

Økonomiske og administrative konsekvenser av ny modell (Rådgivende enhet for narkotikasaker) for håndtering av bruk og innehav av narkotika til egen bruk etter rusreformen

1.1 Sammendrag

Rusreformutvalget har som mandat å utrede og foreslå en modell der ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og innehav av illegale rusmidler til egen bruk overføres fra justisdepartementet til helsetjenesten. Dette notatet belyser økonomiske og administrative konsekvenser av Rusreformutvalgets forslag til ny modell (Rådgivende enhet for narkotikasaker (rådgivende enhet)) for håndtering av bruk og innehav av narkotika. Notatet beskriver hovedsakelig konsekvenser forutsatt en uendret bruk av narkotika.

Rusreformutvalgets modell for avkriminalisering innebærer at det opprettes rådgivende enheter for narkotikasaker som skal gi råd, informasjon og veiledning. Personer kan bli ilagt møteplikt for enheten av politiet dersom det avdekkes bruk eller innehav av illegale rusmidler til egen bruk.

For brukere og pårørende kan avkriminalisering bidra til redusert stigma, samt redusert helsetap¹ for brukeren ved å redusere terskelen for å ta kontakt med helsevesenet. Råd, veiledning og videre henvisning fra enheten kan bidra til at noen personer blir fanget opp tidligere slik at de får den behandlingen de har behov for i helsetjenesten. På den annen side kan avkriminaliseringen gi økt helsetap dersom brukerne blir mindre fulgt opp av helsetjenesten enn gjennom dagens oppfølgingstiltak med sterke virkemidler, f.eks. ved bortfall av ruskontrakter. Dersom avkriminaliseringen medfører økt bruk av narkotika kan selv små endringer gi potensielt store konsekvenser for sykdomsbyrden i befolkningen og tilhørende verditap for samfunnet.

For statsforvaltningen innebærer Rusreformutvalgets forslag til modell for avkriminalisering at Helse- og omsorgsdepartementet skal ha det overordnede ansvaret for å sikre forankring og oppfølging i berørte departementer. Helsedirektoratet tillegges et delegert styrings- og faglig oppfølgingsansvar. Det opprettes et tverrdirektoralt råd som har ansvar for å utvikle tjenesten og et opplæringsystem.

For kommunene innebærer reformen ressursbruk knyttet til etablering og drift av rådgivende enhet, informasjons- og forankringsarbeid, etablering og drift av system for melding fra politiet til kommunen, og arbeid knyttet til å sikre oppmøte. Ressursbruken knyttet til disse aktivitetene vil være avhengig av de krav som stilles til kompetanse og kapasitet.

Det kan gi økt ressursbruk for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten dersom antall personer som mottar helsetjenester øker, på den annen side kan tidlig inngripen potensielt redusere behandlingsskillekompleksiteten. For brukere som allerede er del av Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelse (TSB) forventes ingen endring. Innretningen av ordningen og kravet til bemanning og kompetanse, og på sikt eventuell videreutvikling av journalsystemer, vil særlig ha innvirkning på kommunenes merkostnader.

For politiet vil avkriminalisering trolig ikke medføre store endringer i arbeidsmengden, ettersom politiet fortsatt må reagere overfor personer som bruker illegale rusmidler, være til stede i åpne rusmiljøer og drive forebyggende tiltak. I den grad det reises tiltak i dag vil arbeidsmengden knyttet til påtalejuristers etterarbeid i forbindelse med anmeldelser tilknyttet narkotikalovbrudd bortfalle. Det forventes videre at inntektene fra forelegg vil bortfalle.

Det er liten grunn til å tro at kostnadene vil endres for domstolene som følge av avkriminaliseringen, hvis antallet brukere ikke endres. Antall fengselsdøgn kan bli påvirket av en avkriminalisering ved at subsidiær fengselsstraff for ikke-betalte bøter bortfaller, men vil trolig ikke bli påvirket i vesentlig grad utover dette. Dette skyldes at saker som kun handler om bruk og innehav av illegale rusmidler i praksis ikke medfører soning i fengsel².

¹ Med helsetap menes her både ikke-dødelig og dødelig helsetap slik det er definert i den globale sykdomsbyrdestudien (Global Burden of Disease), det vil si tap av helse på grunn av sykdom, skader og ulykker, som man enten lever med eller som fører til for tidlig død.

² Oslo Economics (2019) Kostnader knyttet til regulering av illegale rusmidler til egen bruk og håndhevingen av den eksisterende kontrollpolitikken. Utredning for Rusreformutvalget ved Helse- og omsorgsdepartementet.

Forslag til ny modell for avkriminalisering er i en tidlig fase og man bør kunne forvente at man over tid klarer å utvikle kostnadseffektive løsninger tilpasset de lokale behov. Eksempler på faktorer som vil påvirke kostnadene er; hvilken endelig form enhetene får i kommunene, antall personer som berøres (herunder mengdegrensener for avkriminalisert innehav av illegale rusmidler og politiets praktisering av regelverket), samt hvilke teknologiske verktøy som benyttes og utvikles. I tillegg vil det trolig være geografiske variasjoner i hva tiltaket vil medføre av hensiktsmessige løsninger og ressursomfang. De økonomiske og administrative konsekvenser av avkriminalisering vil i stor grad også avhenge av om bruken forblir uendret eller ikke, ettersom selv en svært liten endring i sykdomsbyrde, helsetjenestebruk eller produksjonstap kan gi betydelige endringer i samfunnskostnadene.

