



Kostnader knyttet til regulering av illegale rusmidler til eget bruk og håndhevingen av den eksisterende kontrollpolitikken

Utredning for Rusreformutvalget, Helse- og omsorgsdepartementet

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger, utarbeider evalueringer og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.

Oslo Economics er et samfunnsøkonomisk rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt og analyse basert på bransjeerfaring, sterk fagkompetanse og et omfattende nettverk av samarbeidspartnere.

Økonomisk analyse

Oslo Economics tilbyr konsekvensanalyser, kostnadsanalyser og andre former for samfunnsøkonomisk utredning for departementer, direktorater, helseforetak og kommuner. Vi har kompetanse på samfunnsøkonomiske analyser i henhold til Finansdepartementets rundskriv og veiledere. Vi har bred erfaring fra analyser av lovendringer og satsningsforslag. Innen helsesektoren utarbeider vi analyser av tiltak i primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi har videre erfaring fra analyser innen kriminalomsorgen, Politiet og Tolletaten.

Fra samfunnsøkonomiske og andre økonomiske analyser har vi bred erfaring med å identifisere og vurdere virkninger av ulike tiltak. Vi prissetter nyttevirkninger og kostnader, eller vurderer virkninger kvalitativt dersom prissetting ikke lar seg gjøre.

Kostnader knyttet til regulering av illegale rusmidler til eget bruk og håndhevingen av den eksisterende kontrollpolitikken, rapportnummer 2019_40

© Oslo Economics

Kontaktperson:

Erik Magnus Sæther / Senior Partner

ems@osloeconomics.no, Tel. +47 928 28 616

Innhold

Sammendrag	4
1. Behov for å kartlegge kostnader og konsekvenser av dagens regulering av illegale rusmidler til eget bruk	6
1.1 Formål og metode	6
2. Bruk av illegale rusmidler i Norge	8
2.1 Hva regnes som illegale rusmidler?	8
2.2 Bruk av narkotika i Norge	8
2.3 Tiltak og behandling for rusbrukere	10
3. Dagens regulering av illegale rusmidler til eget bruk	14
3.1 Gjeldende lovverk	14
3.2 Hva gjøres i andre land?	14
3.3 Om straffeforfølgelse	14
4. Konsekvenser av illegale rusmidler for brukere og pårørende	22
4.1 Helse, sosial kontakt og livskvalitet	22
4.2 Utdanning og arbeidsliv	24
4.3 Kriminalitet og lovbrudd utover narkotikalovbrudd	24
4.4 Økonomiske og sosiale problemer	24
4.5 Konsekvenser for pårørende	24
5. Kostnader ved dagens regulering av illegale rusmidler til bruk og besittelse til eget bruk	26
5.1 Rammeverk for beregning av kostnader	26
5.2 Kostnader for politiet	27
5.3 Kostnader for Tollvesenet	28
5.4 Kostnader for domstolene	29
5.5 Kostnader ved uttransportering av utlendinger	29
5.6 Kostnader for kriminalomsorgen	29
5.7 Kostnader knyttet til behandling av saker i Konfliktrådet	32
5.8 Kostnader for helsetjenesten	32
5.9 Verdien av tapt helse	32
5.10 Verdien av tapt produksjon	33
6. Referanser	34

Sammendrag

Regjeringen har oppnevnt et rusreformutvalg som skal utrede og foreslå en modell der ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk overføres fra justissektoren til helsetjenesten. Som et underlag for utvalgets arbeid belyser denne rapporten kostnader og andre konsekvenser av håndhevingen av dagens forbud mot bruk av illegale rusmidler samt besittelse og erverv til eget forbruk. Konsekvenser av en eventuell lovendring med en tilhørende endring i helsetjenestens tilbud utredes ikke i denne analysen. Ettersom det ikke er innenfor Rusreformutvalgets mandat å foreslå endringer i straffansvaret for øvrig befatning med narkotika, herunder befatning med narkotika med sikte på videresalg, er dette heller ikke inkludert i analysen.

Bruk av illegale rusmidler i Norge

Et stoff er illegalt dersom det er registrert i Legemiddelverkets narkotikaliste. De mest brukte narkotiske stoffene deles ofte inn i gruppene cannabis, opioider (heroin, morfin), sentralstimulerende rusmidler (amfetamin, metamfetamin, kokain), hallusinogener (LSD), sniffestoffer og GHB. MDMA/ecstasy er også et mye brukt stoff og kan grupperes både som et sentralstimulerende stoff og som hallusinogen.

I Norge er cannabis det mest brukte ulovlige rusmiddelet, etterfulgt av de sentralstimulerende stoffene kokain, amfetaminer (amfetamin/ metamfetamin), og ecstasy/ MDMA. Om lag 1 av 5 nordmenn oppgir å ha prøvd cannabis en gang i løpet av livet, mens om lag fire prosent av personer i alderen 16-64 år oppgir å ha brukt cannabis det siste året. Blant cannabisbrukere i alderen 16-64 år oppga 22 prosent å ha brukt cannabis bare én gang, mens 35 prosent oppga å ha brukt stoffet 2-5 ganger. Til sammenligning oppga 18 prosent at de hadde brukt cannabis mer enn 50 ganger. Når det gjelder høyrisikobruk av cannabis ble det i 2013 anslått til å omfatte om lag 12 300 personer, men det er betydelig usikkerhet i anslaget. Det tilsvarende tallet for amfetaminer og kokain var henholdsvis 11 900 og 5 000 personer.

Dagens regulering av illegale rusmidler til eget bruk

Etter legemiddeloven er det forbudt å bruke eller være i besittelse av narkotika, og Legemiddelverkets narkotikaliste gir en oversikt over hvilke stoffer som er illegale. Inntil 1-2 brukerdoser regnes som besittelse, mens et større antall doser regnes som oppbevaring. De siste femten årene har det vært en internasjonal trend der flere land har myket opp reaksjonene på bruk av illegale rusmidler, herunder avkriminalisering. Avkriminalisering innebærer at bruk og salg av illegale rusmidler fortsatt er forbudt, men at bruk av disse rusmidlene ikke omfattes av strafferetten.

En rekke aktører er involvert i straffeforfølgning knyttet til narkotikalovbrudd, herunder politi, tollvesen, domstolene og kriminalomsorgen. Politinnsatsen knyttet til illegale rusmidler omfatter etterforskning av narkotikalovbrudd, samt forebyggende arbeid på skoler og i ungdomsmiljøer. Politiets arbeid omfatter også å redusere følgeproblemene av illegale rusmidler, herunder å bekjempe økonomisk kriminalitet og å sørge for at åpne rusmiljøer ikke er til hinder for å drive næringsvirksomhet i byene. I 2018 ble det anmeldt i overkant av 31 000 narkotikalovbrudd, hvorav 17 000 var anmeldelser for brudd på legemiddeloven og 14 000 var anmeldelser for brudd på straffeloven. Forelegg er den klart mest brukte reaksjonen på narkotikalovbrudd. I 2017 ble det utstedt 7 613 forelegg, og dette utgjorde 72,3 prosent av de narkotikarelaterte straffereaksjonene dette året. I 2017 var narkotika hovedlovbrudd i totalt 1 694 straffereaksjoner med ubetinget fengselsstraff. Bare åtte av disse gjaldt legemiddeloven, fordelt halvt om halvt på bruk og mindre besittelse. De fleste av straffereaksjonene med ubetinget fengselsstraff gjaldt straffeloven, hvorav 1 146 (68 prosent) straffereaksjoner var for narkotikaovertrødelse mens 540 (32 prosent) var for grov narkotikaovertrødelse.

Konsekvenser av illegale rusmidler for brukere og pårørende

Narkotikabruk medfører en rekke konsekvenser både for brukerne selv og for deres pårørende. Narkotikabrukere opplever redusert helse og livskvalitet, sosial eksklusjon og stigma. Videre kan narkotikabruk føre til manglende deltakelse eller eksklusjon fra utdanning og arbeidsliv, kriminalitet og lovbrudd utover narkotikabruk, gjeld og betalingsvansker. Disse konsekvensene påvirker også pårørende.

Analysen gjennomført i regi av den globale sykdomsbyrdestudien Global Burden of Disease viser at ruslidelser som skyldes bruk av illegale rusmidler i 2016 var den åttende viktigste årsaken til tapte leveår i Norge

(Folkehelseinstituttet, 2018). I 2017 medførte ruslidelser som skyldes bruk av illegale rusmidler 11 800 tapte leveår, og menn var overrepresentert i tallene. Samlet sett utgjorde summen av antall tapte leveår som følge av for tidlig død og antall år levd med sykdom totalt 20 790 (usikkerhetsintervall: 18 170 - 23 250) helsetapsjusterte leveår i 2017.

Personer med rusmiddelrelaterte helseproblemer har rett til helsehjelp i primær- og spesialisthelsetjenesten. Det finnes også ulike helsetilbud som del av kriminalomsorgen, herunder flere rettet mot rusproblematikk.

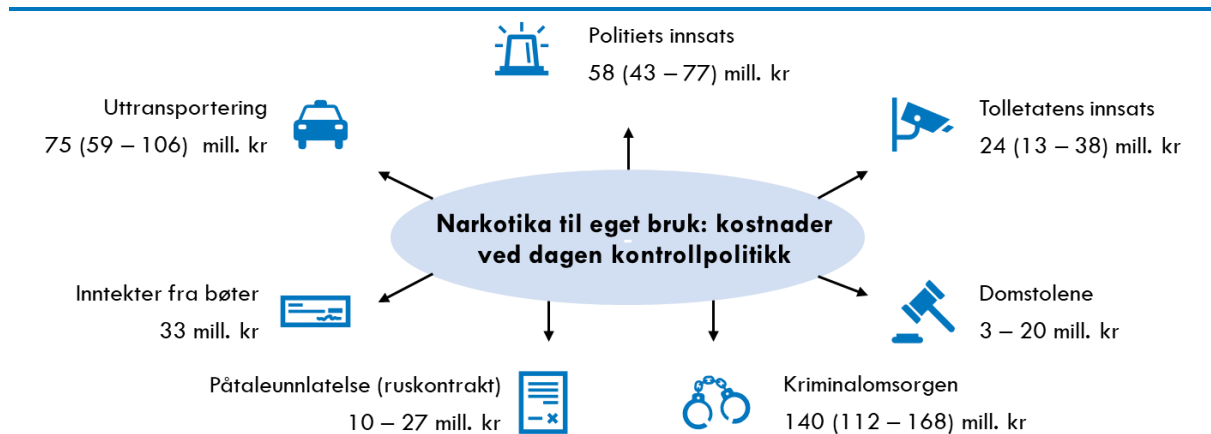
Kostnader ved dagens regulering av illegale rusmidler til bruk og besittelse

Dagens regulering av illegale rusmidler medfører betydelige kostnader, både for den enkelte bruker og for ulike samfunnsinstanser. Kostnader knyttet til straffeforfølgning innebærer kostnader for politi, tollvesen, domstolene og kriminalomsorgen, samt kostnader knyttet til tvangsreturer av utledninger som følge av narkotikasaker (Figur 0-1).

For å synliggjøre kostnadene forbundet med politiinnsatsen knyttet til narkotikasaker, har vi utarbeidet et forenklet anslag basert forutsetninger om antall anmeldte narkotikasaker og ressursbehovet per sak. Gitt disse forutsetningene utgjør de direkte kostnadene for politiinnsatsen knyttet til narkotikasaker 58 (43 - 77) millioner kroner årlig. De samlede kostnadene for Tolltaten knyttet til beskyttelse mot narkotikainnførsel er beregnet til 24 (13 - 38) mill. kroner. Dersom vi legger til grunn antall straffereaksjoner og tilhørende gjennomsnittlig antall dager med ubetinget fengselsstraff i 2017 der narkotika er hovedlovbrudd, samt en enhetskostnad per fengselsdøgn på 3 416 kroner (med et usikkerhetsanslag +/- 20 prosent), utgjør de samlede kostnadene for ubetinget fengselsstraff der narkotika var hovedlovbrudd og saken gjaldt bruk eller besittelse til eget bruk 140 (112 - 168) mill. kroner. Straffeforfølgning gir beskjedne inntekter fra bøter som følge av narkotikalovbrudd. Kostnadene for domstolene er anslått til mellom 3 og 17 millioner kroner, avhengig av om saken avgjøres ved tilståelsesdom eller ikke.

I tillegg til konsekvenser knyttet til straffeforfølgning medfører narkotikabruk og dagens håndheving av regelverket konsekvenser for samfunnet i form av helsetjenestekostnader, tapte helse, kriminalitet og tapte produksjon.

Figur 0-1: Kostnader (og inntekter) knyttet til dagens håndheving av regelverket for illegale rusmidler til eget bruk



Øvrige kostnader knyttet til dagens regulering av illegale rusmidler og dagens narkotikabruk:



Helsetjeneste-kostnader



Verdien av tapte helse



Kriminalitet



Verdien av tapte produksjon

Illustrasjon Oslo Economics

1. Behov for å kartlegge kostnader og konsekvenser av dagens regulering av illegale rusmidler til eget bruk

Legemiddeloven § 24 gjør det forbudt å bruke og besitte narkotika, og i henhold til lovens § 31 er det belagt med straffeansvar å bryte forbudet. Straffetiltakskjedens håndheving av straffebudet har en rekke intenderte og ikke-intenderte effekter, både for enkeltindivider og samfunnet.

Regjeringen har oppnevnt et rusreformutvalg som skal utrede og foreslå en modell der ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk overføres fra justissektoren til helsetjenesten. Som et underlag for dette arbeidet har vi i denne rapporten belyst kostnader og andre konsekvenser av håndhevingen av dagens forbud mot bruk av illegale rusmidler samt besittelse og erverv til eget forbruk.

Straffeforfølgning av bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk kan bidra til stigmatisering, marginalisering og sosial utstøting, og det kan stå i veien for å møte den enkelte bruker med hensiktsmessige og tilpassede tilbud og oppfølging. Med bakgrunn i dette, samt en erkjennelse av at rusproblematikk i all hovedsak er en helseutfordring, ønsker regjeringen å gjennomføre en rusreform.

Reformen er forankret i regjeringens politiske plattform av 14. januar 2018 (Jeløya-plattformen), og regjeringen har oppnevnt et rusreformutvalg som skal forberede gjennomføringen av regjeringens rusreform. Reformen innebærer at ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk overføres fra justissektoren til helsetjenesten, og utvalget skal utrede og foreslå en modell for å oppnå formålet med reformen. Økonomiske, administrative og andre vesentlige konsekvenser av utvalgets forslag skal utredes og fremgå av utvalgets utredning.

Regjeringens politiske plattform har følgende ruspolitiske målsetninger:

- Regjeringen vil føre en kunnskapsbasert ruspolitikk, med mål om forebygging av rusproblemer, skadereduksjon og begrenning av skadevirkninger. Å redde liv og å sikre verdighet må alltid ligge i bunn for en human rusomsorg.

- Regjeringen vil ikke legalisere bruk og besittelse av narkotika, men dette er ikke til hinder for mer vekt på skadereduksjon.
- Politiet skal kunne pålegge at den rusavhengige skal møtes med helserettede tiltak, og manglende oppfølging vil medføre sanksjoner.

Det finnes i dag relativt få estimater på ressursbruk som omhandler kontrollkostnader knyttet til straffetiltakskjeden på narkotikaområdet, og det eksisterer også lite kunnskap om administrative og andre vesentlige konsekvenser av straffetiltakskjeden på området.

1.1 Formål og metode

Formålet med analysen er å belyse kostnader og konsekvenser knyttet til dagens regulering av illegale rusmidler til eget bruk og håndheving av den eksisterende kontrollpolitikken. Resultatene fra analysen skal inngå som kunnskapsgrunnlag i Rusreformutvalgets analyser av konsekvensene av en eventuell avkriminalisering.

Konsekvenser av en eventuell lovendring med en tilhørende endring i helsetjenestens tilbud utredes ikke i denne rapporten.

Analysen er basert på offentlig tilgjengelig statistikk, forskningslitteratur og andre dokumenter, samt intervjuer med fagpersoner. Offentlig tilgjengelig statistikk inkluderer data fra Statistisk sentralbyrå og det globale sykdomsbyrdeprosjektet «Global Burden of Disease». Videre har vi innhentet nøkkeltall fra en rekke rapporter (f.eks. fra Tolletaten, Politidirektoratet, Politiets utlendingsenhet, Kripos, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og SAMDATA). Vi har også gjennomført forenklede systematiske litteratursøk og gjennomgått tilsendt litteratur fra utvalget og fra fagpersoner vi har vært i kontakt med.

Vi har gjennomført formelle intervjuer med fire personer (to forskere og to medarbeidere i Oslopolitiet). I tillegg har vi hatt telefon- og e-postkontakt med en rekke fagpersoner, herunder i domstolene, kriminalomsorgen, Statens Innkrevingsentral, Statistisk sentralbyrå og sekretariatet i Rusreformutvalget. Vi ønsker å takke alle som har stilt til intervju og bidratt med informasjon.

Avgrensning til bruk og besittelse til eget bruk

Ettersom det ikke er innenfor Rusreformutvalgets mandat å foreslå endringer i straffansvaret for øvrig befatning med narkotika, herunder befatning med narkotika med sikte på videresalg, er denne analysen avgrenset til å gjelde bruk og besittelse til eget bruk. Kostnader ved å etterforske og straffeforfølge såkalte "bakmenn" mv. faller med andre ord utenfor oppdraget. I beregningene har vi derfor, så langt det lar seg gjøre, ekskludert kostnader knyttet til grove narkotikaovertridelser etter straffeloven § 231. Når det gjelder «ikke-grove» narkotikaovertridelser etter samme lov vil en andel av disse gjelde bruk og besittelse til eget bruk, mens den andre andelen vil gjelde befatning med sikte på videresalg. Det finnes ikke tilgjengelig data som kan si noe om forholdet

mellom disse andelene. Det er også en kompliserende faktor at mange av brukerne også ofte driver videresalg. I analysen har vi derfor lagt til grunn at halvparten «ikke-grove» narkotikaovertridelser gjelder bruk og besittelse til eget bruk, og har således inkludert halvparten av kostnader knyttet til «ikke-grove» narkotikaovertridelser etter straffeloven. Ettersom denne antakelsen innebærer stor usikkerhet, må kostnadsanslagene tolkes med varsomhet.

I denne rapporten omtaler vi både oppbevaring til eget bruk etter straffelovens § 231 og besittelse til eget bruk etter legemiddelovens §24 som besittelse.

Oppdragsgiver

Oppdraget er utført på vegne av Rusreformutvalget ved Helse- og omsorgsdepartementet.

2. Bruk av illegale rusmidler i Norge

Et stoff er illegalt dersom det er registrert i Legemiddelverkets narkotikaliste. De mest brukte narkotiske stoffene deles ofte inn i gruppene cannabis, opioider (heroin, morfin), sentralstimulerende rusmidler (amfetamin, metamfetamin, kokain), hallusinogener (LSD), sniffestoffer og GHB. MDMA/ecstasy er også et mye brukt stoff og kan grupperes både som et sentralstimulerende stoff og som hallusinogen.

