enhet for narkotikasaker i helse- og omsorgstjenesteloven

Utvalget har foreslått at ny § 7-4 i helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) skal være hjemmelsgrunnlag for kommunens ansvar for å opprette rådgivende enhet for narkotikasaker. Hjemmel er gitt etter eksempel av hol. § 7-3 som hjemler kommunens ansvar for å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og bestemmelsen fokuserer på den koordinerende funksjonen. En viktig forskjell mellom den foreslåtte rådgivende enheten for narkotikasaker og koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet er imidlertid at rådgivende enhet for narkotikasaker ikke bare skal ha koordinerende og overordnede funksjoner, men også yte individuelle helsetjenester i form av kartlegging og tilpasset rådgivning der personen samtykker. Hjemmelsgrunnlaget for rådgivende enhet for narkotikasaker bør derfor vurderes tydeliggjort også når det gjelder tjenesteansvaret.

Hjemmelsgrunnlag for tverrfaglig innsats fra andre sektorer

Utvalget uttaler at rådgivende enhet for narkotikasaker skal forankres i helse- og omsorgstjenesten, men med et tverrfaglig kompetanse- og samhandlingskrav. Utvalget understreker at den foreslåtte modellen omfatter ansvar hos alle relevante kommunale instanser og øvrige sektorer og forvaltningsnivåer og viser til de alminnelige reglene for samarbeid som ligger i de aktuelle sektorlovene. Disse sidene av utvalgets forslag kommer ikke tydelig frem av loven. For å understøtte utvalgets forslag bør etter vår vurdering ansvar for oppgaver og tverrfaglig samarbeid som etter forslaget skal være "tilknyttet" rådgivende enhet, vurderes tydeliggjort i alle de relevante sektorers lovverk, herunder i barnevernloven, sosialtjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Dette for å sikre at arbeidet i og for rådgivende enhet blir tilstrekkelig forpliktende for alle tjenester og tiltak som etter forslaget skal bidra på ulike måter.

Det kan vurderes om det i tillegg bør innføres lovpålagte, felles samarbeidsavtaler mellom relevante sektorer for å fremme samhandlingen om arbeidet i rådgivende enhet.

Forskriftshjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven (hol.) § 7-4 andre ledd

Det er foreslått en forskriftshjemmel i hol. § 7-4 andre ledd for å gi utfyllende regler om innholdet i rådgivende enhet for narkotikasaker. Helsedirektoratet er delvis skeptisk til at det gis en slik forskriftshjemmel. Årsaken er at forskrifter som regulerer innholdet i en tjeneste eller et tiltak kan hindre faglig utvikling og innovasjon dersom reglene ikke vedlikeholdes. En annen mulig ulempe er blant annet risiko for at forskriftsregler kan praktiseres isolert fra tjenesteloven den har sin forankring i, og hvor mange viktige sider av tjenesten vil være regulert. Alternativet til en forskrift for

rådgivende enhet kan derfor være å heller tydeliggjøre formål og hovedoppgaver ytterligere i lovs form.

På den annen side kan en forskrift om rådgivende enhet for narkotikasaker gi et felles regelverk som normerer alle relevante sektorers ansvar inn i rådgivende enhet. Lovteknisk forutsetter dette at det gis forskriftshjemmel også i de andre relevante sektorers tjenestelover. Vi kan ikke se at dette er foreslått av utvalget. Felles regelverksgrunnlag i form av felles forskrift hjemlet i alle relevante sektorer tjenestelover vil gi kunne bidra til god avklaring av ansvar, oppgaver og samarbeid for rådgivningsenheten.

Plikt til oppsøkende virksomhet ved manglende oppmøte i rådgivningsenheten

Utvalget foreslår ikke sanksjonering i form av straffelignende reaksjoner eller ileggelse av administrativt gebyr for brukere som ikke oppfyller møteplikten. Helsedirektoratet støtter utvalgets konklusjon og begrunnelse for dette. Vi mener at et bedre alternativ er at rådgivningsenheten for narkotikasaker i stedet bør tillegges en lovpålagt aktivitetsplikt når bruker ikke oppfyller oppmøteplikten. Pliktgrunnlaget rettes dermed mot helse- og omsorgstjenesten, ikke brukeren. Plikten bør gå ut på at det utløses et ansvar for rådgivningsenheten, alternativt helse- og omsorgstjenesten som sådan, til å motivere bruker til å møte rådgivningsenheten i de tilfeller der enheten har innkalt vedkommende og personen ikke har møtt til avtaletidspunktet. Den foreslåtte plikten vil være forholdsvis snever ved at den etter vårt forslag kun omfatter plikt for tjenestene til å forsøke å motivere personer til å ønske å møte for en informasjonssamtale og et tilbud om helsehjelp, og ikke omfatter en generell plikt for helse- og omsorgstjenestene til oppsøkende virksomhet. Rådgivningsenhetens motivasjonsarbeid for å søke å få personen til å møte bør skje innenfor reglene for samtykke.

Plikt til å utføre oppsøkende virksomhet

Optimalt sett mener Helsedirektoratet at det også bør innføres en generell plikt for helse- og omsorgstjenesten i kommunen til oppsøkende virksomhet der individuelt behov og forsvarlighetsvurderinger tilsier slik proaktiv virksomhet. Plikten kan alternativt avgrenses til å gjelde sårbare grupper, eller kun barn og unge dersom man skulle prioritere noen grupper.

En slik plikt kan i noen situasjoner allerede sies å inngå i forsvarlighetskravet og ligger også integrert i plikten til psykososial beredskap og oppfølging, men plikten til oppsøkende virksomhet bør etter vår vurdering utvides, tydeliggjøres og bli mer forpliktende for kommunene.

Oppsøkende, ambulante tjenester overfor barn og unge og andre sårbare grupper er en virksom og kunnskapsbasert metode for å nå barn og unge og andre som ellers er vanskelige å nå med tjenester som de har behov for. I tillegg vil slike oppsøkende team kunne være effektive for å imøtekomme en eventuell økning i rusmiddelbruken ved innføring av reformen. Det vil knytte seg økonomiske og administrative konsekvenser til et slikt forslag, men helse- og omsorgstjenestene har gjennom de siste årenes utvikling gått i denne retning og er i større grad en tidligere rigget for å oppfylle en slik oppsøkende plikt. Psykologer i kommunene, tverrfaglige team og andre organisatoriske modeller i kommunen vil kunne bidra til å oppfylle plikten. En pliktbestemmelse i lov for oppsøkende virksomhet vil kunne bidra til en viktig dreining i måten tjenester organiseres, tilrettelegges og gjennomføres.

6. Økonomiske og administrative konsekvenser

Helsedirektoratet ser at med de begrensede analysene som foreligger, så er det vanskelig å konkretisere hvilke økonomiske og administrative konsekvenser denne reformen vil kunne medføre. Imidlertid vurderer Helsedirektoratet at når ansvaret for samfunnets oppfølging av bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk *flyttes fra justissektoren til helse og velferdstjenestene*, vil det også kunne bli behov for endret ressursinnsats i nevnte sektorer. Dette vil i første omgang gjelde kommunene og de nevnte sektorene som tillegges nytt ansvar og nye oppgaver i utredningen.

Helsedirektoratet anbefaler at det derfor foretas en grundig utredning av økonomiske og administrative konsekvenser når modell for rusreformen skal besluttes, og når det er vurdert i sin helhet hvilke tiltak det er behov for å styrke og videreutvikle.