1.2 Bakgrunn og mandat

Regjeringen har oppnevnt et rusreformutvalg som skal utrede og foreslå en modell der ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og innehav av illegale rusmidler til egen bruk overføres fra justissektoren til helsetjenesten. Rusreformutvalget har som mandat å utrede en rekke spørsmål knyttet til gjennomføringen av en rusreform.

Underlagsanalyse

Dette notatet utarbeidet av Oslo Economics belyser økonomiske og administrative konsekvenser av Rusreformutvalgets forslag til ny modell (Rådgivende enhet for narkotikasaker) for håndtering av bruk og innehav av narkotika. Oppdraget er utført på vegne av Rusreformutvalget ved Helse- og omsorgsdepartementet.

Analysen er basert på en større utredning fra Oslo Economics om kostnader knyttet til regulering av illegale rusmidler til egen bruk og håndhevingen av den eksisterende kontrollpolitikken³. Videre er analysen basert på utvalgets beskrivelse av enheten, forespørsler til kompetansemiljøer, samt offentlig tilgjengelig statistikk og litteratur.

Etttersom det ikke er innenfor Rusreformutvalgets mandat å foreslå endringer i straffeansvaret for øvrig befatning med narkotika, herunder befatning med narkotika med sikte på videresalg, er dette ikke inkludert i analysen.

Forutsetning om uendret bruk

Vi har som et utgangspunkt lagt til grunn uendret bruk av narkotika i befolkningen. Endret politikk kan potensielt påvirke atferden, men vi har imidlertid ikke vurdert dette utover å nevne potensielle effekter og størrelser i enkelte av punktene under.

Mengdegrensener for avkriminalisert innehav til egen bruk

I utvalgets forslag foreligger det to forslag til terskelverdier for hva som skal regnes som avkriminalisert innehav til egen bruk, men det er foreløpig uavklart hva som blir de endelige verdiene dersom reformen blir gjennomført. Antall personer som blir pålagt møteplikt for enheten vil avhenge av hva disse grensene blir. Høye mengdegrensener vil medføre at flere personer blir pålagt møteplikt for enheten enn ved lave mengdegrensener. For eksempel har utvalget foreslått at grenser for avkriminalisering i cannabissaker vil være enten inntil 5 eller 15 gram. I første halvår 2019 gjaldt dette henholdsvis 4 398 og 5 524 saker, eller 60 og 76 prosent av alle cannabissaker (informasjon fra Kripos oppgitt på forespørsel fra Rusreformutvalget).

1.3 Om tiltaket

Rusreformutvalget foreslår å opprette en rådgivende enhet for narkotikasaker, enten i hver kommune eller som en funksjon som ivaretas gjennom interkommunalt samarbeid. Enhetens primære funksjon vil være å gi råd, informasjon og veiledning til personer som ilegges møteplikt for enheten på bakgrunn av avdekket bruk og innehav av illegale rusmidler til egen bruk. Videre skal enheten ved samtykke kartlegge en persons tjenestebehov og henvise til rette instanser for videre oppfølging.

Når en person blir tatt for bruk eller innehav av narkotika som omfattes av avkriminaliseringen, vil politiet vurdere om det er hensiktsmessig at denne personen møter rådgivningsenheten. Dersom de vurderer at et slikt møte er hensiktsmessig, skal de sende en melding til kommunene om dette, med gjenpart til personen som pålegges oppmøte. På bakgrunn av melding fra politiet innkalles personen til et møte med vurderingsenheten. Dersom enheten allerede har kjennskap til den aktuelle personen og vedkommendes rusmiddelbruk, åpner utvalgets forslag for at det vurderes nærmere om det er nødvendig med oppmøte. Personer med kjent

³ Oslo Economics (2019) Kostnader knyttet til regulering av illegale rusmidler til egen bruk og håndhevingen av den eksisterende kontrollpolitikken. Utredning for Rusreformutvalget ved Helse- og omsorgsdepartementet.

rusproblem skal alltid gis tilbud om oppfølging og behandling, men ikke nødvendigvis i oppmøte. Dersom personer som er ilagt møteplikt ikke møter, skal enheten alltid vurdere om det er hensiktsmessig å oppsøke vedkommende på adresse eller om vedkommendes møteplikt kan oppfylles på annet vis.