I Norge er cannabis det mest brukte ulovlige rusmiddelet, etterfulgt av de sentralstimulerende stoffene kokain, amfetaminer (amfetamin/ metamfetamin), og ecstasy/MDMA.

2.1 Hva regnes som illegale rusmidler?

Et stoff er illegalt dersom det er registrert i Legemiddelverkets narkotikaliste. Narkotikalistene er en del av narkotikaforskriften og inneholder stoffer og planter som omfattes av FN's narkotikakonvensjoner. Legemiddelverket kan også føre opp andre stoffer og planter som har lignende skadevirkninger som allerede oppførte stoffer. Nye stoffer blir ført opp i samarbeid med Kripos og Tolletaten, i tillegg til at Folkehelseinstituttet kommer med innspill om nye stoffer.

Narkotikalistene omfatter også enkelte legemidler, men bruken av disse er legal så lenge den er i samsvar med forskrivning fra lege. Et eksempel på dette er morfin, som kan brukes legalt dersom det er forskrevet av lege, men som er et illegalt rusmiddel dersom det brukes for å oppnå en ruseffekt (Folkehelseinstituttet, 2018).

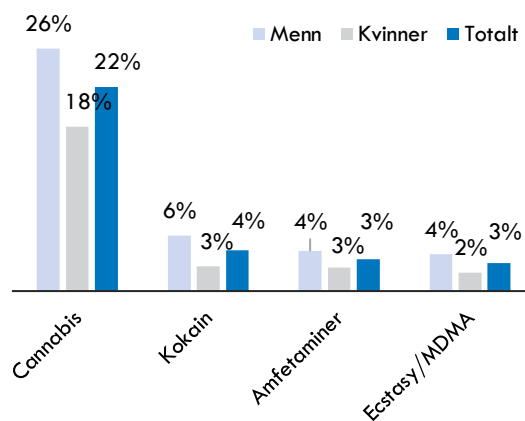
De mest brukte narkotiske stoffene deles ofte inn i gruppene cannabis, opioider (heroin, morfin), sentralstimulerende rusmidler (amfetamin, metamfetamin, kokain), hallusinogener (LSD), sniffestoffer og GHB (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2018). MDMA/ecstasy er også et mye brukt stoff og kan grupperes både som et sentralstimulerende stoff og som hallusinogen (Folkehelseinstituttet, 2018).

2.2 Bruk av narkotika i Norge

Narkotikabrukere deles ofte inn etter hvor hyppig og risikofyllt bruken er. Personer som bruker narkotika noen få ganger og så aldri igjen kalles gjerne eksperimentbrukere, mens personer som begrenser sitt inntak til fritiden og hvor bruken ikke hindrer deltakelse i arbeidsliv og utdanning kalles rekreasjonsbrukere. Den siste gruppen omtales som høyrisikobrukere av narkotika. Dette er personer som ikke klarer å begrense bruken og inntar narkotika hyppig og på en risikofyllt måte. Denne gruppen har høyere risiko for sosial eksklusjon, sykdommer og død (Folkehelseinstituttet, 2016).

I Norge er cannabis det mest brukte ulovlige rusmiddelet, etterfulgt av de sentralstimulerende stoffene kokain, amfetaminer (amfetamin/ metamfetamin), og ecstasy/MDMA (Figur 2-1). Mens 22 prosent i alderen 16 til 64 år oppgir å ha brukt cannabis minst én gang i løpet av livet, oppgir mellom fire og seks prosent å ha prøvd kokain, ecstasy/MDMA eller amfetaminer. Andelen som hadde brukt noen av de narkotiske stoffene var høyere blant menn enn kvinner.

Figur 2-1: Prosentandel som oppgir å ha brukt narkotika noen gang, 16-64 år, menn og kvinner

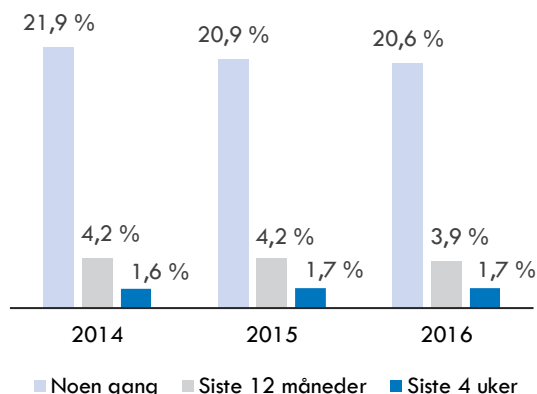


Kilde: (Folkehelseinstituttet, 2018)

2.2.1 Cannabisbrukere

Om lag en av fem nordmenn oppgir å ha brukt cannabis i løpet av livet, mens andelen som oppgir å ha brukt cannabis det siste året eller den siste måneden naturlig nok er betydelig lavere (Figur 2-2).

Figur 2-2: Prosentandel i alderen 16-64 år som oppgir å ha brukt cannabis en eller flere ganger, de siste 12 månedene, eller de siste 4 ukene

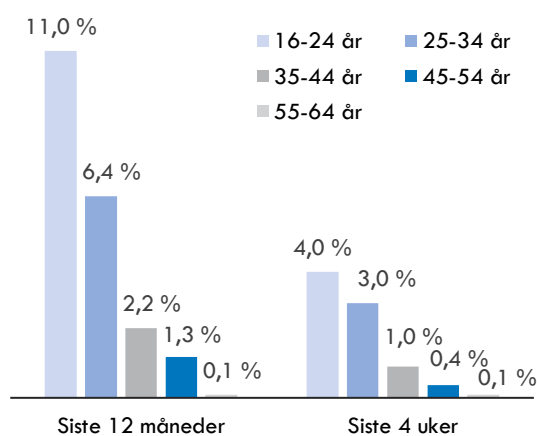


Kilde: (Folkehelseinstituttet, 2018)

De fleste som har brukt cannabis har bare brukt stoffet noen få ganger (Folkehelseinstituttet, 2018). Blant brukere i alderen 16-64 år oppga 22 prosent å ha brukt cannabis bare én gang, mens 35 prosent oppga å ha brukt stoffet 2-5 ganger. Til sammenligning oppga 18 prosent at de hadde brukt cannabis mer enn 50 ganger.

Flere menn enn kvinner bruker cannabis, og i perioden 2014-2016 oppga en fjerdedel av mennene at de hadde brukt cannabis en eller flere ganger, mens det tilsvarende tallet for kvinner var rundt en sjettedel. (Folkehelseinstituttet, 2018). Cannabis er mest utbredt blant ungdom og unge voksne, og andelen som oppgir å ha brukt cannabis det siste året eller den siste måneden er betydelig lavere i de eldre aldersgruppene (Figur 2-3).

Figur 2-3: Prosentandel i ulike aldersgrupper som oppgir å ha brukt cannabis en eller flere ganger i løpet av de siste 12 månedene eller de siste 4 ukene



Kilde: (Folkehelseinstituttet, 2018)

2.2.2 Problembruk av narkotika

EUs narkotikabyrå European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) definerer problembruk av narkotika som «stadig tilbakevendende narkotikabruk som forårsaker faktisk skade (negative konsekvenser) for personen (inkluderte avhengighet, men også problemer med somatisk og psykisk helse/ sosiale problemer) eller setter personen i en situasjon med høy sannsynlighet/risiko for å bli plaget av slike skader».

Høyrisikobruk av opioider er utbredt blant personer med problembruk av narkotika. Opioider er en samlebetegnelse på naturlige og syntetiske stoffer med opphav i opium. I 2013 ble det anslått at 9 000 personer i alderen 15-64 år hadde en risikofyllt opioidbruk. Antallet inkluderer ikke de om lag 7 000 personene på legemiddelasistert rehabilitering (LAR). Høyrisikobrukere av opioider omfatter både marginaliserte grupper som har brukt illegale stoffer i mange år, samt sosialt inkluderte personer som har blitt avhengige av opioider gjennom bruk av opioidholdige legemidler (Folkehelseinstituttet, 2016).

Høyrisikobruk av cannabis ble i 2013 anslått til å omfatte om lag 12 300 personer, men det er betydelig usikkerhet i anslaget. Det tilsvarende tallet for amfetaminer var 11 900 personer, hvorav 5 500 ble anslått å være sosialt marginaliserte. Antall personer med høyrisikobruk av kokain var 5 000 personer, hvorav bare 450 ble anslått å være sosialt marginaliserte (Folkehelseinstituttet, 2018).

Antall sprøytebrukere ble i 2016 beregnet å være 8 700 personer, men også dette anslaget innebærer betydelig usikkerhet. Andelen sprøytebrukere har gått noe ned siden 2004 (Folkehelseinstituttet, 2018).

I 2017 ble det registrert 247 narkotikautløste dødsfall blant bosatte i Norge, og 83 prosent av dødsfallene var knyttet til bruk av opioider. Det var flere menn enn kvinner blant de avdøde (71 prosent menn), og gjennomsnittsalderen for de avdøde var 40,9 år for menn og 49,9 år for kvinner. Antall narkotikautløste dødsfall har ligget relativt stabilt siden 2003 (Folkehelseinstituttet, 2018).

Folkehelseinstituttet gjennomførte i 2017 en spørreundersøkelse blant narkotikabrukere i lavterskeltiltak og på gateplan i syv norske byer. 497 personer deltok i undersøkelsen, men det er ikke sikkert at disse var representative for den aktuelle gruppen av narkotikabrukere. 25 prosent av deltakerne i undersøkelsen var kvinner, gjennomsnittsalderen var 43,8 år og 17 prosent hadde hatt en ustabil bosituasjon de siste fire ukene. Nesten alle (91 prosent) oppga trygd/sosialhjelp som en av inntektskildene sine for å finansiere stoffbruket, mens kun 10 prosent oppga arbeidsinntekt som en av

kildene. 77 prosent hadde vært i fengsel. 72 prosent av de som ble intervjuet hadde tatt stoff med sprøyte en eller flere ganger i løpet av de siste fire ukene, og det var vanligst å injisere amfetamin (57 prosent), heroin (32 prosent) og piller (21 prosent). For stoffer inntatt på annen måte var cannabis (78 prosent) og piller (73 prosent) det vanligste. 69 prosent av deltakerne hadde hatt en selvrapportert ikke-fatal overdose (Folkehelseinstituttet, 2017).

2.2.3 Omfanget av narkotikaomsetning i Norge

Statistisk sentralbyrå (SSB) har beregnet at bidraget til BNP fra narkotikaomsetning er på om lag 0,05 prosent, og denne andelen har ligget stabilt de siste årene (Statistisk sentralbyrå, 2011). Kildegrunlaget for dette estimatet må anses som usikkert ettersom det ikke finnes offisiell statistikk for illegal virksomhet.

2.3 Tiltak og behandling for rusbrukere

Tiltak og behandling for rusbrukere avhenger av hvilke stoffer som brukes og avhengighetsgrad. Det finnes flere tilbud i kommunehelsetjenesten, i spesialisthelsetjenesten og særlige tiltak i kriminalomsorgen.

2.3.1 Kommunale tiltak

Kommunene er etter helse- og omsorgstjenesteloven pliktige til å yte nødvendig helsehjelp til den som oppholder seg i kommunen, herunder personer med "rusmiddelproblem".

I 2018 kartla 268 kommuner totalt 23 762 voksne brukere av kommunale tjenester med rusproblemer gjennom Brukerplan (Helse Stavanger, 2018). Dersom alle landets kommuner hadde deltatt i kartleggingen, anslås det at det totalt ville vært kartlagt om lag 28 000 brukere med rusproblematikk.

Fastlege

Alle personer som er bosatt i Norge, også brukere av illegale rusmidler, skal være sikret en fast allmennlege å forholde seg til¹. Fastlegen er den som i stor grad henviser pasienter til rusbehandling og er også en sentral del av trepartssamarbeidet innenfor legemiddelassistert rehabilitering (LAR).²

¹ Se forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene § 1.

² Se Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet, Helsedirektoratet 2010 (IS-1701) og Nasjonal faglig retningslinje gravide i legemiddelassistert rehabilitering (deler av retningslinjen er per august 2019 under revisjon).

Prehospitale tjenester (legevakt og annen redningstjeneste)

Leger og annet helsepersonell i legevakttjeneste samt personell i redningstjenesten for øvrig vil også være i kontakt med brukere av alkohol og illegale rusmidler og følgeskader som følge av vold og ulykker.

Rus- og psykisk helsetjeneste

De fleste kommuner har en egen rustjeneste, men ofte utfører også personell i andre deler av kommunal sektor betydelige arbeidsoppgaver knyttet til personer med rusproblematikk og psykiske helseproblemer, herunder ansatte i pleie- og omsorgstjenestene og i NAV.

Ruskonsulent

En ruskonsulent jobber typisk med veiledning, psykososial oppfølging, praktisk bistand og hjelp til å komme i arbeid, utdanningsløp, rusbehandling med videre. Ruskonsulenter kan også tilby samtaler med formål om rusmestring, og noen kommuner tilbyr for eksempel såkalte hasjavenningskurs,³

Psykolog i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Psykologårsverkene i kommunene skal tjene et bredt spekter av formål, herunder bidra i det tverrfaglige arbeid innen helse og rus.⁴ I 2018 var det 72 psykolog-/psykologspesialistårsverk innen psykisk helse- og rusarbeid i kommunene rettet mot voksne (SINTEF, 2018).

Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) – Rus

Kommunenes plikt til å tilby ØHD innebærer at kommunen skal tilby slik hjelp når det antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Pasienter med psykiske lidelser eller rusproblemer som er aktuelle for slik innleggelse kan "være de som har behov for en innleggelse i et trygt miljø, for eksempel i påvente av oppstart av døgntilbud i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelse (TSB)," (Helsedirektoratet, 2019), men det "kan også være pasienter som gjennomgår kortvarig og ukomplisert avrusning, og som har behov for tilgang til medisinsk faglig kompetanse" (Helsedirektoratet, 2019).

Pleie- og omsorg (hjemmetjenester, sykehjem med videre)

En kartlegging Helsedirektoratet har gjennomført viser at mange av helsetilbudene som gis til hjemmeboende gjelder psykisk helsehjelp fra kommunene. Eksempler på tjenester som ytes er ambulante psykiske

³ For innretning av hasjavenningstilbud se blant annet Manual Hasjavenning – tiltaksbeskrivelse, utgitt av Ungdomstjenesten, Kristiansand kommune, revidert 2019, og nettsiden til hasjavenning.no: <http://www.hasjavenning.no/>
⁴ Kunngjøring av ordningen for 2019, regelverk med mer for ordningen på helsedirektoratets nettside: <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/psykologer-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene>

helsetjenester, psykiatrisk hjemmesykepleie og generell oppfølging av personer med psykisk helse- og rusproblematikk (Helsedirektoratet, 2019).

Helsetasjon og skolehelsetjeneste

Skolehelsetjenesten og helsetasjon for ungdom kan også være en del av oppfølgingstilbudet til ungdom med risikoadferd knyttet til rusmidler.

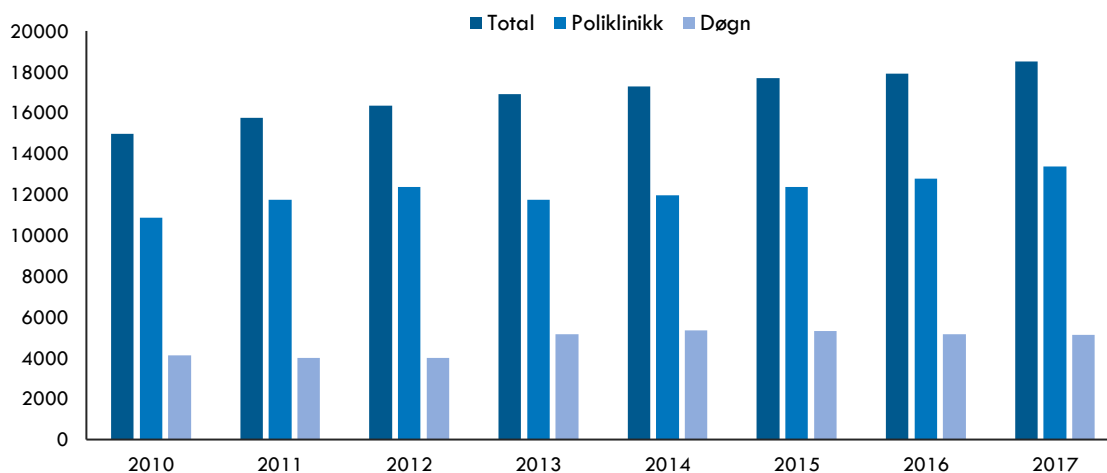
2.3.2 Behandling i spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetakene har ansvar for å tilby nødvendig behandling til personer med rusmiddelproblemer i sin region (Folkehelseinstituttet, 2018). Døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten omfatter tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelproblemer (TSB) og behandling innen psykisk

helsevern (PHV). TSB er et rus- og avhengighetsbehandlingstilbud på spesialistnivå og innebærer at behandlingen utføres av personell med medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse.

Antall pasienter som mottar behandling i spesialisthelsetjenesten har økt fra nærmere 15 000 pasienter i 2010 til nærmere 18 500 pasienter i 2017 (Figur 2-4). Om lag en tredjedel av disse pasientene mottok døgnbehandling. Nesten halvparten (46 prosent) av pasientene var i behandling for opiat, mens 20 prosent var i behandling for cannabis. Svært få pasienter mottok behandling for bruk av kokain, hallusinogener og løsemidler (til sammen <250 pasienter).

Figur 2-4: Antall pasienter i behandling i spesialisthelsetjenesten for narkotikaproblemer, 2010-2017.



Kilde: Norsk pasientregister og (Folkehelseinstituttet, 2018). Personene er identifisert via diagnosesystemet International Classification of Diseases (ICD-10), hoveddiagnosekoder F11-F16, F18 og F19. Alle kodene betegnes som «psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av et narkotisk stoff».

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

LAR inngår som et av flere tiltak i et helhetlig rehabiliteringsforløp for personer med opioidavhengighet. Stortinget vedtok i 1997 et landsdekkende tilbud av LAR. Tilbudet er innarbeidet i spesialisthelsetjenesten som et tilbud innen TSB og er tilgjengelig i alle kommuner. Tilbudet har bred aksept som en hjørnestein i rusbehandlingen. Pasienter som mottar LAR utgjør en vesentlig del av pasientene som behandles for narkotikaproblemer. Antall pasienter som mottar LAR har økt fra 204 i 1998 til 7622 i 2017 (Folkehelseinstituttet, 2018).