De fleste møtene vil gjennomføres med en representant fra enheten i tillegg til personen som er ilagt oppmøteplikt. Selve møtet består av to elementer. Det første elementet, som består av generell rådgivning, er obligatorisk i kraft av oppmøteplikten personen er ilagt av politiet. Her vil situasjonen som førte til pålegg om oppmøte tas opp, og det vil inviteres til samtale om den innkaltes forhold til illegale rusmidler. Formålet med samtalen, utover å understreke forbudet mot bruk og innehav av illegale rusmidler, vil være å opplyse og bevisstgjøre personen om konsekvenser av rusmiddelbruk for seg selv og for andre. Det andre elementet i møtet består av kartlegging av tjenestebehov knyttet til rusmiddelbruken, og må anses som helsehjelp etter helselovgivningen. Denne delen av møtet gjennomføres bare på grunnlag av samtykke fra personen selv, eventuelt fra foresatte dersom vedkommende er mindreårig. I denne delen skal det også gis informasjon om relevante tjenestetilbud og henvises eller gis konkret bistand til å opprette kontakt med slike tjenestetilbud.

Hver rådgivende enhet skal ha følgende kompetanse: helsefaglig, herunder medisinskfaglig, psykologfaglig/psykisk helse, sosialfaglig og erfaringsbasert. Enheten skal styrkes med barnevernfaglig kompetanse i alle saker som omhandler barn og unge under 18 år. Utvalget foreslår at kravet om medisinskfaglig kompetanse kan ivaretas gjennom avtale mellom kommuner og fastleger jf. fastlegeforskriften § 12. Psykologfaglig kompetanse blir et lovfestet krav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fra 2020 og deltakelse i enheten kan inngå som en del av de kommunale psykologenes arbeidsoppgaver. Kommunene kan sikre erfaringskompetanse ved å ansette erfaringskonsulenter eller medarbeidere med brukererfaring i sine tjenester, eventuelt inngå samarbeid med brukerorganisasjonene. Utvalget anbefaler at det etableres et system med stedfortrederansvar.

Rusreformutvalget foreslår at Helse- og omsorgsdepartementet skal ha det overordnede ansvaret for å sikre forankring og oppfølging i berørte departementer, samt for de nødvendige bevilgningene til modellen. Helse- og omsorgsdepartementet tillegges et delegert styrings- og faglig oppfølgingsansvar. Videre foreslår utvalget at det opprettes et tverrdirektoralt råd for narkotikasaker ledet av Helse- og omsorgsdepartementet og bestående av Barne- ungdoms og familiedirektoratet, Politidirektoratet, Kriminalomsorgsdirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Utdanningsdirektoratet.

1.4 Konsekvenser for brukere og pårørende

Mange brukere opplever at straffeforfølgelse fører til stigmatisering, og at frykt for straff hever terskelen for å be om hjelp. Ved å flytte samfunnets reaksjon fra justissektoren til helsesektoren, kan terskelen for å ta kontakt med helsevesenet bli lavere. I tillegg kan råd og veiledning og videre henvisning fra enheten gjøre at noen personer med problematisk rusmiddelbruk blir fanget opp tidligere slik at de får den behandlingen de har behov for i helsetjenesten. Dette kan redusere helsetapet som følge av rusmiddelbruk. Samtidig eksisterer det allerede i dag ulike forebyggingstiltak og oppfølgingsstiltak med sterke virkemidler, for eksempel ruskontrakter for ungdom⁴. Selv om kommunalt forebyggingsarbeid styrkes gjennom rådgivningsenheten, krever god rusomsorg at også andre deler av helsetjenesten har tilstrekkelige ressurser til å følge opp personer med behov for behandling i andre deler av helsetjenesten.

Alkohol- og rusmiddelbruk medfører både selvstendige sykdommer i form av diagnostiserbare ruslidelser; og som risikofaktorer, hvor påvirkningen fra rusbruk på sykdomsbyrden går via andre sykdommer og skader (Folkehelseinstituttet, 2016)⁵. Dersom avkriminalisering fører til at flere personer bruker illegale rusmidler, kan dette gjøre at flere utvikler en problematisk rusmiddelbruk. Disse mulige konsekvensene kan føre til økt helsetap som følge av rusmiddelbruk. Forskning fra andre land tilsier imidlertid at avkriminalisering har begrenset innvirkning på bruk, og der effekter er funnet ser de ut til først og fremst å gjelde unge voksne menn. Litteraturen viser derimot til større effekter på bruk ved legalisering og endret pris.

På den annen side kan nye brukere som måtte komme til som følge av en avkriminalisering ha lavere risiko for negative utfall. Konsekvensene av en avkriminalisering vil variere mellom land og trolig avhenge av utgangspunktet i landet hvor avkriminaliseringen gjennomføres. En nylig undersøkelse i Portugal, gjennomført av SICAD tyder på at reaksjonene og oppfølgingen fra "nemnda" har bidratt til redusert omfang av rusmiddelbruk

⁴ Ruskontrakter med rettslig press blir borte, men kan bestå som et frivillig tilbud.