2.3.3 Helse- og sosialtjenester for domfelte og innsatte

Innsatte har i utgangspunktet samme rettigheter til et likeverdig tilbud av tjenester og tilbud som befolkningen for øvrig. I straffegjennomføringsloven §4 heter det at kriminalomsorgen i samarbeid med offentlige etater skal legge til rette for at domfelte og

innsatte får tilgang til de tjenester de har krav på, herunder helse- og sosialtjenester (Lov om gjennomføring av straff mv.). De ulike straffereaksjons- og behandlingstilbudene som finnes i dag omfatter:

- **Program mot ruspåvirket kjøring** er en alternativ straffereaksjon for personer som ellers ville blitt dømt til ubetinget fengsel for kjøring under påvirkning av legale og illegale rusmidler (Kriminalomsorgens sentrale forvaltning (KSF)). Alternativt til soning gjennomføres straffen på et friomsorgskontor, og innebærer blant annet individuelle samtaler, gruppesamlinger og rett til rusbehandling i spesialisthelsetjenesten.
- **Narkotikaprogram med domstolskontroll** er en alternativ straffereaksjon for personer med rusmiddelavhengighet som ellers ville blitt dømt til ubetinget fengsel (Kriminalomsorgen). Programmet er individuelt tilrettelagt og innholdet

- er knyttet til blant annet rusbehandling, utdanning, fysisk- og psykisk helse, nettverk, økonomi osv.
- **Stifinnerenhetene** er et samarbeid mellom Tyrilistiftelsen og kriminalomsorgen (Tyrilistiftelsen). Enhetene er et tilbud for innsatte som ønsker å jobbe med rusproblemer sine, og behandlingen består blant annet av samtalegrupper, individuelle samtaler, ansvarsgruppemøter og fritidsaktiviteter. Det finnes en Stifinneravdeling for kvinner i Bredtveit fengsel og en for menn i Oslo fengsel.
 - **Rusmestringsenhetene** er en enhet i et fengsel spesielt tilrettelagt for innsatte med rusproblemer (Kriminalomsorgen). Enheten skal sørge for godt samarbeid mellom kriminalomsorgen, spesialhelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i fengsel. I dag tilbyr kriminalomsorgsdirektoratet behandling for rusbruk i rusmestringsenheter i 13 av landets fengsler⁵.
 - **Rusenheter inspirert av stifinnermodellen** er etablert i fengslene i Indre Østfold avdeling Eidsberg, Trondheim og Bjørgvin (Kriminalomsorgen). Enhetene drives av kriminalomsorgen i samarbeid med spesialhelsetjenesten (TSB).
 - **§12 soning** gir innsatte med behov for behandling som ikke kan gis i fengslene mulighet til å gjennomføre soningen i en institusjon som ikke ligger under kriminalomsorgen (Kriminalomsorgen). Straffegjennomføringen er fortsatt en ubetinget fengselsstraff.
 - **Polikliniske tilbud innen Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)** er et behandlingstilbud for rus og avhengighet på spesialistnivå. Behandlingen utføres av personell med medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse.
 - **Fengselshelsetjenesten** skal gi innsatte i fengsel et tilbud likeverdig med helsetilbudet som tilbys den øvrige befolkningen (Helsedirektoratet). Fengselshelsetjenesten skal gi de innsatte et helsetilbud basert på en individuell vurdering tilpasset den enkeltes behov.
 - **Tiltak for å redusere overdosedødsfall** etter løslatelse fra fengsel består overordnet av fire tiltak: innkomstsamtale for å kartlegge rusbruk, informasjon om overdoserisiko og hjerte- og lungeredning, samtale før løslatelse og «time i hånden» ved løslatelse (Kriminalomsorgen).

En relativ høy andel innsatte i norske fengsler har rusproblematikk i tillegg til eller som en del av den kriminaliteten de er domfelt for. En studie gjennomført i 2013 og 2014 (SERAF, 2016) som også inkluderte overgangsboliger, viste at 65 % av innsatte i norske

fengsler i perioden hadde brukt narkotika eller ikke-foreskrevne medikamenter for å oppnå rus i løpet av livet. Innsatte i fengsler har krav på helse- og omsorgstjenester av samme kvalitet som tjenestene til den øvrige befolkningen, tilpasset den enkeltes individuelle behov (Helsedirektoratet, 2013).

2.3.4 Dagens kunnskap om behandlingstilbudet til personer med rusproblemer under straffegjennomføring

Til tross for kriminalomsorgens satsning på rusrehabilitering melder både innsatte og ansatte om mangler i rehabiliteringen. I en norsk studie (Mjåland & Lundberg, 2014), gjennomført i et anonymt norsk fengsel, fant man at de innsatte opplevde det som vilkårlig hvem som fikk tilbud om rehabilitering. De ansatte oppga at kapasitetsproblemer ofte førte til at sikkerhet og logistikk ble prioritert fremfor rehabilitering, rusmestring og endringsarbeid.

Mange innsatte er også misfornøyde med det generelle helsetilbudet. Bjørngaard m.fl. (2009) fant i en undersøkelse blant innsatte i fengsler i Sør-Norge at innsatte er mindre fornøyde med helsetilbudet de mottar enn andre pasientgrupper i befolkningen. Undersøkelsen viste også at innsatte med søvnproblemer eller psykiske plager generelt er mindre fornøyde med helsetilbudet enn andre innsatte.

Det er også lite kunnskap om kvaliteten i det tilbudet som gis, hvordan rehabiliteringsprogrammene fungerer og hvordan de innsatte opplever de ulike tilbudene. Det finnes enkelte evalueringer av de eksisterende tilbudene, og rusmestringsenhetene er blant annet evaluert i kvalitativ studie fra 2015 der man fant at rusmestringsenhetene tilbyr et ubyråkratisk og koordinert tjenestetilbud (Helgesen, 2015). Stifinner'n i Oslo fengsel ble evaluert i 2012, og man fant da at hovedmålet med tiltaket langt på vei blir nådd (International Research Institute of Stavanger (IRIS), 2012)

I 2014 ble det gjennomført en evaluering av prøveordningen med Narkotikaprogram med Domstolskontroll (ND) (Falck, 2014). Undersøkelsen avdekket at over 80 prosent av de som fullførte programmet var utenfor fengsel eller institusjon få år etter oppstart i programmet. Deltagerne viste også en positiv utvikling på alle områder som ble undersøkt, som rusmiddelmissbruk, kriminalitet og psykisk- og somatisk helse. Rapporten var et viktig informasjonsgrunnlag da ordningen ble videreført til resten av landet. Av etiske og praktiske grunner ble forskningsdesignet utformet slik at de som fullførte programmet ble sammenlignet mot de som droppet ut fra programmet, og ikke mot en kontrollgruppe, noe

⁵ Disse er Ravneberget, Stavanger, Bodø, Bergen, Romerike, Bastøy, Trondheim, avdeling Leira, Arendal, avdeling Evje,

Indre Østfold avdeling Trøgstad, Halden, Hustad, Skien, Tromsø

som svekker studien. Programmet har heller ikke blitt evaluert etter at ordningen ble gjort landsdekkende. Dette gjør effektene av ND-programmet usikkert.

Cramer (2014) har kartlagt forekomsten av psykiske lidelser blant domfelte i norske fengsler. Studien fant at forekomsten av psykiske lidelser blant innsatte i fengsel er betraktelig høyere enn for normalbefolkningen. Ni av ti innsatte viste på undersøkelses-

tidspunktet tegn på en psykisk lidelse. Da FNs torturkomité i 2018 kom med sin rapport om hvordan Norge etterlever konvensjonen om tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende straff, ble det rettet kritikk mot landets behandling av psykisk syke i fengsel (Committee against Torture, 2018). Kritikken gikk på at innsatte med psykiske problemer ikke alltid får tilbud om egnet/nødvendig helsehjelp.

3. Dagens regulering av illegale rusmidler til eget bruk

Etter legemiddeloven er det forbudt å bruke eller være i besittelse av narkotika, og Legemiddelverkets narkotikaliste gir en oversikt over hvilke stoffer som er illegale. Inntil 1-2 brukerdoser regnes som besittelse, mens et større antall doser regnes som oppbevaring.

De siste femten årene har det vært en internasjonal trend der flere land har myket opp reaksjonene på bruk av illegale rusmidler, herunder avkriminalisering. Avkriminalisering innebærer at bruk og salg av illegale rusmidler fortsatt er forbudt, men at bruk av disse rusmidlene ikke omfattes av strafferetten.

3.1 Gjeldende lovverk

Etter legemiddeloven § 24 første ledd og § 31 andre ledd er det forbudt å bruke eller være i besittelse av narkotika. Strafferammen er bøter eller fengsel inntil 6 måneder, eller begge deler. Det er kun bruk og besittelse av små mengder narkotika til egen bruk som omfattes av legemiddeloven. Dersom lovbruddet gjelder forhold som tilvirkning, innførsel, kjøp og salg eller oppbevaring, rammes handlingene av straffeloven § 231 og § 232. Strafferammen etter disse bestemmelsene er mye strengere enn etter legemiddeloven.

Grensen mellom "besittelse" i legemiddeloven § 24 og "oppbevaring" i straffeloven § 231 i saker som gjelder stoff til eget bruk bestemmes av mengden stoff. Som hovedregel skal besittelse av narkotika klassifiseres som "oppbevaring" dersom det dreier seg om mer enn 1–2 brukerdoser.

3.2 Hva gjøres i andre land?

De siste femten årene har det vært en internasjonal trend der flere land har myket opp reaksjonene på bruk av illegale rusmidler (Eastwood, et al., 2016). Oppmykning av ruspolitikken omfatter både avkriminalisering av illegale rusmidler og legalisering av cannabis. Avkriminalisering innebærer at bruk og salg av illegale rusmidler fortsatt er forbudt, men at bruk av disse rusmidlene ikke omfattes av strafferetten. Legalisering betyr at bruk og salg av illegale rusmidler blir lovlig, men markedet for omsetning er gjerne underlagt lovreguleringer og restriksjoner.

Når flere land har valgt å flytte myndighetenes reaksjon fra justissektoren til helsesektoren, skyldes dette at rusproblematikk i stor grad er en helseutfordring. Straffeforfølgning kan bidra til stigmatisering og sosial utstøting, og kan stå i veien for at den enkelte bruker blir møtt med hensiktsmessige og tilpassede tilbud og oppfølging. En rekke land har de siste årene avkriminalisert bruk av illegale rusmidler, mens relativt få land har tillatt regulert omsetning av cannabis for rekreasjonell bruk. I tillegg har flere land, blant annet Norge, tillatt salg av cannabis til medisinsk bruk.

Portugal avkriminaliserte bruk og besittelse av mindre mengder narkotika i 2001, og den såkalte «Portugal-modellen» blir av mange regnet som en suksess. Dersom man i Portugal blir tatt for bruk eller besittelse av små mengder narkotika, blir man henvist til en tverrfaglig nemd som evaluerer saken ut fra hendelsens alvorlighetsgrad, type rusmiddel, om det var offentlig eller privat bruk, rekreasjons- eller gjentakende bruk, om vedkommende er rusavhengig og vedkommende sin økonomi (Johansen, et al., 2018). Nemnda kan ilegge reaksjoner i form av advarsel eller bot, samt et spekter av særreaksjoner som samfunnstjeneste, rettighetstap og meldeplikt (Justis- og politidepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

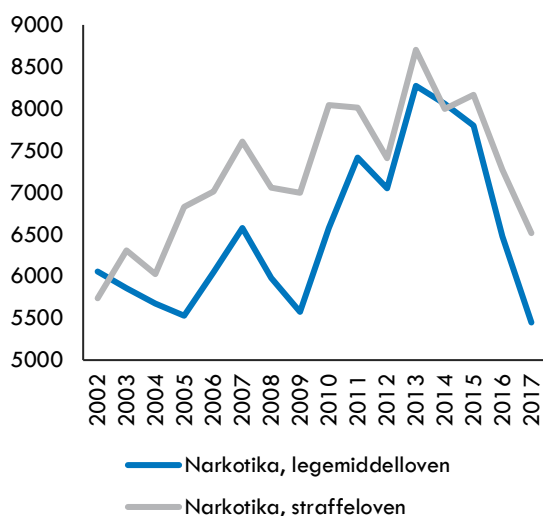
Mange var i utgangspunktet kritiske til den portugisiske modellen, men kritikken har over tid blitt vesentlig mindre (Bretteville-Jensen & Bramness, 2019). Resultatene fra Portugal ser ikke ut til å vise at avkriminaliseringen har ført til en økning i bruk av narkotika, og resultatene tyder på at avkriminaliseringen har ført til en nedgang i overdosedødsfall (Hughes & Stevens, 2015). Det ser heller ikke ut til at prisen på opiater og kokain har blitt lavere som følge av avkriminaliseringen (Félix & Portugal, 2017). Samtidig er det vanskelig å kartlegge virkningene av avkriminaliseringen, særlig fordi avkriminaliseringen ble innført samtidig med økt satsing på helsetilbudet. Sammen med redusert sosialt stigma og fare for rettsforfølgelse, samt et bedre helsetilbud, førte dette til at flere personer med rusproblemer søkte hjelp etter avkriminaliseringen. Resultatene fra Portugal må derfor ses i lys av den samtidige satsingen på helsetilbudet (Justis- og politidepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

3.3 Om straffeforfølgelse

Riksadvokaten har i mange år pekt på alvorlige narkotikaforbrytelser som en av sakstypene man

ønsker at politiet skal fokusere på (Riksadvokaten, 2009; Riksadvokaten, 2012; Riksadvokaten, 2014; Riksadvokaten, 2019; Riksadvokaten, 2000). Anmeldelser av narkotikalovbrudd avhenger i stor grad av politiets og tolletatens egen kontrollvirksomhet, og føringene fra Riksadvokaten har gitt flere anmeldelser og straffereaksjoner. Antall straffereaksjoner forbundet med brudd på legemiddeloven eller straffeloven knyttet til narkotika økte med over 40 prosent fra 2002 til 2013 (Figur 3-1).

Figur 3-1: Antall straffereaksjoner etter hovedlovbruddstype, 2002-2017



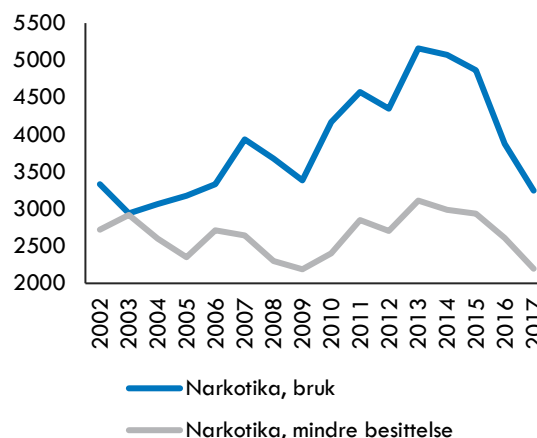
Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB) tabell 10651.

Fra toppåret 2013 og frem til 2017 falt antall straffereaksjoner, og nivået i 2017 var om lag det samme som i 2002. Nedgangen de første årene etter 2013 omfattet nesten alle fylkene, mens siste års nedgang i større grad har vært knyttet til enkeltfylker. I 2018 ble det registrert betydelig færre narkotikalovbrudd i Akershus, Oslo og Buskerud, og dette bidro til at narkotikaanmeldelsene hadde en samlet nedgang på nesten seks prosent fra året før (Statistisk Sentralbyrå, 2019).

Økningen i antall straffereaksjoner knyttet til narkotikalovbrudd frem til 2013 var størst for brudd på legemiddeloven. Økningen skyldtes langt på vei at politiet økte innsatsen mot bruk og besittelse av narkotika, samt mot alvorlige narkotikaforbrytelser.

Antall straffereaksjoner for brudd på legemiddeloven knyttet til bruk av narkotika er betydelig høyere enn antall straffereaksjoner knyttet til mindre besittelser (Figur 3-2).

Figur 3-2: Antall straffereaksjoner etter hovedlovbruddstype, legemiddeloven, 2002-2017

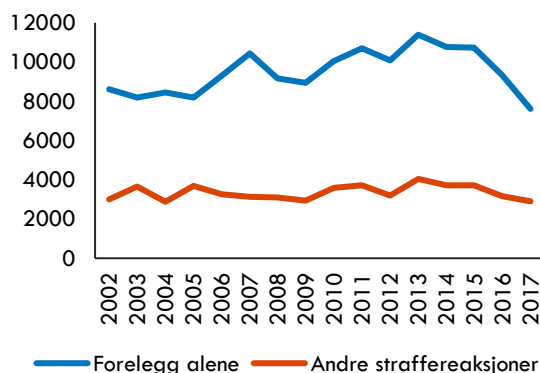


Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB), tabell 10651.

Den vesentlige økningen i antall straffereaksjoner for brudd på legemiddeloven førte til kritikk av politiets prioriteringer. Flere mente at politiet brukte for mye ressurser på å ta folk på gata fremfor å fokusere på mer alvorlige narkotikasaker, og at fokuset på de mindre alvorlige narkotikasakene skyldtes et ønske om høye oppklaringsprosent. Denne problematikken er også nevnt i Riksadvokatens rundskriv fra 2014: «For 2014 har Regjeringen fastsatt at gjennomsnittlig oppklaringsprosent skal være minst 38. (...) I fjor steg oppklaringsprosenten fra 36,3 til 37,3. Bedringen skyldes i all hovedsak et økt antall påtaleavgjorte narkotikaforbrytelser av mindre alvorlige karakter, og ikke bedret oppklaring av andre kriminalitetstyper.» (Riksadvokaten, 2014).

Forelegg er den klart mest brukte reaksjonen på narkotikalovbrudd (Figur 3-3). I 2017 ble det utstedt 7 613 forelegg, og dette utgjorde 72,3 prosent av de narkotikarelaterte straffereaksjonene dette året. Alle reaksjonstypene hadde en topp i 2013, men økningen i antall reaksjoner var størst for forelegg.

Figur 3-3: Antall narkotikarelaterte straffereaksjoner, 2002-2017



Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB) tabell 10651.

3.3.1 Politiinnsats

Politiet har spisskompetanse på å avverge kriminalitet og på reaksjoner på begått kriminalitet. Politiinnsatsen knyttet til illegale rusmidler omfatter etterforskning av narkotikalovbrudd, samt forebyggende arbeid på skoler og i ungdomsmiljøer. Politiets arbeid omfatter også å redusere følgeproblemene av illegale rusmidler, herunder å sørge for at åpne rusmiljøer ikke er til hinder for å drive næringsliv i byene. I slike områder er politiet ofte til stede med en uniformert patrulje for å skape et tryggere bymiljø. Politiet har også fokus på tilstedeværelse i områdene hvor de vet at personer rekrutteres inn i rusmiljøene, og her brukes ofte sivile patruljer for å gjøre områdene mindre trygge for personer som er på vei inn i rusmiljøet.

Fra flere kilder har vi fått opplyst at bruk og besittelse til eget bruk i praksis er avkriminalisert i de tunge og åpne rusmiljøene i Oslo. I andre situasjoner håndheves lovverket, særlig i forbindelse med utelivet i sentrum.