⁵ «Sykdomsbyrde som følge av bruk av alkohol og illegale rusmidler i Norge. Resultater fra the Global Burden of Disease Project 2013» Av: Ann Kristin Knudsen, forsker, Senter for sykdomsbyrde, Folkehelseinstituttet (2016)

og problematisk bruk, samt gitt økt risikobevissthet om skader ved rusbruk. Erfaringer fra andre land gir ikke sikker kunnskap om hva effektene vil være i Norge, og det er for eksempel ulike helsesystemer og kriminalomsorg i Portugal og Norge⁶. Forbruket påvirkes også av en rekke andre forhold enn straff og helsetilbud, som for eksempel tilgang og kulturelle impulser.

Fravær av bøter for bruk og besittelse er en positiv konsekvens både for brukere og pårørende. I 2017 ble 4 730 personer ilagt en bøtestraff som følge av brudd på legemiddeloven knyttet til bruk og besittelse av narkotika. En andel av disse vil måtte avsone subsidier fengselsstraff fordi boten ikke lar seg innkreve. Dette vil bortfalle som følge av en avkriminalisering.

Straffeforfølgelse av brukere av illegale rusmidler kan også ramme familie og venner sosialt og økonomisk, og mange opplever stigma knyttet til at en nærpersion blir straffedømt. Straffeforfølgelse kan også skape konflikter og påvirke kvaliteten på familierelasjoner. Dersom avkriminaliseringen medfører at færre personen blir straffedømt, kan dette bidra til å redusere stigma for venner og familie og gjøre rusmiddelbruken enklere å håndtere.

Hvis man unngår å bli straffedømt vil personene ha større muligheter på arbeidsmarkedet, særlig der vandelsattest er påkrevet. Dersom avkriminaliseringen fører til en økning i bruk av narkotika, kan flere risikere å få problemer med å følge opp skolegang og arbeidsliv og i verste fall falle utenfor.

1.5 Konsekvenser for sentralforvaltningen

Rusreformutvalget foreslår at Helse- og omsorgsdepartementet skal ha det overordnede ansvaret for å sikre forankring og oppfølging i berørte departementer, samt for de nødvendige bevilgningene til modellen.

Helsedirektoratet og tverrdirektoralt råd

Helsedirektoratet tillegges et delegert styrings- og faglig oppfølgingsansvar. Rusreformutvalget foreslår at det skal opprettes et tverrdirektoralt råd ledet av Helsedirektoratet og bestående av Barne- ungdoms og familiedirektoratet, Politidirektoratet, Kriminalomsorgsdirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Utdanningsdirektoratet. Rådet skal innledningsvis ha ansvar for etablering av enhetene, og deretter sikre en enhetlig faglig praksis nasjonalt gjennom systematisk opplæring og utarbeidelse av veiledende materiell. Endelig skal rådet ha ansvar for evaluering, overvåking, videreutvikling og vedlikehold av modellen. Rådet må også etablere et brukerutvalg.

Etableringen av rådet, samt arbeidet med etablering av enhetene og brukerutvalget vil innebære at deltakende direktorater setter av tid til dette arbeidet. Hvordan dette skal skje er ikke avklart per i dag, men dersom Helsedirektoratet bruker tre årsverk på etableringsarbeidet og hver av de andre direktoratene bruker et halvt årsverk, blir den samlede tidsbruken for etablering om lag 6 årsverk, eller en kostnad på rundt 6 millioner kroner. I tillegg kommer kostnader knyttet til informasjonsarbeid, både om den nye ordningen og materiell som kommunene kan benytte, samt forankringsarbeid, til sammen anslått til 2-10 millioner kroner. Hele eller deler av dette arbeidet kan løses innenfor rammene av allerede eksisterende organiseringer.

Det videre arbeidet for rådet innebærer å sikre en enhetlig faglig praksis nasjonalt gjennom systematisk opplæring og utarbeidelse av veiledende materiell, samt ha ansvar for evaluering, overvåking, videreutvikling og vedlikehold av modellen. Dersom rådet i gjennomsnitt bruker 1-2 årsverk på dette arbeidet, i tillegg til at evalueringen av ordningen årlig koster om lag 0,5-2 millioner kroner (avhengig av utfallsmål og øvrig innretning), samt utarbeide informasjonsmateriell gir dette en årlig kostnad på 1-3 millioner kroner.

Opplæringssystem

Utvalget foreslår også at helsemyndighetene, i samarbeid med relevante kompetansemiljøer, skal utvikle og etablere et kvalitetssikret opplæringssystem som lett lar seg oppdatere. Dette kan for eksempel løses ved å etablere et e-læringsystem. Erfaring fra utvikling og ferdigstilling av andre e-læringskurs (i regi av Difi) tilsier at dette vil koste om lag 2-10 millioner kroner, avhengig av teknisk løsning og arbeidsbyrden knyttet til selve kursutviklingen. I tillegg kommer forvaltnings- og driftskostnader, som kan forventes å være på rundt 15-20 prosent årlig.

⁶ Norge hadde f.eks. 110 ansatte per 1000 i «Total health and social employment» i 2016 sammenlignet med 37 per 1000 i Portugal (Kilde: OECD Health Statistics 2019)

Kartleggingsverktøy

Møtene som gjennomføres av enheten med personer som er tatt for bruk eller innehav til egen bruk består etter samtykke fra brukeren av en del som innebærer kartlegging av tjenestebehov knyttet til rusmiddelbruken. Det kan være hensiktsmessig å benytte strukturerte kartleggings- og samtaleverktøy for å avdekke omfang av rusmiddelbruk, risiko og tjenestebehov hos den enkelte (for eksempel Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT)). Det forventes at man kan ta utgangspunkt i kjent metodikk, for eksempel korte intervjuer og motiverende intervju, som er anbefalt av Verdens helseorganisasjon og FN-kontoret for narkotika og kriminalitet som et kunnskapsbasert forebyggende tiltak mot narkotikabruk hos ungdom og voksne, når det ikke er snakk om vedvarende rusproblemer⁷. Kartleggingselementet av møtet må gjennomføres på en måte som er tilpasset personen og situasjonen, og det vil bero på faglige vurderinger nøyaktig hvilken type kartlegging som bør gjennomføres og hvilke tiltak som fremstår som relevante å foreslå for personen.

Hvis eksisterende kartleggingsverktøy er tilstrekkelige, forventes det ikke noen ytterligere kostnader forbundet med utviklingen av slike verktøy.

Tilpasning av journalsystemene

Utvalget foreslår, både av økonomiske og tidsmessige hensyn, at registrering av meldinger fra politiet, samt av opplysninger fra gjennomføring av møter med personene det gjelder, inntil videre gjøres i dagens arkiv- og journalsystemer i helse- og omsorgstjenesten. Det forventes at adekvat beskyttelse av personopplysninger og muligheter for adgangsbegrensning i tilstrekkelig grad ligger i systemene kommunene benytter per i dag.

Utvalget foreslår at det på sikt, både av hensyn til personvern og muligheten for uttrekk av statistikk til evaluering og forskning, etableres egne moduler eller funksjonalitet i journalsystemene. Dette kan ses i sammenheng med utviklingen av kommunalt pasientregister (KPR) og utvikling av elektronisk journal i kommunal sektor som er en del av ansvarsområdet til Direktoratet for e-helse. Kostnadene vil avhenge av den valgte funksjonalitet, antall systemer som berøres og fleksibiliteten i systemene som etableres for helsetjenesten ellers. Utvikling av ny enhetlig elektronisk journal i kommunal sektor vil ta tid og medføre betydelige kostnader, men det er ikke kjent hva en tilrettelegging for de her nevnte behov vil innebære (Akson har er foreløpig budsjett på 11 milliarder kroner og flere års innføringstid).

1.6 Konsekvenser for kommunene

Etablering og drift av rådgivende enhet for narkotikasaker

Kjernen i Rusreformutvalgets forslag til modell for avkriminalisering innebærer etablering av rådgivende enheter for narkotikasaker i kommunene. En del kommuner vil trolig inngå interkommunale samarbeid om etablering og drift av enheten, mens det i de største byene trolig vil etableres enheter på bydelsnivå. En organisering på tvers av avdelinger, der personell som inngår i enheten kan ha sin primære tilhørighet i andre deler av tjenestene, kan være en hensiktsmessig løsning for noen kommuner. Dette kan trolig spesielt være aktuelt for små kommuner hvor det ikke forventes mange saker til behandling. Mange kommuner har imidlertid en egen rustjeneste eller felles rus- og psykisk helsetjeneste, og utvalget legger til grunn at kommunene vil vurdere hvorvidt den rådgivende enheten kan forankres innenfor en slik organisering. Dersom antall enheter tilsvarer antallet kommuner i Norge etter kommunesammenslåingen 1. januar 2020 vil dette utgjøre om lag 356 enheter, med et svært varierende antall saker.

Personer kan bli ilagt møteplikt for enheten av politiet dersom det avdekkes bruk eller innehav av illegale rusmidler til egen bruk. Melding om oppmøteplikt rettes til leder for rådgivende enhet for narkotikasaker. Med tanke på at det bør være kort responstid på meldingene legges det opp til at det etableres et system med stedfortrederansvar, slik at meldingen blir håndtert uten opphold.

Etableringen av rådgivende enheter vil innebære kostnader knyttet til blant annet oppretting av enhetene, forankrings- og informasjonsarbeid, samt opplæring av ansatte. Dersom alle som ansettes i/tilknyttes enhetene bruker to dagsverk på å gjennomføre opplæring og hver av enhetene i snitt har 10 personer (to personer innenfor hvert fagområde, slik at stedfortrederansvar ivaretas) som er tilknyttet enheten, innebærer dette at

⁷ Se UNODC og WHO, "International Standards on Drug Use Prevention", 2018 (second updated edition). Organisasjonenes anbefaling av "brief interventions" for ungdom og voksne, og kunnskapsgrunnlaget for dette, er omtalt på s. 34–36.

opplæring i etableringsfasen tilsvarer 30 – 40 årsverk. Med en gjennomsnittlig årsverkskostnad på 1 million kroner⁸, gir dette en samlet kostnad på 30 – 40 millioner kroner.