I tillegg til lovbrudd som er direkte knyttet til narkotika, medfører narkotika store mengder annen kriminalitet. Mye av denne kriminaliteten skyldes at brukerne av illegale rusmidler begår lovbrudd for å finansiere eget bruk. Det er særlig voldskriminalitet og vinningskriminalitet som er knyttet til bruk av narkotika og narkotikamarkedet. Blant de som bruker illegale rusmidler er det også mange som driver med videresalg, og i praksis er det vanskelig å trekke et skille mellom dealere og brukere.

Fra intervjuer med ansatte i politiet har vi fått opplyst at små narkotikasaker i liten grad medfører andre kostnader enn personellkostnader. De fleste slike saker oppklares på stedet ved at den siktede vedtar et forelegg. Avdekking av narkotikalovbrudd i de lukkede rusmiljøene er mer ressurskrevende enn i de åpne rusmiljøene. Sakene i de lukkede rusmiljøene er ofte mer komplekse, og det kreves derfor mer ressurser i slike saker enn for saker knyttet til narkotikakriminaliteten som skjer på gatenivå.

Saksgangen for politiet kan oppsummeres i følgende punkter:

- Iverksettelse av sak
- Etterforskning av sak
- Påtaleavgjørelse av sak

- Eventuell domstolsbehandling
- Avslutning av sak
- Administrative oppgaver

I 2018 ble det anmeldt i overkant av 31 000 narkotikalovbrudd, hvorav 17 000 var anmeldelser for brudd på legemiddeloven og 14 000 var anmeldelser for brudd på straffeloven (Tabell 3-1)⁶. Av anmeldelsene for brudd på straffeloven var i underkant av 1 000 klassifisert som grove narkotikaovertrедelser. Tallene i Tabell 3-1 omfatter alle anmeldte narkotikasaker og gir et komplett bilde av omfanget av anmeldte narkotikalovbrudd. Samtidig er det viktig å være klar over at svingninger i antall anmeldelser ikke nødvendigvis betyr at det har vært en økning i narkotikakriminaliteten. Det er en svært tett sammenheng mellom antall anmeldelser og politiets innsats, og svingninger i antall anmeldelser har derfor gjerne sammenheng med endret politiinnsats.

Tabell 3-1: Antall anmeldte narkotikalovbrudd

Type narkotikalovbrudd	2016	2017	2018
Narkotikalovbrudd, i alt	36 184	33 585	31 633
Legemiddeloven, i alt	19 686	17 494	17 060
• Bruk	11 803	10 336	9 968
• Mindre besittelse	7 883	7 158	7 092
Straffeloven, i alt	16 498	16 091	14 573
• Narkotika-overtrедelse*	15 439	15 123	13 679
• Grov narkotika-overtrедelse**	1 059	968	894

Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB) tabell 08484. *Disse sakene kan gjelde både bruk og besittelse til eget bruk eller mengder som overstiger dette. En andel av disse sakene faller derfor utenfor denne analysens omfang. ** Disse sakene gjelder utelukkende saker der mengden overstiger det som kan regnes som bruk og besittelse til eget bruk. Disse sakene faller derfor utenfor denne analysens omfang.

Bøtelegging

Bøtestraff kan gis som bot ved dom, forelegg, eller forenklet forelegg, og innebærer at den straffede plikter å betale et oppgitt beløp som skal tilfalle statskassen. Bot ved dom idømmes av domstol, forelegg ilegges av påtalejurist, mens forenklet forelegg ilegges av tjenestepersoner i politi og tollvesen.

er anmeldt til det er ferdig etterforsket, og videre til det får en eventuell strafferettslig reaksjon, og soningen gjennomføres. I noen tilfeller er det snakk om år. Enhetene som telles er også ulike i de forskjellige statistikkene, selv om lovbrudd telles tilnærmet likt for anmeldte og etterforskede lovbrudd.

⁶ Generelt skal de lovbrudd som inngår i statistikken over anmeldte lovbrudd samme år eller senere være representert i statistikkene over etterforskede lovbrudd, straffereaksjoner og fengslinger. Men ved bruk av kriminalstatistikken er det viktig å være klar over at de ulike delene ikke nødvendigvis refererer til den samme populasjon av lovbrudd innenfor samme statistikkårgang. Det kan ta lang tid fra et lovbrudd

En stor andel av narkotikalovbruddene politiet avdekker knyttet til bruk og besittelse til eget bruk avgjøres ved forelegg. Forelegg er en enkel og effektiv måte å få avgjort en straffesak på, samtidig som det er en tydelig og markert reaksjon.

Forelegg gis etter en vurdering i den enkelte sak, basert på alminnelige straffeutmålingsbetraktninger som for eksempel gjentakelse. Straffereaksjon ved brudd på legemiddeloven § 31 andre ledd jf. § 24 første ledd vil som regel være bot. Ved brudd på straffeloven § 162 første ledd vil bot være forbeholdt saker som gjelder erverv og/eller oppbevaring som ikke tar sikte på videresalg (Riksadvokaten, 2014). Forelegg kan også ilegges ved innførsel hvor stoffmengden ikke utgjør mer enn halvparten av de fastsatte grenser for samme reaksjon ved erverv og oppbevaring.

I riksadvokatens rundskriv nummer 2/2014 er følgende grenser angitt for straffereaksjon i form av forelegg (Riksadvokaten, 2014):

- Inntil 0,5 gram heroin
- Inntil 2 gram amfetamin, metamfetamin og kokain
- Inntil 20 ruter/ «drypp» LSD
- Inntil 15 gram cannabis (hasj/marihuana)
- Inntil 20 gram sopp (psilocin/psilocybin).

Størrelse på forelegg for narkotikaovertridelser varierer med mengde og antall ganger man har begått lovbruddet. Fra intervjuer med ansatte i Politiet har vi

fått opplyst at de fleste foreleggene knyttet til narkotikaovertridelser er på mellom 2 000 og 10 000 kroner. Statistisk sentralbyrå har også informasjon om gjennomsnittlig bøtестraff for ulike lovbruddstyper, og i 2017 var gjennomsnittlig forelegg for brudd på legemiddeloven 3 280 kr, mens brudd på straffeloven i snitt var forbundet med høyere forelegg (5 997 kr) (Tabell 3-2).

Domstolene kan også ilegge straffereaksjonstyper i kombinasjon, for eksempel fengselsstraff i kombinasjon med bot, eller både ubetinget og betinget fengselsstraff. Staten får derfor inntekter fra bøter også utover inntektene fra forelegg alene. I 2017 var det i underkant av 1 200 saker der narkotikalovbruddet var hovedlovbruddet og straffereaksjonen var en kombinasjon der bot inngikk som del av straffen (Tabell 3-2). Det var trolig langt flere saker enn dette der et narkotikalovbrudd var en del av sakskomplekset, men der et annet lovbrudd var hovedlovbruddet. Dersom en straffereaksjon er forårsaket av flere lovbrudd, registreres den med det lovbruddet som etter loven kan medføre strengest straff, det såkalte hovedlovbruddet. Dette betyr at antall narkotikasaker som medførte bøter trolig var høyere enn det som fremkommer av statistikken.

Det finnes ikke tilgjengelig statistikk som kan belyse hvor mange av bøkene som betales og hvor mange som gjennomføres som subsidiær fengselsstraff.

Tabell 3-2: Antall straffereaksjoner med bøtестraff og gjennomsnittlig bøtестraff etter type lovbrudd, der narkotika er hovedlovbrudd, 2017

	Forelegg alene		Andre straffereaksjoner		Alle typer reaksjoner	
	Antall saker	Kr	Antall saker	Kr	Antall saker	Kr
Narkotikalovbrudd, i alt	7 613	4 346	1 197	12 025	8 810	5 389
Legemiddeloven, i alt	4 627	3 280	103	4621	4 730	3 310
• Bruk	2 664	3 145	57	4 163	2 721	3 166
• Mindre besittelse	1 963	3 464	46	5 189	2 009	3 504
Straffeloven, i alt	2 986	5 997	1 094	12 722	4 080	7 800
• Narkotika-overtridelse*	2 986	5 997	1 020	12 460	4 006	7 643
• Grov narkotika-overtridelse**	0	0	74	16 338	74	16 338

Kilde: SSB tabell 10651. Kronebeløpet angir gjennomsnittlig bøtестraff og oppgis i 2017-kroner. *Disse sakene kan gjelde både bruk og besittelse til eget bruk eller mengder som overstiger dette. En andel av disse sakene faller derfor utenfor denne analysens omfang.

**Disse sakene gjelder utelukkende saker der mengden overstiger det som kan regnes som bruk og besittelse til eget bruk. Disse sakene faller derfor utenfor denne analysens omfang.

3.3.2 Tolletatens innsats

Tolletaten har ansvar for å beskytte samfunnet mot ulovlig innførsel av narkotika og at ikke

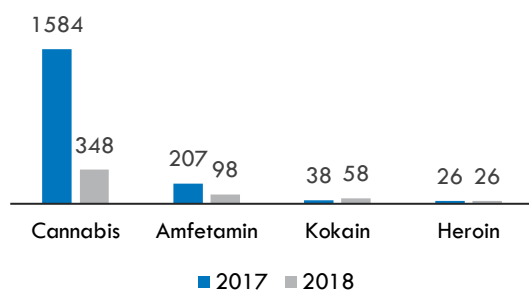
avgiftsbelagte varer unntas beskatning. Det er prioritert å avdekke og stanse restriksjonsvarer for områdene helse, miljø og sikkerhet, og varer som

faller inn under disse områdene er narkotika, alkohol, tobakksvarer, dopingmidler, ulovlige legemidler, CITES-varer (Convention on International Trade of Endangered Species), ulovlig utførsel av avfall og kulturminner, voldsprodukter, strategiske varer med mer.

I Tolletatens årsrapport fra 2018 (Tolletaten, 2019) rapporteres det om følgende:

- Høy tilstedeværelse på grensekontrollområdene bidrar til gode kontrollresultater, særlig blant forsøk på smugling i mindre omfang (f.eks. post).
- Profesjonelle kriminelle aktører tilpasser seg Tolletatens kontrollvirksomhet (eks. overgang fra fly- og bilpassasjerer til post ved smugling av khat).
- Beslag i postsendinger utgjorde den største andelen av alle narkotikabeslag i 2018. For de fleste narkotikatypene som kommer i pille- og/eller pulverform, utgjør beslag i post en forholdsvis stor andel av total beslaglagt mengde.
- I 2017 gjorde Tolletaten et rekordhøyt antall narkotikabeslag på nærmere 4 400 beslag, mens antall beslag i 2018 var 4 200.
- Sammenlignet med 2017, gikk antall beslag av cannabis, kokain og andre psykoaktive stoffer opp i 2018, mens beslag av amfetamin, heroin og khat gikk ned (Figur 3-4).

Figur 3-4: Mengde narkotikabeslag (kg) i 2017 og 2018, etter type narkotika.



Kilde: (Tolletaten, 2019)

3.3.3 Domstolene

Hovedoppgaven for domstolene er å løse rettslige tvister. Dette omfatter både sivile tvister og straffesaker, og det er bare domstolene som kan dømme til straff. Domstolene har også en rettsutviklende funksjon gjennom sin tolkning av lovene. De alminnelige domstolene i Norge er Høyesterett, lagmannsrettene og tingrettene, og alle domstolene dømmer i både sivile saker og straffesaker.

En sak om befatning med narkotika til egen bruk kan i enkelte tilfeller avgjøres ved tilståelsesdom. Dette er en forenklet fremgangsmåte hvor straffesaken

avgjøres uten tiltalebeslutning og hovedforhandling. En tilståelsesdom krever at handlingen ikke kan medføre fengsel i mer enn 10 år, og siktede må avgi en uforbeholden tilståelse som støttes av sakens øvrige opplysninger, jf. straffeprosessloven § 248. I praksis oppnevnes det normalt ikke forsvarer i slike saker med mindre det er tale om å idømme ubetinget fengsel i mer enn seks måneder, jf. straffeprosessloven § 99. Ofte møter heller ikke aktor i slike saker, jf. påtaleinstruksen § 15-4 annet ledd. Når rettsmøtet gjennomføres uten aktor eller forsvarer, skal det være et rettsvitne til stede, jf. domstolloven § 31. Studenter og pensjonister gjør ofte tjeneste som rettsvitne.

Statistisk sentralbyrå har statistikk over alle straffereaksjoner etter hovedlovbruddstype. Det er relativt uvanlig at bruk og besittelse til eget bruk er hovedlovbruddet i et sakskompleks, og statistikken gir derfor et konservativt anslag på antall rettsaker hvor denne typen saker inngår. I 2017 var det totalt 1 694 narkotikalovbrudd (hovedlovbrudd) hvor straffereaksjonen var ubetinget fengsel. Disse sakene er avgjort i retten (Tabell 3-3). Av disse var kun åtte saker knyttet til brudd på legemiddeloven.

Tabell 3-3: Antall straffereaksjoner med ubetinget fengsel, 2017

	Ubetinget fengsel alene	Ubetinget og betinget fengsel	Ubetinget fengsel og annen
<i>Narkotikalovbrudd, i alt</i>	1 104	267	323
<i>Legemiddeloven, i alt</i>	7	1	0
• Bruk	3	1	0
• Mindre besittelse	4	0	0
<i>Straffeloven, i alt</i>	1 097	266	323
• Narkotika-overtrødelse*	695	164	287
• Grov narkotika-overtrødelse**	402	102	36

Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB) tabell 10651. *Disse sakene kan gjelde både bruk og besittelse til eget bruk eller mengder som overstiger dette. En andel av disse sakene faller derfor utenfor denne analysens omfang. **Disse sakene gjelder utelukkende saker der mengden overstiger det som kan regnes som bruk og besittelse til eget bruk. Disse sakene faller derfor utenfor denne analysens omfang

3.3.4 Uttransportering av utlendinger

Politiets utlendingsenhet har det nasjonale ansvaret for tvangsmessig uttransportering av personer som ikke har lovlig opphold i Norge. Utlendingsdirektoratet har ansvaret for assistert retur, tidligere kalt frivillig retur, men disse returene er ikke relevante når vi ser på

uttransportering av utlendinger på grunnlag av straffesak om bruk og besittelse av narkotika.

Fra Oslo politidistrikt rapporteres det kvartalsvis på alle utenlandske statsborgere i befating med narkotika. Det føres daglig statistikk basert på informasjon hentet fra politiets og utlendingsforvaltningens datasystemer over aktuelle utlendinger pågrepet for straffeloven §§ 231 og 232 og legemiddeloven § 31 jf. § 24. En hovedutfordring som trekkes frem i statusrapporten for tredje kvartal i 2018 er at en andel av de pågrepne kommer fra land det er svært utfordrende å returnere til (Politiet/Utlendingsdirektoratet, 2018). Noen kommer fra land der verifiseringsarbeidet er krevende, og/eller hjemlandets myndigheter krever frivillighet eller ønsker ikke å verifisere utlendingen. Videre blir en del utvisningssaker aldri opprettet fordi de objektive og/eller subjektive vilkårene for utvisning ikke er til stede. Det foreligger dermed ikke grunnlag for uttransportering.

I sakene som ble rapportert av Oslo politidistrikt i løpet av de tre første kvartalene i 2018 var besittelse av illegale rusmidler årsaken til pågrepelse i 70 prosent av tilfellene, mens kjøp og salg var årsaken til henholdsvis 3 og 27 prosent av pågrepelsene (Politiet/Utlendingsdirektoratet, 2018).

I 2017 var det totalt 212 tvangsreturer knyttet til narkotika i Oslo politidistrikt (Politiet/Utlendingsdirektoratet, 2018). Dersom vi legger til grunn at disse utgjør en tredjedel av alle tvangsreturer knyttet til narkotikalovbrudd på landsbasis, tilsvarer det om lag 600 tvangsreturer per år. I 2017 ble totalt 5 434 personer tvangsreturnert fra Norge, og tvangsreturer knyttet til narkotikaovertridelser utgjorde da i overkant av 10 prosent av alle tvangsreturer (Politiets utlendingsenhet, 2018).

3.3.5 Kriminalomsorg

Samfunnet benytter straff som en reaksjon for å beskytte seg mot lovbrudd og uønskede handlinger. Kriminalomsorgen har ansvar for å gjennomføre varetektsfengsling og straffereaksjoner i eller utenfor fengsel.

Per 1. januar 2016 satt 26 personer i fengsel på grunn av overtridelse av legemiddeloven knyttet til bruk eller mindre besittelse av narkotika (Statistisk sentralbyrå, 2016). Statistikken inkluderer kun informasjon om hovedlovbruddstype, og i en del saker er brudd på legemiddeloven knyttet til bruk eller mindre besittelse av narkotika del av et sakskompleks der en annen overtridelse er hovedlovbruddstypen. Disse sakene kommer derfor ikke frem i statistikken.

I Statistisk sentralbyrås statistikk over fengslinger deles narkotikalovbrudd som innebærer overtridelse av straffeloven inn i kategoriene «Narkotika-overtridelse» og «Grov narkotikaovertridelse». Per 1. januar 2016 var 191 personer fengslet for narkotikaovertridelse av straffeloven, mens 819 personer var fengslet for grov narkotikaovertridelse.

I 2017 var narkotika hovedlovbrudd i totalt 1 225 straffereaksjoner med betinget fengselsstraff (Tabell 3-4). Seks av disse sakene gjaldt brudd på legemiddeloven, der gjennomsnittlig antall dager med betinget fengselsstraff utgjorde 24 dager. De fleste sakene (1 219 saker) gjaldt brudd på straffeloven, der gjennomsnittlig antall dager med betinget fengselsstraff utgjorde 76 dager.

Tabell 3-4: Antall straffereaksjoner med betinget fengselsstraff der narkotika er hovedlovbrudd, 2017

	Antall straffereaksjoner med betinget fengselsstraff	Gjennomsnittlig antall dager med betinget fengselsstraff
<i>Narkotikalovbrudd, i alt</i>	1 225	75
<i>Legemiddeloven, i alt</i>	6	24
• Bruk	3	21
• Mindre besittelse	3	26
<i>Straffeloven, i alt</i>	1 219	76
• Narkotika-overtridelse*	1 067	38
• Grov narkotika-overtridelse**	152	340

Kilde: Statistisk sentralbyrå (SSB). Tabell 10651. *Disse sakene kan gjelde både bruk og besittelse til eget bruk eller mengder som overstiger dette. En andel av disse sakene faller derfor utenfor denne analysens omfang. ** Disse sakene gjelder utelukkende saker der mengden overstiger det som kan regnes som bruk og besittelse til eget bruk. Disse sakene faller derfor utenfor denne analysens omfang.