Det vil være betydelig variasjon i antall saker som behandles ved de ulike enhetene, og antall saker vil også avhenge av hva de endelige mengdegrensene for avkriminalisert innehav blir. Personene som er ansatt i enheten vil ha arbeidsoppgaver knyttet til forberedelser, gjennomføring og oppfølging av personer som er ilagt møteplikt, tverrfaglige diskusjoner og faglig oppdatering. Det er derfor stor usikkerhet knyttet til hvor stor arbeidsmengde som vil legges ned ved hver enhet; dersom den totale arbeidsmengden tilsvarer mellom 0,5 og 2 årsverk, innebærer dette at det hvert år vil gå med mellom 200 og 700 årsverk i kommunene til drift av enhetene, avhengig av utbredelse.

Årsverkskostnaden for de som er tilknyttet enhetene vil variere. Med en årsverkskostnad på 1 million kroner inkludert sosiale kostnader, vil de samlede kostnadene for drift av enhetene forventes å være på mellom 200 og 700 millioner årlig. Hele eller deler av dette arbeidet kan løses innenfor rammene av allerede eksisterende organiseringer.

Lokalt informasjonsarbeid

For å sikre at samarbeidende enheter har tilstrekkelig informasjon om de rådgivende enhetene, vil det særlig i en startfase være behov for informasjons- og forankringsarbeid lokalt. Dette omfatter blant annet sosialtjenesten, barnevernet, skolen og politiet. Dersom hver kommune bruker 1-2 ukesverk på dette arbeidet, utgjør dette mellom 8 og 16 årsverk for kommunene samlet sett. Dette tilsvarer en kostnad på mellom 8 og 16 millioner kroner. Hele eller deler av dette arbeidet kan løses innenfor rammene av allerede eksisterende organiseringer.

System for melding fra politiet til bruker og kommunen

Utvalget forutsetter at det etableres et system for hvordan narkotikaovertrедelser som omfattes av avkriminaliseringen skal meldes fra politiet til kommunen. Per i dag sender politiet fysiske brev til kommunene. For disse sakene vil det måtte fylles ut et skjema som sendes per post. I fremtiden kan sikre digitale løsninger være et alternativ.

Til innbyggerne bruker flere enn 400 kommuner i dag tjenesten SvarUt som er en digital løsning som tilfredsstillende gjeldende lover og regler for sikker digital post⁹. SvarUt-tjenesten formidler post gjennom e-Boks, Digipost og Altinn. Personer som ikke åpner posten i Altinn i løpet av 40 timer innenfor virkedager (altså ikke lørdag og søndag), får dette ettersendt som brevpost. Dette innebærer at kommunene kan få noe økte kostnader knyttet til utsending av brev. Dersom hver utsending koster 25 kroner og det årlig blir sendt ut 10 000 brev, gir dette en samlet kostnad på 250 000 kroner. Ettersom tilnærmet alle kommuner har SvarUt, vil det trolig ikke være andre vesentlige kostnadsøkninger knyttet til et slikt system.

Primærhelsetjenesten

Dersom en stor andel av personene som blir ilagt oppmøteplikt blir henvist til fastlegen eller andre kommunale helse- og sosialtjenestetilbud, kan dette medføre en økt belastning for primærhelsetjenesten. Samtidig kan dette i noen tilfeller ha en preventiv effekt og dermed hindre et stort behov for helse- og sosialtjenester på et senere tidspunkt. Dersom avkriminaliseringen fører til endret bruk av illegale rusmidler, kan dette også gi en endret belastning for primærhelsetjenesten.

Med dagens håndheving av regelverket for bruk av illegale rusmidler, er de totale kostnadene ved påtaleunntatelse i form av ruskontrakt i størrelsesordenen 10,4 – 27,0 millioner kroner per år¹⁰. Etter avkriminaliseringen kan ruskontrakt ikke lenger anvendes som reaksjon på bruk og innehav av narkotika. Ruskontrakt kan imidlertid benyttes overfor personer som har begått annen kriminalitet hvor påtaleunntatelse kan benyttes og hvor politiet vil kontrollere for narkotikabruk. Om en person på frivillig grunnlag ønsker å avlevere urinprøver som ledd i en oppfølging av narkotikabruk, så kan vedkommende gjøre det, men da ikke som ruskontrakt slik ordningen fungerer i dag. Dette innebærer at kostnadene knyttet til ruskontrakter trolig bortfaller i stor grad¹¹.

⁸ Årsverkskostnaden legger til grunn en gjennomsnittlig årssinntekt på 700 000 kroner for relevante fagpersoner, tillagt 40 prosent for sosiale kostnader mv.

⁹ <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/svar-inn-og-svar-ut/25-millioner-forsendelser-i-svarut/>

¹⁰ Oslo Economics (2019) Kostnader knyttet til regulering av illegale rusmidler til egen bruk og håndhevingen av den eksisterende kontrollpolitikken. Utredning for Rusreformutvalget ved Helse- og omsorgsdepartementet.

¹¹ Ruskontrakter med rettslig press blir borte, men kan bestå som et frivillig tilbud.