I 2017 var narkotika hovedlovbrudd i totalt 1 694 straffereaksjoner med ubetinget fengselsstraff (Tabell 3-5). Bare åtte av disse gjaldt legemiddeloven, fordelt halvt om halvt på bruk og mindre besittelse. De fleste av straffereaksjonene med ubetinget fengselsstraff gjaldt straffeloven, hvorav 1 146 (68 prosent) straffereaksjoner var for narkotika-overtridelse mens 540 (32 prosent) var for grov narkotikaovertridelse. For disse straffereaksjonene varierte gjennomsnittlig antall dager med ubetinget fengselsstraff fra 19 dager for mindre besittelse (jmf.

Legemiddeloven) til 796 dager for grov narkotika-overtredelse (jmf. straffeloven).

Antall straffereaksjoner må imidlertid tolkes med varsomhet. Politidirektoratet har i sin STRASAK-rapport (2018) oppgitt følgende: «Det har tidligere oppstått noe uklarhet rundt statistikk som viser avsagte ubetingede dommer for narkotikalovbrudd etter legemiddeloven. Dommene gjelder med all sannsynlighet annen kriminalitet, eksempelvis vold,

kjøring i narkotikapåvirket tilstand og vinningsforbrytelser, men hvor narkotikalovbrudd etter legemiddeloven inngår i sakskomplekset. Av rent tekniske grunner er narkotikalovbruddet etter legemiddeloven blitt stående som hovedsak, slik at det i statistikk fremstår som om vedkommende er dømt til ubetinget fengsel for brudd på legemiddeloven. I realiteten handler altså disse sakene om flere straffbare forhold, som i sum utløser en ubetinget dom.»

Tabell 3-5: Antall straffereaksjoner med ubetinget fengselsstraff der narkotika er hovedlovbrudd, 2017

	Antall straffereaksjoner med ubetinget fengselsstraff	Gjennomsnittlig antall dager med ubetinget fengselsstraff	Antall døgn med ubetinget fengselsstraff
Narkotikalovbrudd, i alt	1 694	302	511 588
Legemiddeloven, i alt	8	28	224
• Bruk	4	36	144
• Mindre besittelse	4	19	76
Straffeloven, i alt	1 686	303	510 858
• Narkotikaovertrødelse*	1 146	71	81 366
• Grov narkotikaovertrødelse**	540	796	429 840

Kilde: SSB tabell 10651. *Disse sakene kan gjelde både bruk og besittelse til eget bruk eller mengder som overstiger dette. En andel av disse sakene faller derfor utenfor denne analysens omfang. ** Disse sakene gjelder utelukkende saker der mengden overstiger det som kan regnes som bruk og besittelse til eget bruk. Disse sakene faller derfor utenfor denne analysens omfang.

Rusreformutvalget skal som del av sitt mandat utrede hvilken mengde illegale rusmidler som skal falle inn under definisjonene av bruk og besittelse til eget bruk. Dersom mengdene endres slik at forhold som etter dagens rett regnes som «oppbevaring» etter straffeloven blir regnet som «besittelse», vil derfor antall narkotikaovertrødelse av straffeloven reduseres. Kostnadene til straffereaksjoner for disse sakene vil dermed kunne reduseres, men det vil samtidig medføre andre offentlige kostnader.

Alternative straffereaksjoner

Det finnes i dag en rekke alternative straffereaksjoner til fengselsstraff:

Samfunnsstraff er det mest brukte alternativet til fengselsstraff (Actis - Rusfeltets samarbeidsorgan). Samfunnsstraff utmåles i antall timer som skal gjennomføres innen en tidsfrist, og samfunnsstraff kan både gis alene og i kombinasjon med ubetinget fengselsstraff. Domstolen kan sette vilkår om at domfelte under gjennomføringen av samfunnsstraffen skal overholde bestemmelser om bosted, oppholdssted, arbeid, opplæring, behandling eller forbys samkvem med bestemte personer. I spesielle tilfeller kan kriminalomsorgen sette vilkår utover de som retten har satt, for eksempel rusforbud.

Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) er et alternativ til ubetinget fengselsstraff for rusmiddelavhengige som dømmes for kriminalitet

knyttet til rusavhengigheten (Kriminalomsorgen). Det kan være kriminalitet begått i ruspåvirket tilstand, eller for å finansiere rus. Den som dømmes må være motivert og ønske å gjøre en innsats for å bli rusfri og gjøre endringer i livet. ND-programmet er individuelt tilrettelagt, og innholdet er knyttet til rusbehandling, utdanning, opplæring, arbeid, fysisk og psykisk helse, kriminalitetsforebygging, nettverk, økonomi og fritid, og programmet skal være rehabiliterende og kriminalitetsforebyggende.

Ungdomskontrakt/ruskontrakt er et alternativ til straff for unge som blir tatt for mindre alvorlige lovbrudd som for eksempel bruk og besittelse av narkotika (Actis, 2016). Ordningen innebærer at lovbruddet ikke gir langtidskonsekvenser for ungdom som gjennomfører kontrakten. De som skriver under på en ruskontrakt inngår vanligvis en avtale om jevnlig urinprøver for kontroll av rusmiddelbruk og samtidig oppfølging med støttesamtaler hos helsepersonell. Tiltakene som iverksettes skal hindre at man utvikler et alvorlig rusproblem. Kontrakten er en avtale mellom politi, kommunale myndigheter, sosialetaten og barnevern på den ene siden og lovbrøtteren med samtykke fra foreldrene på den andre siden.

Ruskontrakter kommer i mange ulike varianter og omfang i de ulike politidistriktene. Dette kan dreie seg om alt fra urinprøver alene, til et mer omfattende opplegg med oppfølgingsamtaler i kombinasjon med jevnlig urinprøver. Felles for ruskontraktene er at

programmene har en varighet på om lag seks til tolv måneder. I en masteroppgave avlagt ved Politihøgskolen (Bresil, 2017) beskrives tre hovedmodeller for ruskontrakter: 1) ruskontrakter som reaksjon på en straffesak med kun rustesting, 2) ruskontrakter som reaksjon på en straffesak med rustesting og annen oppfølging, og 3) frivillige ruskontrakter med politiet utenom straffesaker. Masteroppgaven avdekker store forskjeller i hvilken type ruskontrakter som tilbys i de 14 politidistriktene som deltok i undersøkelsen, herunder forskjeller i varighet, innhold, reaksjon ved brudd og helsemessig behandlingsspektiv på kontraktene.

TIUR (Tidlig intervensjon – unge og rus) er Ringsaker kommunes modell for rus- og kriminalitetsforebygging blant ungdom (Ringsaker kommune, 2015). TIUR-modellen innebærer en omfattende ungdomskontrakt der en rekke ulike tiltak kan inngå. Noen av tiltakene er obligatoriske for alle ungdommer som får oppfølging gjennom TIUR. De obligatoriske tiltakene er: kartleggingssamtale, bevisstgjøringssamtaler, kontrakt om urinprøvekontroll hos politi eller urinprøveavtale hos helsesøster og avslutningssamtale.

I kartleggingssamtalen søker man å kartlegge omfanget av rusbruk, eventuelt misbruk og hvor motivert ungdommen er for endring. De påfølgende bevisstgjøringssamtalene skal gi ungdommen faktabasert kunnskap om fysiske, psykiske og kognitive skadevirkninger av illegale rusmidler. Hensikten er også å forebygge videre bruk ved å

utfordre holdninger. De avtalte urinprøvekontrollene gjennomføres enten av politiet eller ved helsestasjon for ungdom. Når oppfølgingsperioden er fullført, gjennomføres en avslutningssamtale der formålet er å oppsummere erfaringer og resultater fra oppfølgingsperioden, samt konkludere med hensyn til nå-situasjonen. Dersom man i samtalen avdekker at TIUR-programmet ikke har resultert i positive endringer iverksettes det nye tiltak, og personen henvises videre i hjelpeapparatet og eventuelt i spesialisthelsetjenesten.

I tillegg til de obligatoriske tiltakene tilbyr TIUR-prosjektet individtilpassede tiltak. Noen tiltak er rettet mot rusmiddelbruk, mens andre tiltak er rettet mot livssituasjon. Eksempler på slike individtilpassede tiltak er hasj avvenningsprogram (bestående av 15 individuelle samtaler), familiearbeid, ansvarsgruppe, jobb/dagaktivitet, fritidsaktiviteter og bo- og hybelveiledning.

Gjennomføring av straff i institusjon etter straffegjennomføringsloven § 12 innebærer at straffen helt eller delvis kan gjennomføres i institusjon (Kriminalomsorgen). Straff i institusjon kan benyttes dersom institusjonsoppholdet er nødvendig for å bedre den domfeltes evne til å fungere sosialt og lovlydig (Justis- og politidepartementet, 2004). For rusbrukere kan det for eksempel være mulig å gjennomføre straffen på en behandlingsinstitusjon. Det er fortsatt en ubetinget fengselsstraff selv om straffen gjennomføres i en institusjon som ikke ligger under kriminalomsorgen.

4. Konsekvenser av illegale rusmidler for brukere og pårørende

Narkotikabruk medfører en rekke konsekvenser både for brukerne selv og for deres pårørende.

Narkotikabrukere opplever redusert helse og livskvalitet, sosial eksklusjon og stigma. Videre kan narkotikabruk føre til manglende deltakelse eller eksklusjon fra utdanning og arbeidsliv, kriminalitet og lovbrudd utover narkotikabruk, gjeld og betalingsvansker. Disse konsekvensene påvirker også pårørende.

4.1 Helse, sosial kontakt og livskvalitet

Hvilke konsekvenser narkotikabruk har for brukerens fysiske og psykiske helse, sosiale relasjoner og livskvalitet avhenger av hvilke typer stoffer som brukes og over hvor lang tid de brukes. Dessuten brukes narkotika ofte sammen med alkohol eller legemidler, og det kan være vanskelig å fastslå om uheldige helsemessige utfall skyldes det ene eller det andre.

Narkotikaavhengighet kan gi en rekke abstinenssymptomer (Norsk Helseinformatikk, 2019). Stoffet som demper sentralnervesystemet kan gi plager som rastløshet, angst, uro, søvnproblemer og svettinger, men også mer alvorlige abstinenser som hallusinasjoner, skjelving, epileptiske anfall, dehydrering og følelse av svakhet. Stoffet som stimulerer sentralnervesystemet kan gi depresjoner, følelse av svakhet, engstelse og sterkt sug etter rusmidlet, som i noen tilfeller kan bli så sterkt at det fører til selvmordsforsøk, paranoia og psykoser. Abstinenser som følge av opiatbruk kan gi rennende nese, økt svetting, søvnløshet, depresjon, høy puls og blodtrykk, magesmerter, oppkast/diaré, og bein- og muskelsmerter.

Forskere har beskrevet fem hovedkategorier av narkotikarelaterte skader og problemer (Babor, et al., 2010):

- Overdoser
- Andre akutte skader som ulykker, vold og suicidal atferd
- Ikke-smittsomme somatiske sykdommer som hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer og ulike smertetilstander
- Psykiske lidelser. I tillegg til at narkotikaavhengighet i seg selv klassifiseres som

en psykisk lidelse, henger narkotikabruk også sammen med flere andre psykiske lidelser som personlighetsforstyrrelser og depresjon

- Smittsomme sykdommer som hepatitt B, hepatitt C og HIV

De tre siste kategoriene er primært knyttet til langvarig bruk.

Det mest alvorlige utfallet av narkotikabruk er narkotikautløste dødsfall. Forekomsten av disse har ligget stabilt på rundt 265 dødsfall per år de siste ti årene (Folkehelseinstituttet, 2018). Disse dødsfallene knytter seg til akutte forgiftninger (overdoser) (80 prosent), selvmord (10 prosent) og svekkelse etter langvarig narkotikaavhengighet (10 prosent).

Rusbruk kan føre til en rekke akutte skader og ulykker, for eksempel trafikkulykker. Dette skyldes at enkelte typer narkotika, for eksempel cannabis, nedsetter kognitive og psykomotoriske evner slik at ulykkesrisikoen øker. Antall saker der THC (det viktigste virkestoffet i cannabis) er påvist i blodprøver fra bilførere mistenkt for ruspåvirket kjøring har økt i perioden 2008 til 2017, fra om lag 1300 saker til i overkant av 2500 saker (Bretteville-Jensen & Bramness, 2019).

Rusbrukere har økt forekomst av depresjon, men studier tyder på at det ofte er slik at depresjon fører til rusbruk, og ikke omvendt (Bretteville-Jensen & Bramness, 2019). Både narkotikabruk i seg selv og tilhørende straffeforfølgelse kan bidra til stigmatisering og sosial eksklusjon av rusbrukere.

4.1.1 Helsetap knyttet til bruk av illegale rusmidler

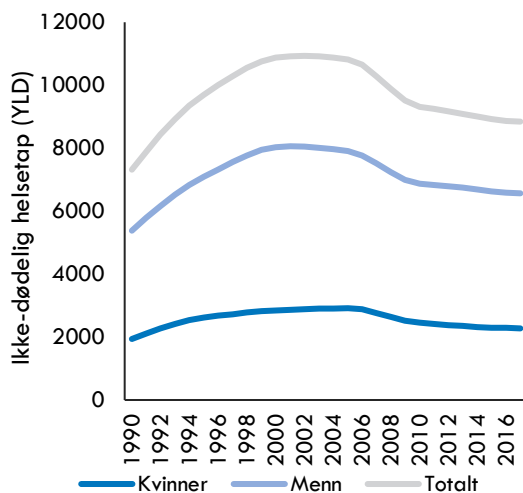
Den internasjonale sykdomsbyrdestudien, Global Burden of Disease (GBD), har beskrevet utviklingen i sykdomsbyrde over tid for mer enn 300 sykdommer/tilstander og nærmere 80 risikofaktorer for i underkant av 200 land og territorier. Formålet med sykdomsbyrdeberegninger er å vise hvordan ulike sykdommer, skader og risikofaktorer rammer befolkningen i form av ikke-dødelig helsetap (sykelighet) og dødelighet. Sykdomsbyrden som følge av en skade eller sykdom bestemmes av dens alvorlighet i form av dødelighet og ikke-dødelig helsetap, samt hvor mange den rammer, alderen på de som rammes og hvor lenge den varer.

Et vanlig samlemål på sykdomsbyrde er disability-adjusted life-years (DALYs), som på norsk ofte omtales som helsetapsjusterte leveår. DALY er summen av tapte leveår som følge av dødsfall og ikke-dødelig helsetap. Med ikke-dødelig helsetap menes den tapte

helserelaterte livskvaliteten forbundet med å leve med en sykdom eller tilstand. I GBD beregnes tapte leveår fra en standard dødelighetstabell, der for eksempel et dødsfall hos en 50-åring bidrar med 37 tapte leveår og et dødsfall hos en nyfødt bidrar med 86 tapte leveår. Helsetapet anslår byrden av å leve med en sykdom, beregnet ved å multiplisere forekomst av sykdommer, skader og følgetilstander med tilhørende alvorlighetsvekter. Alvorlighetsvektene baseres på omfattende spørreundersøkelser i befolkningen, som gir grunnlag for en alvorlighetsvekt mellom 0 (null helsetap) og 1 (død).

Bruk av illegale rusmidler er blant de viktigste risikofaktorene for sykdomsbyrden i Norge. Ikke-dødelig helsetap som følge av ruslidelser som skyldes bruk av illegale rusmidler (drug use disorders) har økt fra 7 300 i 1990 til 8 800 i 2017 (Figur 4-1). Det ikke-dødelige helsetapet hadde en topp i 2002, og siden denne toppen har det vært en jevn nedgang. Utviklingen har vært relativ lik for menn og kvinner, men det ikke-dødelige helsetapet er betydelig høyere for menn enn kvinner gjennom hele perioden.

Figur 4-1: Utvikling i ikke-dødelig helsetap relatert til ruslidelser som skyldes bruk av illegale rusmidler i perioden 1990 til 2017, Norge

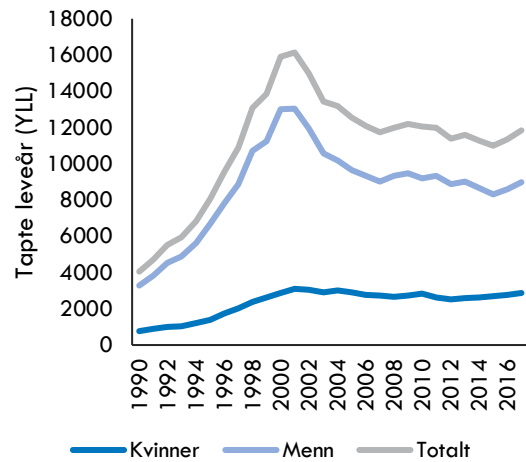


Kilde: Global Burden of Disease Study

Ruslidelser som skyldes bruk av illegale rusmidler var i 2016 den åttende viktigste årsaken til tapte leveår i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018). I 2017 medførte ruslidelser som skyldes bruk av illegale rusmidler 11 800 tapte leveår, og menn var overrepresentert i tallene (Figur 4-2). Selv om antall dødsfall knyttet til narkotikaoverdoser kun utgjør en liten andel av det totale antallet dødsfall i befolkningen, fører den unge alderen blant de døde til at narkotikaoverdoser havner høyt opp på listen over de viktigste årsakene til tapte leveår i den norske befolkningen generelt. I tillegg til dødsfallene som er en direkte følge av en

ruslidelse, er bruk av illegale rusmidler en risikofaktor for andre dødsårsaker.

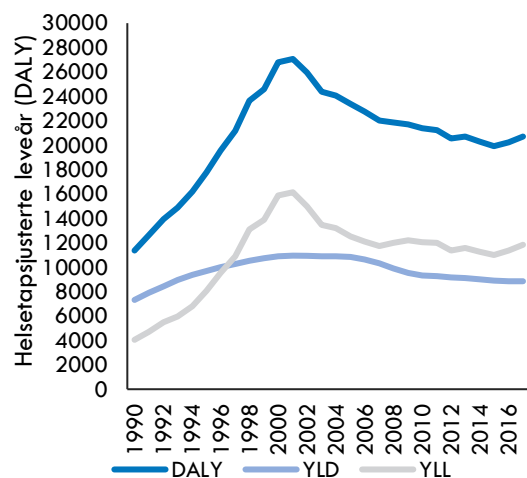
Figur 4-2: Utvikling i tapte leveår relatert til ruslidelser som skyldes bruk av illegale rusmidler i perioden 1990 til 2017, Norge



Kilde: Global Burden of Disease Study

Samlet sett utgjorde det totale antallet helsetapsjusterte leveår 20 790 (usikkerhetsintervall: 18 170 - 23 250) i 2017 (Figur 4-3). Antallet helsetapsjusterte leveår i løpet av perioden 1990 til 2017 var lavest i 1990 (om lag 11 400) og høyest i 2001 (om lag 27 000). Endringen over tid skyldes hovedsakelig endringer i tapte leveår, ettersom omfanget av det ikke-dødelige helsetapet har vært stabilt.