1.7 Spesialisthelsetjenesten

Når det gjelder spesialisthelsetjenesten utgjorde de totale kostnadene for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2016 5,3 milliarder kroner¹². Dersom utvalgets forslag til ny modell for håndtering av bruk og innehav av narkotika fører flere henvisninger til spesialisthelsetjenesten, kan dette medføre økt belastning og økte kostnader for spesialisthelsetjenesten. Samtidig kan råd, veiledning og henvisning fra enheten gjøre at noen personer får hjelp av helsetjenesten raskere enn de ellers ville gjort, og tidlig intervensjon og behandling kan bidra til at man unngår dyre behandlinger på et senere tidspunkt. Nettoeffekten er derfor uklar.

1.8 Konsekvenser for politi

Selv med en avkriminalisering vil politiet fortsatt måtte reagere overfor personer som bruker illegale rusmidler. Dersom mengden rusmidler som personen besitter omfattes av avkriminaliseringen, vil politiet etter rusreformen ikke anmelde forholdet, men sende en melding til kommunen om pålegg om oppmøteplikt for rådgivende enhet. De fleste anmeldelsene knyttet til narkotikalovbrudd innebærer i dag etterarbeid av en påtalejurist, i hovedsak knyttet til utskrivning av forelegg. Dersom 17 000 av anmeldelsene som i dag gjelder forhold som vil bli avkriminalisert¹³, vil dette arbeidet bortfalle. Kostnaden for en arbeidstime for en påtalejurist er om lag 800 kroner, og inkludert et påslag på 20 prosent for å ta høyde for sykefravær, interntid, opplæring med videre blir kostnaden 960 kroner per time¹⁴. Samlet sett kan bortfallet av arbeidet for påtalejuristen gi en besparelse på om lag 16 millioner kroner. Det er ikke grunn til å tro at arbeidsmengden for politiet for øvrig vil bli vesentlig forandret som følge av avkriminaliseringen. Ettersom det foreløpig ikke er avklart hva som vil være mengdegrensene for avkriminalisert innehav til egen bruk, er antall saker der dette arbeidet bortfaller usikkert. Dersom avkriminaliseringen fører til økt bruk av narkotika, for eksempel fordi noen oppfatter avkriminaliseringen som en legalisering, kan dette føre til en økt arbeidsmengde for politiet.

En del av politiets kostnader knyttet til bruk og innehav av illegale rusmidler kommer fra tilstedeværelse i åpne miljøer, samt 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 de åpne 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.

For mindre narkotikaovertrедelser er bøtelegging en vanlig straffereaksjon. Den samlede verdien av disse bøtene er beregnet til å være 32,7 millioner kroner årlig⁵. De faktiske bøteinntektene er trolig noe lavere, da en del som idømmes bøtestraff ikke er i stand til å betale. En stor andel av disse inntektene vil bortfalle ved en avkriminalisering. På den annen side vil kostnader knyttet til inndrivelse av bøtene, herunder arbeid ved Statens innkrevingsentral og rettslige skritt knyttet til inndrivelsen, bortfalle.

1.9 Konsekvenser for domstolene

I de fleste tilfeller hvor noen blir tatt for bruk eller innehav av illegale rusmidler til egen bruk, vil påtalemyndighetenes reaksjon være å skrive ut et forelegg. I de tilfellene hvor påtalemyndighetene velger å gå til retten, er dette vanligvis fordi saken inngår i et sakskompleks med flere andre saker. Det er grunn til å tro at kostnadene derfor vil være uendret eller mulig noe lavere dersom antall saker som gjelder bruk og innehav av narkotika reduseres. Det er liten grunn til å tro at kostnadene for domstolene vil endres som følge av avkriminaliseringen.

De fleste som sitter i fengsel for bruk og innehav av narkotika er dømt for et sakskompleks bestående av flere overtrедelser. Det er derfor ikke grunn til å tro at antall fengselsdøgn vil bli påvirket i vesentlig grad, ettersom saker som kun handler om bruk og innehav i praksis ikke synes å bli tatt til retten. Antall soninger for

1.10 Konsekvenser for kriminalomsorgen

I de fleste tilfellene hvor noen idømmes fengselsstraff for bruk eller innehav av illegale rusmidler til egen bruk, inngår saken i et sakskompleks bestående av flere saker. Antall fengselsdøgn knyttet til slike narkotikalovbrudd

¹² Helsedirektoratet, 2017. Kostnader i spesialisthelsetjenesten. Analysenotat 17/17 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten., Trondheim: Helsedirektoratet

¹³ Antall saker som gjelder brudd på Legemiddeloven §31 utgjorde i 2018 om lag 17 000 saker.

¹⁴ Oslo Economics (2019) Kostnader knyttet til regulering av illegale rusmidler til egen bruk og håndhevingen av den eksisterende kontrollpolitikken. Utredning for Rusreformutvalget ved Helse- og omsorgsdepartementet.

isolert sett synes å være begrenset, og det er derfor ikke grunn til å tro at bortfallet av disse fengselsdøgnene til vil utgjøre en vesentlig endring.