Figur 4-3: Utvikling i helsetapsjusterte leveår relatert til ruslidelser som skyldes bruk av illegale rusmidler i perioden 1990 til 2017, Norge



Kilde: Global Burden of Disease Study

4.1.2 Konsekvenser av straffeforfølgning for helsetilbudet og skadereduksjon overfor personer som bruker illegale rusmidler

Straffeforfølgning av personer som bruker illegale rusmidler kan ha en rekke uheldige konsekvenser for brukernes helse. For eksempel kan straffeforfølgning hindre at personer med rusproblemer oppsøker helsehjelp av frykt for straffeforfølgning. Dette ble belyst i en nylig publisert studie fra Sverige (Soussan & Kjellgren, 2019). I en anonym spørreundersøkelse spurte forskerne hvordan personer ville agere dersom de selv og en venn brukte narkotika og en akutt medisinsk situasjon oppstod knyttet til rusmiddelbruken. Nærmere 32 prosent svarte at de ville utsette så lenge som mulig å oppsøke hjelp, og bare gjøre det som en aller siste utvei grunnet f.eks. frykt for straffeforfølgning og stigma. Selv om straffeforfølgning og behandling av rusbrukere varierer mellom land, illustrerer denne studien at straffeforfølgning kan være til hinder for skadereduksjon og svekker mulighet for trygg rusbruk og kontrollerte inntak. Det kan også bidra til bruk av hardere stoffer dersom mildere alternativer gjøres utilgjengelige. Straffeforfølgning kan også ha uheldige konsekvenser for akutte hendelser og overdoser; for å unngå overvåkning og anmeldelse kan brukerne ha økt tilbøyelighet til å injisere hjemme og/eller alene.

På den annen side kan fengselsstraff for høyrisikobrukere innebære et betydelig bedre helsetilbud enn utenfor fengsel, fordi brukeren da får tett oppfølging og mer struktur på hverdagen. For personene med mest alvorlig rusbruk kan man derfor tenke seg at skadereduksjonen er høyere ved straffeforfølgning enn uten.

4.2 Utdanning og arbeidsliv

Bruk av narkotika kan føre til fysiske og psykiske forandringer hos brukeren som gjør det vanskelig å følge opp skolegang og arbeidsliv på en tilfredsstillende måte. For eksempel kan søvnproblemer gjøre det vanskelig å stå opp om morgenen og følge vanlig døgnrytme. Dette kan føre til mangelfull skolegang og tap av jobb. Det er imidlertid gjort lite forskning på hvilke konsekvenser bruk av andre rusmidler enn alkohol har for arbeidslivet (Edvardsen, et al., 2015). Frafall fra skole og arbeid kan videre gi tapt arbeidsfortjeneste, både umiddelbart og senere i livet som følge av «hull i CV-en».

Straffeforfølgning kan føre til yrkesrestriksjoner som følge av dom, herunder en rekke yrker som krever plettfriandel (f.eks. politi).

4.3 Kriminalitet og lovbrudd utover narkotikalovbrudd

En del narkotikabrukere begår andre lovbrudd for å skaffe penger til narkotika (Babor, et al., 2010), for eksempel ved omsetning av mindre mengder narkotika, vinningskriminalitet eller salg av seksuelle tjenester. Dessuten kan narkotikabruk i seg selv, for enkelte stoffer, føre til aggressiv og voldelig atferd som kan føre til ordensforstyrrelser og andre lovbrudd.

I tillegg til at narkotikabruk i seg selv kan føre til kriminalitet og andre lovbrudd enn narkotika, kan risikoen knyttet til straffeforfølgning ha innvirkning på voldsnivået i narkotikadistribusjonskjeden. For eksempel virker politinærvær voldsforebyggende, ved at det svekker den gateneære volden og senker terskelen for å anmelde hendelser. På den annen side kan voldsnivået blant deltakerne i den illegale rusøkonomien øke når det er vanskelig og risikabelt å bruke og skaffe seg narkotika på grunn av politiovervåking og straffeforfølgning.

Det er vanskelig å anslå hvordan den narkotikarelaterte kriminaliteten vil bli påvirket av en eventuell avkriminalisering, men det kan for eksempel tenkes at færre vil være involvert i salg eller alvorlig narkotikakriminalitet.

4.4 Økonomiske og sosiale problemer

Narkotikabruk (og konsekvenser av straffeforfølgning) kan medføre uheldige økonomiske og materielle effekter. For eksempel kan man miste jobben og få problemer med å skaffe seg arbeid, noe som kan gi økonomiske vanskeligheter og dermed dårlige boforhold. I tillegg kan narkotika gi gjeldsproblemer, både som følge av høye kostnader for å finansiere narkotikabruk, og/eller kostnader knyttet til bøter som følge av narkotikalovbrudd.

Straffeforfølgning kan føre til forbud som følge av en dom, for eksempel inn- og utreiserestriksjoner som kan gi utfordringer i sosiale sammenhenger og i arbeidslivet. Dersom man er dømt for narkotikalovbrudd vil man for eksempel ikke kunne reise til USA.

4.5 Konsekvenser for pårørende

Rusbruk medfører ikke bare konsekvenser for brukerne selv, men kan også påvirke deres pårørende. For eksempel viste en studie (Moan, Storvoll & Lund, 2017) at bekymring knyttet til andres rusmiddelbruk og sigarettøyking er vanlig og reflekterer utbredelsen av substansene i populasjonen, og at

bekymring knyttet til andres bruk av alkohol og narkotika primært er relatert til akutte konsekvenser, mens bekymring knyttet til andres sigarettøyking er mer relatert til kroniske helseskader.

Straffeforfølgelse av brukere av illegale rusmidler kan ramme barn og familier sosialt og økonomisk. Barns levekår, oppvekst og sosiale status kan bli påvirket som følge av at en forelder blir straffregistrert eller må sone fengselsstraff. Slike

forhold kan også påvirke kvaliteten på familierelasjoner ved at familiestrukturer endres og at kontakten med forelder blir mangelfull. Slike uheldige forhold kan påvirke barns fysiske og psykiske helse, gi atferdsproblemer eller utfordringer med skolegang. Barn kan også oppleve stigma og sosial eksklusjon ved at en forelder er straffedømt for narkotikalovbrudd. Videre kan barns rusbruk påvirke foreldrene økonomisk ved at foreldrene betaler barnas bøter for å unngå at de må sone fengselsstraff.

5. Kostnader ved dagens regulering av illegale rusmidler til bruk og besittelse til eget bruk

Dagens regulering av illegale rusmidler medfører betydelige kostnader, både for den enkelte bruker og for ulike samfunnsinstanser. Kostnader knyttet til straffeforfølgning innebærer kostnader for politi, tollvesen, domstolene og kriminalomsorgen, samt kostnader knyttet til tvangsreturer av utledninger som følge av narkotikasaker. Straffeforfølgning gir beskjedne inntekter fra bøter som følge av narkotikalovbrudd.

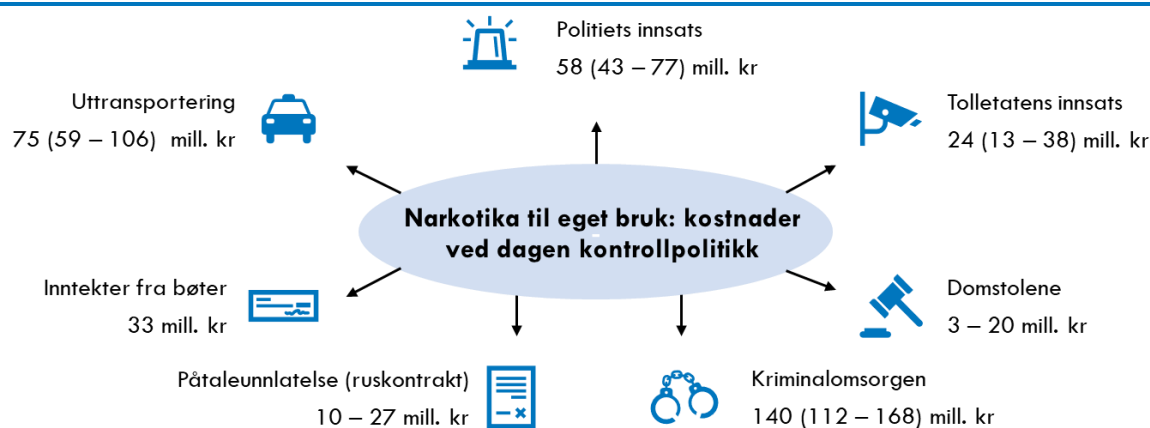
I tillegg til kostnader knyttet til straffeforfølgning medfører narkotikabruk og dagens håndheving av regelverket ytterligere kostnader for samfunnet i form av helse-tjenestekostnader, tappt helse, kriminalitet og tappt produksjon.

5.1 Rammeverk for beregning av kostnader

Kostnadene forbundet med dagens håndheving av regelverket for illegale rusmidler påvirkes av flere forhold. Kostnader knyttet til straffeforfølgelse påvirkes for eksempel av politiets og tolltatenes ressursinnsats og påfølgende straffereaksjoner. I det følgende vil vi kvantifisere de ulike kostnadskomponentene og presentere anslag for kostnadene knyttet til de enkelte elementene.

De ulike kostnadselementene er beregnet ved hjelp av forskjellige metoder, herunder offentlig tilgjengelig statistikk og forskningslitteratur. Der dokumentasjonsgrunnlag mangler har vi benyttet forenklete anslag. I det følgende beskrives beregningen av de ulike kostnadselementene særskilt.

Figur 5-1: Kostnader (og inntekter) knyttet til dagens håndheving av regelverket for illegale rusmidler til eget bruk



Øvrige kostnader knyttet til dagens regulering av illegale rusmidler og dagens narkotikabruk:



Helsetjeneste-kostnader



Verdien av tappt helse



Kriminalitet



Verdien av tappt produksjon

Illustrasjon: Oslo Economics

5.2 Kostnader for politiet

For å beregne kostnadene for politiet knyttet til overvåking og avdekking av bruk og besittelse av narkotika til eget bruk, tar vi utgangspunkt i antall anmeldte narkotikalovbrudd presentert i avsnitt 3.3.1. Vi legger til grunn at hver anmeldelse involverer to polititjenestepersoner, og at disse bruker en time på saken. Dette utgjør dermed to arbeidstimer for polititjenestepersoner.

Årsvervskostnaden for en polititjenesteperson er beregnet til 1,1 – 1,3 millioner 2019-kroner (Tabell 5-1). Lavt anslag er kostnaden for en politibetjent, mens høyt anslag er for en politioverbetjent. Fra intervjuer med ansatte i Politiet har vi fått opplyst at det er operative politibetjenter som er involvert i de fleste narkotikasaker, og vi legger derfor årsvervskostnaden for disse til grunn i beregningene av politiets kostnader knyttet til narkotikasaker.

De fleste anmeldelsene knyttet til narkotikalovbrudd innebærer etterarbeid av en påtalejurist, for eksempel knyttet til utskrivning av forelegg. Vi legger til grunn at en påtalejurist i snitt bruker en time på hver anmeldelse. Årsvervskostnaden for en påtalejurist er 1,3 millioner 2019-kroner (Tabell 5-1).

Videre legger vi til grunn at ett årsverk utgjør 1695 timer og KPI-justerer årsvervskostnaden til 2019-kroner. Dette gir en kostnad per arbeidstime på 660 kr for politibetjent og 794 kr for påtalejurist.

Tabell 5-1: Årsvervskostnad politibetjent og påtalejurist

Type personell	Kostnad per årsverk (2019-kroner)	Kostnad per arbeidstime (2019-kroner)
Politibetjent	1 118 894	660
Påtalejurist	1 346 070	794

Kilde: (Politidirektoratet, 2017). Tallene er basert på gjennomsnittlig årsvervskostnad i 2017, KPI-justert til 2019-kroner

For å synliggjøre kostnadene forbundet med politiinnsatsen knyttet til narkotikasaker, har vi utarbeidet et forenklet anslag basert på følgende forutsetninger:

- Beste anslag på antall saker er antall anmeldte narkotikasaker ekskludert 50 prosent av «ikke grove» narkotikaovertridelser og alle grove narkotikaovertridelser (23 900 saker) av straffeloven
- Ressursbehovet for hver sak er to timer arbeid av polititjenestepersoner og en time arbeid av en påtalejurist
- Årsvervskostnaden for en polititjenesteperson er 1 118 894 2019-kroner

- Årsvervskostnaden for en påtalejurist er 1 346 070 2019-kroner
- Et normalårsverk er på 1695 timer
- Vi legger til et påslag på 20 prosent for å ta høyde for sykefravær, interntid, opplæring med videre.

Gitt disse forutsetningene utgjør de direkte kostnadene for politiinnsatsen knyttet til narkotikasaker 57,8 millioner kroner årlig (Tabell 5-2).

Vi har også beregnet et høyt og lavt anslag for politiets kostnader. Kostnadene i disse anslagene er de samme som i beste anslag, men der antall saker varierer. Antall saker i lavt anslag omfatter kun overtridelser av legemiddeloven, mens antall saker i høyt anslag omfatter narkotikaovertridelser i alt.

Tabell 5-2: Kostnader ved politiets direkte innsats i narkotikasaker knyttet til bruk av illegale rusmidler og besittelse til eget bruk, 2019-MNOK

	Beste anslag	Lavt anslag	Høyt anslag
Antall saker	23 900	17 060	31 633
Samlet kostnad (MNOK)	57,8	43,3	76,6

Analyse: Oslo Economics

I tillegg til de direkte kostnadene kommer kostnader knyttet til tilstedeværelse i åpne miljøer og forebyggende tiltak (for eksempel skolebesøk). Disse kostnadene er i mindre grad knyttet til dagens håndheving av forbudet mot bruk av narkotika. En lovendring vil ikke fjerne rusmiljøene, og det vil derfor fortsatt være behov for politiets tilstedeværelse i disse, samt forebyggende tiltak for å forhindre at nye personer rekrutteres inn i rusmiljøene.

5.2.1 Verdien av bøter

Bøter gir inntekter for staten, men medfører også kostnader for Statens innkrevingssentral for innkreving av ubetalte bøter.

Inntekter fra bøter

Bøter gir inntekter til staten, og for mindre narkotikaovertridelser er bøtelegging en vanlig straffereaksjon. I 2017 ble i overkant av 7 600 narkotikaovertridelser straffet med forelegg alene, mens nærmere 1 200 saker ble straffet med andre straffereaksjoner (inkludert bot). Dersom vi legger til grunn vår antakelse om hvilke saker som gjelder brudd på straffeloven som gjelder bruk og besittelse til eget bruk, dvs. 50% av «ikke grove»-narkotikaovertridelser og ingen grove narkotikaovertridelser, utgjør dette 6 733 straffereaksjoner med bøtestraff,

fordelt på 6 120 saker med forelegg alenen og 613 saker med andre straffereaksjoner.

For å finne de samlede bøteinntektene knyttet til narkotikalovbrudd har vi ganget opp gjennomsnittlig bøtestraff for de ulike lovovertredselsene med antall saker med bøtestraff. Den samlede verdien av disse bøtene utgjorde 32,7 millioner kroner (Tabell 5-3).

De faktiske bøteinntektene er troligvis noe lavere, da en del som idømmes bøtestraff ikke er i stand til å betale. Når er person straffes med bot, utmåles en subsidær fengselsstraff som den botlagte skal sone hvis boten ikke blir betalt. Dette innebærer at ikke alle ilagte bøter ender som inntekt til staten. Som tommelfingerregel tilsvarer 1000 kr i bot to dager subsidært fengsel (Justiskomiteen, 2005).

Tabell 5-3: Verdi av bøter som straffereaksjon i narkotikasaker, i millioner kroner, 2019-MNOK

	Forelegg alene	Andre straffereaksjoner	Alle typer reaksjoner
Narkotikalovbrudd (bruk og besittelse til eget bruk)	28,1	7,2	32,7
Legemiddeloven			
• Bruk	8,8	0,3	9,1
• Mindre besittelse	7,2	0,3	7,4
Straffeloven			
• Narkotikaovertredselse	9,5	6,7	16,2

Kilde: SSB tabell 10622. Tallene er basert på antall saker og gjennomsnittlig bøtestraff i 2017, KPI-justert til 2019-kroner. Tallene er basert på gjennomsnittlig bøtestraff per kategori, og verdien for alle typer reaksjoner tilsvarer derfor ikke summen av forelegg alene og andre straffereaksjoner. Vi har lagt til grunn at 50% av narkotikaovertredselser, og ingen grove narkotikaovertredselser, gjelder bruk og besittelse til eget bruk.

Kostnader ved bøter

Kostnadene ved å ilegge en bot inngår i kostnadsberegningene for politiinnsats. De øvrige kostnadene knyttet til bøter er hovedsakelig kostnader ved innkreving av ubetalte bøter. Det er Statens innkrevingsentral (SI) som har ansvar for å kreve inn bøter, inndragninger og andre straffekrav for det offentlige. Statens innkrevingsentral forsøker å inndrive bøter på vanlig måte i tre år. Etter tre år blir saken oversendt til kriminalomsorgen for gjennomføring av den subsidære fengselsstraffen.

Vi kjenner ikke til statistikk som belyser hvor store ressurser Statens innkrevingsentral bruker på innkreving av bøter knyttet til narkotikaovertredselser. Gitt at den gjennomsnittlige bøtestørrelsen er relativt lav i disse sakene, fremstår det likevel rimelig å anta at Statens innkrevingsentral bruker relativt lite ressurser på innkreving av bøter for narkotikaovertredselser.

5.3 Kostnader for Tollvesenet

I 2018 gjorde Tollvesenet 4 223 narkotikabeslag. Disse beslagene utgjorde 11 prosent av det samlede antall beslag.

Tollvesenet hadde i 2018 totalt 1 384 årsverk (Tolletaten, 2019). Ressursbruk knyttet til Tollvesenets hovedmål nr. 2, det vil si å beskytte samfunnet mot ulovlig inn- og utførsel av varer, utgjør 576 årsverk. I 2017 utgjorde lønnsutgifter per årsverk i Tollvesenet 721 332 kroner, som tilsvarer 756 202 2019-kroner.

Dersom vi legger til et 40 prosent påslag for sosiale kostnader, utgjør årsverkskostnaden i Tollvesenet 1 058 683 2019-kroner. Vi legger til et påslag på 20 prosent for å ta høyde for sykefravær, interntid, opplæring med videre.

Hvis vi antar at ressursbruk per delområde tilknyttet Tollvesenets andre hovedmål står i forhold til andelen beslag innen hvert delområde, kan vi anta at narkotika utgjør 11 prosent av ressursbruken, det vil si 63 årsverk. Dersom vi legger til grunn at 70 prosent av ressursbruken gjelder grove narkotikaovertredselser, vil andelen ressurser som brukes til mindre beslag (for bruk og besittelse til eget bruk) utgjøre 19 årsverk. Som et lavt og høyt anslag har vi lagt til grunn henholdsvis 10 årsverk og 30 årsverk. De samlede kostnadene for Tolletaten knyttet til beskyttelse mot narkotikainnførsel utgjør dermed 20,1 (10,6 – 31,8) millioner kroner.