Bortfall av soning av subsidiær fengselsstraff kan medføre en reduksjon i antall fengselsdøgn som sones for bruk og innehav av narkotika til egen bruk. Forelegg er den vanligste reaksjonen når noen blir tatt for bruk og innehav av narkotika til egen bruk, og det blir utmålt en subsidiær fengselsstraff som den botlagte må sone dersom boten ikke lar seg inndrive. Eksempelvis kan et forelegg på 1500 kr tilsvare tre dager i fengsel. Disse fengselsdøgnene kan bortfalle ved innføringen av en ny modell for håndtering av bruk og innehav av narkotika. Det synes ikke å foreligge statistikk om antallet fengselsdøgn som sones som subsidiær fengselsstraff for bruk eller innehav av illegale rusmidler, men et regneeksempel kan illustrere den mulige effekten av bortfall av subsidiær fengselsstraff for disse sakene. I 2017 ble 4 730 personer ilagt bøtestraff for brudd på legemiddeloven knyttet til illegale rusmidler. Gjennomsnittlig bøtestraff for disse sakene var 3 310 kroner¹⁵. Dersom den subsidiære straffen er ekvivalent med 500 kroner per døgn, blir den gjennomsnittlige subsidiære fengselsstraffen for disse sakene 6,6 døgn. Dersom man som et lavt anslag legger til grunn at 0,5 prosent av personene som ble ilagt en bøtestraff ikke betaler og derfor må sone den subsidiære fengselsstraffen, innebærer dette at 24 personer må sone 157 døgn i fengsel¹⁶. Dette tilsvarer 0,4 år, eller 0,4 fullt utnyttede fengselsplasser. Dersom man som et høyt anslag legger til grunn at 6 prosent av personene som ble ilagt en bøtestraff må sone den subsidiære fengselsstraffen, innebærer dette at 284 personer må sone 1880 døgn i fengsel. Dette tilsvarer 5,2 år, eller 5,2 fullt utnyttede fengselsplasser.

Straffeforfølgning kan føre til yrkesrestriksjoner som følge av dom, herunder en rekke yrker som krever plettfri vandel (f.eks. politi). En ny modell for håndtering av bruk og innehav av narkotika kan føre til at personer som med dagens lovgivning ville blitt straffeforfulgt unngår dette etter avkriminaliseringen. Dette innebærer videre at personer som under dagens lovgivning risikerer å miste jobben som en konsekvens av straffeforfølgelse, ikke lenger risikerer dette. En mulig virkning er derfor at avkriminaliseringen kan gi økt deltakelse i arbeidslivet.

Narkotikabruk medfører kriminalitet i form av andre lovbrudd for å finansiere rusmidlene (f.eks. vinningskriminalitet) og lovbrudd som skyldes ordensforstyrrelser som følge av narkotikabruken. Risiko for straffeforfølgning kan innvirke på voldsnivået i narkotikamiljøene, ettersom politincærvær virker voldsforebyggende. Det er vanskelig å forutsi hvordan den narkotikarelaterte kriminaliteten vil bli påvirket av avkriminalisering, men det kan for eksempel tenkes at færre vil være involvert i salg eller alvorlig narkotikakriminalitet.

Ved en avkriminalisering etter foreslått modell kan narkotikabrukeres reisetid i forbindelse med straffeforfølgning reduseres dersom enheten etableres lokalt. Dette vil gjelde for brukere som med dagens lovgivning ville ha møtt i domstolene. For brukere som med dagens lovgivning ville mottatt et forelegg, derimot, medfører ordningen økt reisetid ved at de nå må møte opp fysisk i kommunen. Geografiske forhold, herunder lange avstander mellom deler av kommunen og administrative sentra, kan medføre at fysisk oppmøte for den rådgivende enheten kan være praktisk vanskelig å gjennomføre. Teknologiske løsninger som allerede er tatt i bruk innen helsetjenestene i deler av landet og kan muliggjøre oppfyllelse av oppmøteplikten uten fysisk tilstedeværelse ved rådgivningsenhetens kontor. Dette kan bidra til å redusere reisetiden i en del tilfeller. Uavhengig av om møtet gjennomføres ved eller utenfor kontor, medfører deltakelse i møtene en tidskostnad. Ettersom de fleste av sakene som i dag gjelder bruk og innehav til egen bruk er enklere saker som resulterer i forelegg, vil den samlede effekten av avkriminalisering trolig innebære noe økt reisetid og dermed økt produksjonstap.

¹⁵ SSB tabell 10651

¹⁶ I 2017 var det totalt 807 nyinnsettelse for bøtesoning (SSB tabell 10536). Det er i statistikken ikke oppgitt lovbruddstype for disse. Dersom 47 av disse sakene gjaldt bruk og innehav av narkotika til eget bruk, tilsvarer det en andel på tre prosent av alle nyinnsettelse. Dersom 142 av disse sakene gjaldt bruk og innehav av narkotika til eget bruk, tilsvarer det en andel på 18 prosent av alle nyinnsettelse.