Tabell 5-3: Anslag for Tolletatens kostnader knyttet til beskyttelse mot narkotikainnførsel, 2019-MNOK

	Beste anslag	Lavt anslag	Høyt anslag
Antall årsverk til beskyttelse mot innførsel av narkotika	19	10	30
Kostnad	24,1	12,7	38,2

Analyse Oslo Economics

5.4 Kostnader for domstolene

Vi legger til grunn at de fleste sakene hvor bruk og besittelse til eget bruk inngår i sakskomplekset er relativt enkle saker. Personellet som er til stede i rettssaken i slike saker er en dommer, to meddommere, en forsvarsadvokat og en aktor. Basert på informasjon fra intervjuer legger vi til grunn at hver av disse bruker et dagsverk på rettssaken, inkludert saksbehandling før og etter rettsmøtet.

I domstolene og Domstolsadministrasjonen var det i 2018 totalt 1 768 årsverk, og lønnsutgiftene inkludert sosiale utgifter var i overkant av 2,0 milliarder kroner totalt (Norges domstoler, 2019). Dette gir en gjennomsnittlig kostnad per årsverk på 1 135 105 2018-kroner.

En del saker avgjøres ved tilståelsesdom. En tilståelsessak behandles av én dommer, og i tillegg er et rettsvitne til stede. Siktete har som regel ikke krav på forsvarer på det offentliges regning i disse sakene. Dersom politiet foreslår en straff på mer enn seks måneder skal det derimot oppnevnes en forsvarer. Det er ingen faste regler for om politiet skal møte i saken.

I kostnadsberegningene har vi lagt til grunn at antall saker tilsvarende antall narkotikalovbrudd hvor ubetinget fengsel inngår i straffereaksjonen, ekskludert 50 prosent av «(ikke grove)» narkotikaovertridelser av straffeloven og alle grove narkotikaovertridelser. Totalt utgjør dette 581 saker. Vi har utarbeidet et høyt og lavt anslag på domstolenes kostnader knyttet til disse sakene.

Det lave anslaget på domstolenes kostnader reflekterer saker som avgjøres ved tilståelsesdom, og er basert på følgende forutsetninger:

- Ressursbehovet for hver sak er 4 timer arbeid hver av en dommer og et rettsvitne.
- Årsverkskostnaden for en ansatt i domstolene er 1 144 529 kroner, KPI-justert til 2019-kroner.
- Et normalårsverk er på 1695 timer

Disse forutsetningene gir en kostnaden per arbeidstime på 690 kroner. Vi legger til et påslag på 20 prosent for å ta høyde for sykefravær, interntid, opplæring med videre. Kostnaden per sak utgjør dermed 3 300 kroner for en dommer.

For rettsvitner legger vi til grunn en kostnad per time tilsvarende verdien av fritid, som utgjør 309 kroner per time (Difi, u.d.). Kostnaden per sak utgjør dermed 1 236 kroner for et rettsvitne.

Gitt disse forutsetningene utgjør kostnaden per sak med «(lavt anslag)» om lag 4 500 kroner, det vil si om lag 2,6 millioner kroner årlig for 581 saker.

Det høye anslaget på domstolenes kostnader reflekterer saker som ikke avgjøres ved tilståelsesdom, og er basert på følgende forutsetninger:

- Ressursbehovet for hver sak er åtte timer arbeid hver av en dommer, to meddommere, en forsvarsadvokat og en aktor
- Årsverkskostnaden for en ansatt i domstolene er 1 144 529 kroner, KPI-justert til 2019-kroner.
- Et normalårsverk er på 1695 timer.

Disse forutsetningene gir en kostnaden per arbeidstime på 690 kroner. Vi legger til et påslag på 20 prosent for å ta høyde for sykefravær, interntid, opplæring med videre. Kostnad per sak utgjør dermed 33 000 kroner. Gitt disse forutsetningene utgjør høyt anslag for kostnadene for domstolene om lag 19,9 millioner kroner årlig.

5.5 Kostnader ved uttransportering av utlendinger

I 2018 var gjennomsnittlig kostnad ved en tvangsretur beregnet til å være mellom 94 900 og 171 300 kroner (Dokument nr. 15:2259 (2017-2018), 2018). Dette utgjør henholdsvis 97 557 og 176 096 2019-kroner. Vi legger følgende forutsetninger til grunn for å beregne kostnadene ved uttransportering av utlendinger:

- Antall tvangsreturer knyttet til narkotika er 600
- Beste anslag på kostnad per tvangsretur er 125 000 2019-kroner (usikkerhetsspenn: 98 000 – 177 000 kroner).

Basert på disse antakelsene utgjør de samlede kostnadene ved tvangsreturer av utlendinger som følge av narkotikalovbrudd 75 (58,8 – 106,2) mill. kroner (Tabell 5-4).

Tabell 5-4: Anslag kostnader ved tvangsreturer av utlendinger ved narkotikalovbrudd, 2019-MNOK

	Beste anslag	Lavt anslag	Høyt anslag
Kostnad per tvangsretur	125 000	98 000	177 000
Antall tvangsreturer	600	600	600
Samlet kostnad (MNOK)	75	58,8	106,2

Analyse Oslo Economics

5.6 Kostnader for kriminalomsorgen

Kostnader for kriminalomsorgen omfatter kostnader knyttet til fengselsstraff samt alternative straffereaksjoner.

I beregningen av kostnader knyttet til fengselsstraff har vi lagt til grunn antall straffereaksjoner med ubetinget fengselsstraff i 2017 og tilhørende gjennomsnittlig antall dager, som presentert i avsnitt 3.3.5 (Tabell 3-5). I 2017 var narkotika hovedlovbrudd i totalt 1 694 straffereaksjoner med ubetinget fengselsstraff, hvorav åtte gjaldt legemiddeloven og 1 686 gjaldt straffeloven. Dersom vi ekskluderer straffereaksjoner knyttet til grov narkotikaovertrødelse, som utgjorde 540 straffereaksjoner, og 50 prosent av «ikke-grove» narkotikaovertrødelse, står vi igjen med 573 straffereaksjoner for narkotikaovertrødelse (jmf. Straffeloven). Til sammen utgjør dette 581 straffereaksjoner med ubetinget fengselsstraff. Antall ubetingede fengselsdøgn (gitt antall straffereaksjoner og gjennomsnittlig antall dager med ubetinget fengselsstraff) utgjorde henholdsvis 144 døgn for brudd på legemiddeloven for bruk, 76 døgn for brudd på legemiddeloven for mindre besittelse, og 40 683 døgn for narkotikaovertrødelse etter straffeloven.

Når det gjelder kostnaden per fengselsdøgn, er det trolig store variasjoner etter type innsatt. Justis- og beredskapsdepartement har i svar på budsjettspørsmål til Statsbudsjettet 2018 oppgitt at «Kriminalomsorgens utgifter til drift av en fengselsplass med høyt sikkerhetsnivå utgjorde i 2016 i gjennomsnitt om lag 1,0 mill. kroner, dvs. 2 740 kroner per døgn

per plass. Utgifter til forvaltningssamarbeid (skole, helse og bibliotek) er anslått til om lag 160 000 kroner per plass årlig, dvs. 438 kroner per døgn. Dette kommer i tillegg»⁷. Gjennomsnittlig kostnad per fengselsplass, justert til 2019-kroner, utgjør dermed 1 247 000 kroner, som tilsvarer en kostnad per døgn på 3 416 kroner.

Dersom vi legger til grunn antall straffereaksjoner og tilhørende gjennomsnittlig antall dager med ubetinget fengselsstraff i 2017 der narkotika er hovedlovbrudd, samt en enhetskostnad per fengselsdøgn på 3 416 kroner (med et usikkerhetsanslag +/- 20 prosent), utgjør kostnaden knyttet til fengselsstraff for straffedømte etter legemiddeloven (bruk eller mindre besittelse) 751 600 (601 300 – 901 900) kroner, mens kostnaden knyttet til fengselsstraff for straffedømte for narkotikaovertrødelse etter straffeloven utgjør 139 (111 – 167) millioner kroner (Tabell 5-5). De samlede kostnadene for ubetinget fengselsstraff der narkotika var hovedlovbrudd og saken gjaldt bruk eller besittelse til eget bruk utgjorde 140 (112 – 168) mill. kroner.

Det er trolig store variasjoner i kostnaden per fengselsplass per innsatt, og det er mulig at kostnaden per fengselsdøgn for personer med rusproblemer er noe høyere enn gjennomsnittet. Dette er imidlertid ikke hensyntatt i våre beregninger, og anslagene er derfor trolig konservative.

Tabell 5-5: Totalkostnad ved ubetinget fengselsstraff der narkotika er hovedlovbrudd, 2019-kroner

Type lovbrudd	Beste anslag	Lavt anslag	Høyt anslag
<i>Legemiddeloven</i>			
• Bruk	491 967	393 574	590 361
• Mindre besittelse	259 649	207 719	311 579
<i>Straffeloven</i>			
• Narkotikaovertrødelse	138 990 962	111 192 769	166 789 154
Sum kostnad	139 742 578	111 794 062	167 691 094

Note: I beste anslag har vi lagt til grunn antall straffereaksjoner fra SSB (tabell 10651) og en gjennomsnittlig kostnad på 3 416 per fengselsdøgn. I usikkerhetsanslaget har vi variert gjennomsnittkostnad per fengselsdøgn med +/- 20%. Vi har lagt til grunn at 50% av narkotikaovertrødelse, og ingen grove narkotikaovertrødelse, gjelder bruk og besittelse til eget bruk.

5.6.1 Kostnader ved påtaleunntatelse og alternative straffereaksjoner

Som beskrevet i avsnitt 3.3.5 er det stor variasjon i hvor omfattende de ulike ruskontraktene er. TIUR-modellen fra Ringsaker kommune er blant de mest omfattende, mens ruskontraktene i enkelte andre kommuner kun omfatter jevnlig urinprøver.

I en evaluering av TIUR-programmet fra 2017 beskrives ressursbehovet for programmet (Baklien & Bye, 2017):

- Det er opprettet en fast stilling som rusforebyggende miljøterapeut (100% stilling).
- Hvert år søkes det om midler til en 100 % stilling som fordeles på to helsesykepleiere.
- Politiet tilføres ikke ekstra midler til ordinær drift av TIUR, men forebygging og avdekking inngår som en av politiets virksomheter.
- Andre involverte i TIUR har dette som en del av sine vanlige arbeidsoppgaver og er derfor ikke tilført ekstra ressurser. Disse personene setter av tid til møter og seminarer. Programmet innebærer ukentlige kontaktmøter med varighet på én time.

⁷ <https://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2018/Budsjettsporsmal/Bevilgningsporsmal/Kristelig>

folkeparti126/?query=kriminalomsorgen&parti=&sort=date&all=tr ue#hopp85314

På disse møtene deltar ungdomskontakten, barnevernet, ungdomshelsetjenesten, NAV og politiet.

Antall ungdommer som følges opp i TIUR har variert over tid, men i 2015 var det 51 ungdommer som ble fulgt opp i programmet, mens 46 ungdommer deltok året før (Baklien & Bye, 2017). I kostnadsberegningene legger vi derfor til grunn 51 deltakere.

En artikkel på Politiforum oppgir at kostnaden per urinprøve ved offentlige laboratorier er 2 200 kroner per test (Trædal, 2018). I TIUR-programmet avla 36 ungdommer i 2015 totalt 250 urinprøver, det vil si i gjennomsnitt syv prøver hver. I kostnadsberegningene har vi derfor lagt til grunn syv urinprøver per person, selv om det trolig er store variasjoner i antall prøver. Ungdommene som avlegger urinprøver må møte opp personlig for å avlegge prøven. Vi legger derfor til grunn at urinprøvetakingen medfører to timer tapt fritid per prøve, som verdsettes til 309 kroner per time (Difi, u.d.). I tillegg tilkommer en reisekostnad, anslått til 209 2019-kroner per prøve (Moger & Kristiansen, 2012). I tillegg til urinprøver tilkommer det i TIUR-prosjektet kostnader knyttet til obligatoriske og individtilpassede tiltak. Prosjektet bemannes av ett årsverk helsesykepleier og ett årsverk miljøterapeut. Årsverkskostnaden (inkludert sosiale kostnader) for en helsesykepleier er beregnet til 850 000 2018-kroner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018), det vil si 867 250 2019-kroner. Årsverkskostnaden for helsefagarbeider (miljøterapeut) inklusiv sosiale kostnader utgjør 665 000 2019-kroner. Til sammen utgjør dette en kostnad på 1 532 250 kr per år. Fordelt på 51 ungdommer utgjør kostnaden per deltaker i programmet om lag 30 000 kroner.

Det tilkommer også kostnader knyttet til de tverrfaglige kontaktmøtene. Gjennomsnittlig årsverkskostnad inkludert sosiale kostnader var 766 000 kroner i 2018 (SSB, tabell 11419), og dette tilsvarer 787 000 2019-kroner. Med 1695 timer i et årsverk, utgjør kostnaden 464 kroner per time. Vi legger til grunn at det blir gjennomført 52 møter i løpet av et år, og at det deltar en representant fra hver av tjenestene som er med i møtet. Vi legger til grunn at hver person totalt bruker to arbeidstimer på deltakelse. Vi antar at ungdomskontakten som deltar i møtet er den samme personen som miljøterapeuten, og kostnaden for denne personen er derfor allerede beregnet. Kostnaden per ukentlige møte for de fire deltakerne utgjør 3 700 kr, til sammen 193 000 per år. Fordelt på 51 ungdommer utgjør kostnaden 3 800 kroner per deltaker.

Tiden som ungdommene i TIUR bruker på de obligatoriske tiltakene har en alternativ anvendelse,

og vi verdsetter denne tiden til verdien av fritid. Det er trolig store variasjoner i antall og tid brukt på veiledningsmøter, både for foreldre og ungdommer. Vi har derfor ikke anslått noen kroneverdi for denne tidsbruken.

Som et uttrykk for kostnader knyttet til ruskontakter og variasjonen i ressursbruk knyttet til dette har vi lagt til grunn en enkel versjon, representert ved kun urinprøvetaking, og en utvidet versjon, representert ved oppfølging i TIUR-programmet. Det er trolig store variasjoner i kostnaden for en urinprøve og for omfanget av oppfølging i et utvidet ruskontraktprogram, og anslagene må derfor tolkes med varsomhet. Gitt våre forenklete antakelser beskrevet ovenfor utgjør kostnad per person 21 200 kroner i enkel versjon og 55 400 kroner i utvidet versjon Tabell 5-6.

Tabell 5-6: Kostnad per person med ruskontrakt

	Enkel versjon (kroner)	Utvidet versjon (kroner)
Urinprøver – kostnad for syv prøver	15 400	15 400
Urinprøver – tid- og reisekostnad*	5 800	5 800
Kontaktmøte – personellkostnad**	0	3 800
Oppfølging/veiledning – personellkostnad	0	30 000
Sum kostnad	21 200	55 000

Analyse Oslo Economics. Note: *Vi legger til grunn at ungdommene bruker totalt to timer per prøvetaking. **Det gjennomføres ukentlige kontaktmøter der fire personer i tillegg til den fast ansatte helsefagarbeideren i TIUR-programmet deltar. Vi legger til grunn at hver av disse bruker til sammen to timer på deltakelse.

Etter det vi kjenner til finnes det ikke tilgjengelig statistikk som kan informere om antallet saker med betinget påtaleunntatelse for ungdom i forbindelse med narkotikalovbrudd. Imidlertid viser statistikk fra SSB at det i 2017 var totalt 705 saker der betinget påtaleunntatelse var straffereaksjon som følge av narkotikalovbrudd (legemiddelloven)⁸. Videre utgjorde ungdom i alderen 15-20 år om lag 70 prosent av alle saker med betinget påtaleunntatelse i forbindelse med rusmiddellovbrudd⁹. Dersom vi legger til grunn denne andelen utgjør antall saker med påtaleunntatelse om lag 490 saker per år. Dersom vi videre antar at dette i hovedsak gjelder ruskontrakter, utgjør de totale kostnadene ved påtaleunntatelse i form av ruskontrakt i størrelsesordenen 10,4 – 27,0 millioner kroner per år.

⁸ SSB tabell 10622

⁹ SSB tabell 10624

5.7 Kostnader knyttet til behandling av saker i Konfliktrådet

Konfliktrådet er en statlig tjeneste som tilbyr meglingsmetode for å håndtere konflikter. Konfliktrådene opererer i utgangspunktet med to saksategorier; den første kategorien omtales som konfliktrådets ordinære saker (straffesaker, sivile saker og henlagte saker), mens den andre kategorien omtales som oppfølgingsreaksjoner (ungdomsstraff, ungdomsoppfølging og oppfølging i konfliktråd). Konfliktrådet oppgir at de sistnevnte sakene er langt mer krevende og strekker seg over tid (4 måneder – 3 år)¹⁰.

For å beregne kostnader knyttet til behandling av saker i forbindelse med narkotikalovbrudd i Konfliktrådet, har vi lagt til grunn følgende nøkkeltall/antakelser:

- Konfliktrådets totale tildeling i Statsbudsjettet for 2019 utgjorde 171 216 000 kroner (Prop. 1 S (2018-2019)). Totalt antall saker som ble behandlet i Konfliktrådet i 2018 utgjorde 7279 saker (Konfliktrådet, 2019)
- I 2018 behandlet Konfliktrådet 527 saker som gjaldt ungdom under 18 år (dvs. ungdomsstraff eller ungdomsoppfølging), hvorav 25 prosent gjaldt narkotika (Konfliktrådet, 2019), det vil si om lag 130 saker.
- Samme år ble det behandlet 8 saker knyttet til bruk og besittelse av narkotika som gjaldt personer over 18 år¹⁰. Disse var i hovedsak unge voksne (under 20 år på hendelsestidspunktet) som hadde fått reaksjonen «oppfølging i konfliktråd». Denne straffen har en varighet inntil et år og består av jevnlig rustester, samtaler og/eller annen hensiktsmessig oppfølging.

Kostnaden per sak utgjorde dermed i gjennomsnitt 23 500 kroner. Fordi sakene som gjelder bruk og besittelse av narkotika er mer krevende enn de ordinære sakene, legger vi til grunn at kostnaden for disse er om lag dobbelt så høy som gjennomsnittskostnaden per sak. For de 140 sakene utgjorde kostnaden tilknyttet behandling av narkotikasaker i Konfliktrådet 6,6 millioner kroner.

5.8 Kostnader for helsetjenesten

Som beskrevet i avsnitt 2.3 finnes en rekke tiltak og behandlingsopplegg for rusbrukere både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Det er trolig betydelige kostnader knyttet til tiltak og behandling av rusbrukere i kommunehelsetjenesten.

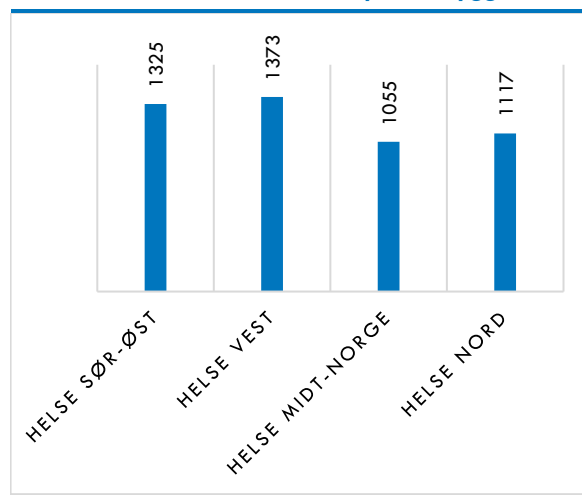
¹⁰ Oppgitt av Konfliktrådet på forespørsel fra Oslo Economics

For eksempel rapporterte kommunene i 2018 om 12 563 årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid rettet mot voksne og 232 årsverk i tjenester rettet mot barn og unge (SINTEF, 2018).

Statistikk fra KOSTRA (SSB) viser at brutto driftsutgifter til tilbud til personer med rusproblemer per innbygger 18-66 år er 789 kr i 2018. Med en befolkning på 3 380 000 tilsvarer dette en årlig kostnad på om lag 2,7 milliarder kroner.

Når det gjelder spesialisthelsetjenesten utgjorde de totale kostnadene for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2016 5,3 milliarder kroner (Helsedirektoratet, 2017). Dette tilsvarte en prosentvis realvekst på 62 prosent fra 2006, og 6 prosent fra året før. Realveksten per innbygger fra 2006 til 2016 var 40 prosent. Deler av kostnadsveksten i TSB skyldes at sektoren fikk måltall for vekst i antall døgnplasser i alle helseregioner i oppdragsbrevet for 2014. Kostnadene til TSB utgjorde i 2016 28 prosent av kostnader knyttet til psykisk helsevern og TSB, og nærmere fire prosent av de totale driftskostnadene for hele spesialisthelsetjenesten. Kostnader til TSB målt ved kroner per innbygger varierte fra 1 055 kr i Helse Midt-Norge til 1 373 kr i Helse Vest (Figur 5-2).

Figur 5-2: Gjestepasientkorrigerte regionale kostnader til TSB i 2016, kroner per innbygger.



Kilde: (Helsedirektoratet, 2017)

5.9 Verdien av tapt helse

Narkotikabruk medfører et betydelig helsetap, som skyldes både for tidlig død og tapt helse relaterte livskvaliteten forbundet med å leve med en sykdom eller tilstand. Kostnaden forbundet med tapt

livskvalitet er ikke noe samfunnet vil registrere i offentlige budsjetter, men anses likevel å ha en verdi.

I Norge har det vært uenighet knyttet til hvordan man bør verdsette tapte leveår. I helseøkonomiske analyser (for tiltak i helsesektoren) legger Helsedirektoratet til grunn at et godt leveår (kvalitetsjustert leveår (QALY)) har en verdi på 588 000 2012-kroner. Nylig publiserte Helsedirektoratet et utkast til veileder for helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser. Denne veilederen omfatter tiltak som har helsekonsekvenser for friske befolkningsgrupper, og omfatter tiltak der analysene gjøres i et samfunnsperspektiv. Fra veilederen fremgår det at et godt leveår (QALY) i 2018 skal verdsettes til 1,504 millioner kroner med produksjonstap, og 1,304 millioner kroner uten produksjonstap.

På samme måte som i Helsedirektoratet sin utredning om samfunnskostnadene av sykdommer og ulykker (Helsedirektoratet, 2016) har vi i denne analysen valgt å benytte en verdi på 1,3 millioner kroner per gode leveår. Ettersom analysen gjøres i et samfunnsperspektiv, og ikke omfatter et tiltak for vurdering i helsesektoren, har vi valgt å benytte denne verdien.

Som beskrevet i kapittel 5.9 utgjorde det totale antallet helsetapsjusterte leveår forbundet med narkotikaproblemer 20 790 (usikkerhetsintervall: 18 170 - 23 250). Målt i kroner utgjør dermed helsetapet om lag 27 milliarder (23 – 30) kroner.

Kostnadene forbundet med redusert livskvalitet for pårørende er ikke prissatt.

Helsetap som følge av straffeforfølgning

I tillegg til helsetap som følge av narkotikabruk i seg selv er det grunn til å tro at straffeforfølgning bidrar

til ytterligere helsetap. For eksempel kan frykt for straffeforfølgning hindre personer i å oppsøke hjelp i helsetjenesten, som kunne ha bidratt til behandling og reduksjon av skadeomfang. Omfanget av dette helsetapet er imidlertid svært usikkert og vi har derfor ikke prissatt disse virkningene.

5.10 Verdien av tapt produksjon

Produksjonstap innebærer at vi som samfunn produserer mindre enn hva vi ellers kunne ha gjort. Produksjonstapet er knyttet til at noen ikke kan stå i jobb, men også at noen er mindre produktive når de er på jobb. Narkotikabruk medfører tapt produksjon, både ved at brukere trolig er mindre produktive når de er på jobb (f.eks. som følge av søvnproblemer eller psykiske problemer) og ved at bruket kan føre til problemer med å stå i arbeidslivet.

Straffeforfølgning kan gi et verditap for samfunnet ved at personer som soner fengselsstraff alternativt kunne vært i arbeid, samt ved påfølgende problemer med å skaffe arbeid etter endt soning.

Hvis straffeforfølgning har en preventiv effekt kan det på den annen side bidra til å opprettholde produktiviteten i arbeidslivet og begrense antallet som faller utenfor.

Omfanget av produksjonstapet er svært usikkert, og vi har derfor ikke prissatt disse virkningene.

Tids- og reisekostnader ved kontakt med politi, kriminalomsorgen og helsetjenesten er også en kostnad for samfunnet. Hvis alternativet er arbeid regnes tidskostnaden ut ifra brutto timelønn. Hvis alternativet er fritid benyttes nettolønn. Vi har i denne analysen ikke kunnet beregne de samlede tids- og reisekostnadene for brukere og pårørende.

6. Referanser

- Actis - Rusfeltets samarbeidsorgan, u.d. *Samfunnsstraff*. [Internett]
Available at: <https://www.actis.no/kunnskap/samfunnsstraff>
- Actis, 2016. *Hva er ungdomskontrakt?*. [Internett]
Available at: <https://www.actis.no/kunnskap/hva-er-ungdomskontrakt>
[Funnet oktober 2019].
- Babor, T. et al., 2010. *Drug policy and the public good.. Oxford University Press.*
- Babor, T. F. et al., 2009. *Drug Policy and the Public Good.* s.l.:Oxford University Press.
- Baklien, B. & Bye, M., 2017. *TIUR-modellen i Ringsaker - en forskningsbasert evaluering*, s.l.: Sykehusest Innlandet HF.
- Bjørngaard, J. H., Rustad, Å.-B. & Kjelsberg, E., 2009. *The prisoner as patient - a health services satisfaction survey*, s.l.: BMC health services research .
- Bresil, J., 2017. *Ruskontrakt - Enhetlig praksis i norsk politi?*, s.l.: Politihøgskolen. Masteroppgave. .
- Bretteville-Jensen, A. & Bramness, J., 2019. *Cannabisboka.* s.l.:Universitetsforlaget.
- Bretteville-Jensen, A. L. & Bramness, J. G., 2019. *Cannabisboka.* s.l.:Universitetsforlaget.
- Bukten, A. et al., 2016. *Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsel*, s.l.: Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF).
- Committee against Torture, 2018. *Concluding observations on the eighth periodic report of Norway..* [Internett]
Available at: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CAT/Shared%20Documents/NOR/CAT_C_NOR_CO_8_31241_E.pdf
- Cramer, V., 2014. *Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler*, s.l.: Kompetansesenter for sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri. Helseregion Sør-Øst.
- Cramer, V., 2014. *The prevalence of mental disorders among convicted inmates in Norwegian prisons*, Oslo: Helse Sør-Øst.
- Det kongelige jusits- og politidepartement, 2011. *Prop. 93 L (2010-2011). Endringer i straffegjennomføringsloven mv. (bøteteneste som alternativ til fengsel hvis boten ikke betales)*, s.l.: s.n.
- Difi, u.d. *Medifinansieringsordningen for digitaliseringsprosjekt i staten. Veiledning til gjennomføring av forenklet samfunnsøkonomisk analyse.*, s.l.: Difi.
- Dokument nr. 15:2259 (2017-2018), 2018. *Skriftlig spørsmål fra Kari Kjønaas Kjos (FrP) til justis-, beredskaps- og innvandringsministeren*, s.l.: s.n.
- Eastwood, N., Fox, E. & Rosmarin, A., 2016. *A Quiet Revolution: Drug Decriminalisation Across the Globe*, s.l.: Release. Drugs, The Law and Human Rights.
- Edvardsen, H., Moan, I., Christophersen, A. & Gjerde, H., 2015. Use of alcohol and drugs by employees in selected business areas in Norway: a study using oral fluid testing and questionnaires. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, Issue 10(1)46.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2018. *European Drug Report. Trends and Developments*, s.l.: s.n.
- Falck, S., 2014. *Narkotikaprogram med domstolskontroll - en oppfølging studie av 115 av de første klientene*, Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Félix, S. & Portugal, P., 2017. *Drug decriminalization and the price of illicit drugs*, s.l.: International Journal of Drug Policy.
- Folkehelseinstituttet, 2016. *Rusmidler i Norge*, s.l.: s.n.
- Folkehelseinstituttet, 2017. *Narkotikabruk på gateplan i syv norske byer 2017*, s.l.: s.n.
- Folkehelseinstituttet, 2018. *Alkohol og andre rusmiddel*, s.l.: s.n.
- Folkehelseinstituttet, 2018. *Behandling for narkotikaproblemer i spesialisthelsetjenesten..* [Internett]
Available at: <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/tiltak-og-behandling/behandling-for-narkotikaproblemer-i-spesialisthelsetjenesten/> Publisert: 18.09.2018
[Funnet 09 2019].
- Folkehelseinstituttet, 2018. *Kommunale tiltak rettet mot personer som bruker narkotika..* [Internett]
Available at: [Tilgjengelig på: https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/tiltak-og-behandling/kommunale-tiltak-rettet-mot-personer-som-bruker-narkotika/](https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/tiltak-og-behandling/kommunale-tiltak-rettet-mot-personer-som-bruker-narkotika/)
[Funnet 09 2019].
- Folkehelseinstituttet, 2018. *Narkotika i Norge*, s.l.: s.n.

- Folkehelseinstituttet, 2018. *Narkotikautløste dødsfall i Norge i 2017*, s.l.: s.n.
- Folkehelseinstituttet, 2018. *Problembruk av narkotika*, s.l.: s.n.
- Folkehelseinstituttet, 2018. *Skader og problemer knyttet til narkotikabruk*. [Internett]
Available at:
<https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/skader-og-problemer-knyttet-til-narkotikabruk/>
[Funnet 2019].
- Folkehelseinstituttet, 2018. *Sykdomsbyrden i Norge 2016*, s.l.: s.n.
- Helgesen, J. H. I., 2013. *Godt begynt er halvt fullendt? Iverksetting av rusmestringsenheter i norsk kriminalomsorg*, s.l.: s.n.
- Helgesen, J. H. I., 2015. *Rusmestringsenheter i norske fengsler – humane og eksepsjonelle?*, s.l.: s.n.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2018. *Høringsnotat. Gjennomføring av primærhelseteam..* [Internett]
Available at:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/f4b4d16db5ed430daf15831e80c66049/horingsnotat.pdf>
[Funnet oktober 2019].
- Helse Stavanger, 2018. *Brukerplan - årsrapport 2018*, s.l.: Helse Stavanger, Stavanger universitetssjukehus HF.
- Helsedirektoratet, 2013. *Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsler. Veileder (IS-1971)*. , s.l.: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2017. *Kostnader i spesialisthelsetjenesten. Analysenotat 17/17 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten.*, Trondheim: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2019. *Omsorg 2020 - Årsrapport 2018*, Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2019. *SAMDATA kommune. Status for øyeblikkelig hjelp til døgntilbud 2018. IS-2836.*, s.l.: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, u.d. *Fengselshelsetjenester*. [Internett]
Available at:
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/fengselshelsetjenester>
- Hughes, C. E. & Stevens, A., 2015. *A resounding success or a disastrous failure: Re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs*, s.l.: New Approaches to Drug Policies.
- International Research Institute of Stavanger (IRIS), 2012. *Når veien er målet. En evaluering av Stifinner'n*, s.l.: s.n.
- Johansen, K. A., Johansen, A. B. & Johannessen, D. A., 2018. *RIO-rapporten: Portugal på norsk. Et kunnskapssammendrag for varslet narkotikapolitisk reform for bruk og besittelse av illegale rusmidler*, s.l.: s.n.
- Justis- og politidepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, 2011. *Alternative reaksjoner for mindre alvorlige narkotikalovbrudd - Intervensjonsprogram og motivasjonssamtale*, s.l.: s.n.
- Justis- og politidepartementet, 2004. *Ot.prp. nr. 90. Om lov om straff (straffeloven)*, s.l.: s.n.
- Justiskomiteen, 2005. *Innstilling fra justiskomiteen om lov om straff (straffeloven)*, s.l.: s.n.
- Kriminalomsorgen, u.d. *Forebygging av overdosedødsfall etter løslatelse fra fengsel*. [Internett]
Available at:
<https://www.kriminalomsorgen.no/forebygging-av-overdosedoedsfall-etter-loeslatelse-fra-fengsel.6082296-237613.html>
- Kriminalomsorgen, u.d. *Narkotikaprogram med domstolskontroll*. [Internett]
Available at:
<https://www.kriminalomsorgen.no/narkotikaprogram-med-domstolskontroll.252977.no.html>
- Kriminalomsorgen, u.d. *Rusmestringsenheter*. [Internett]
Available at:
<https://www.kriminalomsorgen.no/rusmestringsenheter.253069.no.htm>
- Kriminalomsorgen, u.d. *Straff i institusjon*. [Internett]
Available at: <https://www.kriminalomsorgen.no/straff-i-institusjon.237880.no.html>
- Kriminalomsorgens sentrale forvaltning (KSF), u.d. *Til deg som er siktet for ruspåvirket kjøring*, s.l.: s.n.
- Lov om gjennomføring av straff mv. (u.d.)*.
- Mjåland, K. & Lundberg, I., 2014. Penal hybridization: staff-prisoner relationships in a Norwegian drug rehabilitation unit. I: *Juridification and social citizenship in the welfare state*. s.l.:s.n., pp. 183-202.
- Moger, T. A. & Kristiansen, I. S., 2012. Direct and indirect costs of the Norwegian breast cancer screening program. *Health Economics Research Program*.
- Norges domstoler, 2019. *Årsrapport 2018*, s.l.: s.n.
- Norsk Helseinformatikk, 2019. *Behandling av narkotikaavhengighet*. [Internett]

Available at: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/narkotiske-stoffer/narkotikaavhengighet-behandling/?page=2>
[Funnet 2019].

Politidirektoratet, 2017. *Ressursanalyse 2017: Utgifter og bemanning i politi- og lensmannsetaten*, s.l.: s.n.

Politidirektoratet, 2018. *STRASAK-rapporten. Anmeldt kriminalitet og politiets straffesaksbehandling.*, s.l.: Politidirektoratet.

Politiet/Utlendingsdirektoratet, 2018. *Felles innsats mot åpne rusmiljøer - statusrapport per 30.09.2018*, s.l.: s.n.

Politiets utlendingsenhet, 2018. *Uttransporteringer 2017*, s.l.: s.n.

Politiets utlendingsenhet, 2019. *Uttransporteringer 2018*, s.l.: s.n.

Revolv, M. K., 2015. *Innsattes levekår 2014. Før, under og etter soning. SSB-rapport 47*, s.l.: s.n.

Riksadvokaten, 2000. *Rundskriv nr. 1/2000. Mål og prioriteringer for staffesaksbehandlingen - år 2000*, s.l.: s.n.

Riksadvokaten, 2009. *Rundskriv nr. 1/2009. Mål og prioriteringer for straffesaksbehandlingen i politiet - 2009*, s.l.: s.n.

Riksadvokaten, 2012. *Rundskriv nr. 1/2012. Mål og prioriteringer for straffesaksbehandlingen i 2012 - politiet og statsadvokatene*, s.l.: s.n.

Riksadvokaten, 2014. *Rundskriv 2/2014. Narkotikasaker*, s.l.: s.n.

Riksadvokaten, 2014. *Rundskriv nr. 1/2014. Mål og prioritering for straffesaksbehandlingen i 2014 - Politiet og statsadvokatene*, s.l.: s.n.

Riksadvokaten, 2019. *Rundskriv nr. 1/2019. Mål og prioriteringer for staffesaksbehandlingen i 2019*, s.l.: s.n.

Ringsaker kommune, 2015. *Håndbok: Tidlig intervensjon - unge og rus i Ringsaker*. s.l.:s.n.

SERAF, 2016. *Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsler. Rapport 2/2016.*, s.l.: Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF).

SINTEF, 2018. *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*, s.l.: SINTEF.

Soussan, C. & Kjellgren, A., 2019. Alarming attitudinal barriers to help-seeking in drug-related emergency situations: Results from a Swedish online survey. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, pp. 1-10.

Statistisk sentralbyrå, 2011. *Illegal økonomi i nasjonalregnskapet*, s.l.: s.n.

Statistisk sentralbyrå, 2016. *Tabell 10531: Innsatte, etter type fengsling, hovedlovbruddsgruppe, type hovedlovbrudd og alder. Per 1. januar. Absolutte tall 2002 - 2016*, s.l.: s.n.

Statistisk Sentralbyrå, 2019. *Færre anmeldte tyverier og narkotikalovbrudd i 2018*. [Internett]
Available at: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/faerre-anmeldte-tyverier-og-narkotikalovbrudd-i-2018>

Tolletaten, 2019. *Årsrapport 2018*, s.l.: s.n.

Trædal, T., 2018. *Urinprøver avslører narkotika og brukes som alternativ til straff.* [Internett]

Available at:
<https://www.politiforum.no/artikler/urinprover-avslorer-narkotika-og-brukes-som-alternativ-til-straff-na-er-det-usikker-het-rundt-hvem-som-skal-betale-for-dem/447763>
[Funnet oktober 2019].

Tyrilistiftelsen, u.d. *Tyrili Stifinnerteam*. [Internett]
Available at:
<https://www.tyrili.no/behandlingssteder/tyrili-stifinnerteam-article224-155.html>

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

post@osloeconomics.no
Tel: +47 21 99 28 00
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:
Kronprinsesse Märthas plass 1
0160 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562
Vika
0118 Oslo
