



DET KONGELEGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 50 L

(2025–2026)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringar i brukerromsloven og
helse- og omsorgstjenesteloven
(målgruppe, driftsavtale og unntak frå
krava til brukarromlokala)

Innhald

1	Hovudinnhaldet i proposisjonen	5	5	Heimel for å gjere unntak frå krava til lokala til brukarrom ...	19
			5.1	Innleiing	19
2	Bakgrunnen for lovforslaget	7	5.2	Gjeldande rett	19
2.1	Høyringsnotatet	7	5.3	Forslaget i høyringsnotatet	19
2.2	Høyringsinstansane	7	5.4	Høyringsinstansane sitt syn	19
2.3	Høyringssvara	11	5.5	Departementet sine vurderingar ...	22
3	Narkotikakonvensjonane og andre folkerettslege forpliktingar osv.	12	6	Oppheving av kravet om at kommunen sjølv må drive brukarrom	24
3.1	Narkotikakonvensjonane	12	6.1	Gjeldande rett	24
3.2	Menneskerettar og internasjonale tilrådingar	13	6.2	Forslaget i høyringsnotatet	24
			6.3	Høyringsinstansane sitt syn	24
			6.4	Departementet sine vurderingar ...	27
4	Endringar i formålsparagrafen (målgruppe og inntaksmåtar) ...	15	7	Rådgivande eining for russaker og ruskontroll	29
4.1	Innleiing	15			
4.2	Gjeldande rett	15	8	Økonomiske og administrative konsekvensar	30
4.3	Forslaga i høyringsnotatet	15			
4.4	Høyringsinstansane sitt syn	15	9	Merknader til dei enkelte paragrafane i lovforslaget	31
4.4.1	Generelle kommentarar	15	9.1	Til endringane i brukerromsloven	31
4.4.2	Endringar i målgruppa for ordninga – «langvarig narkotika-avhengighet»	15	9.2	Til endringa i helseforetaksloven ...	32
4.4.3	Likestilling av inntaksmåtar – «injisering av narkotika»	16	9.3	Til endringane i helse- og omsorgstjenesteloven	32
4.5	Departementet sine vurderingar	17			
4.5.1	Endringar i målgruppa for ordninga – «langvarig narkotika-avhengighet»	17		Forslag til lov om endringar i brukerromsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (målgruppe, driftsavtale og unntak frå krava til brukarromlokala)	33
4.5.2	Likestilling av inntaksmåtar – «injisering av narkotika»	18			



DET KONGELEGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 50 L

(2025–2026)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringar i brukerromsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (målgruppe, driftsavtale og unntak frå krava til brukarromlokala)

*Tilråding frå Helse- og omsorgsdepartementet 27. mars 2026,
godkjend i statsråd same dagen.
(Regjeringa Støre)*

1 Hovudinnhaldet i proposisjonen

Helse- og omsorgsdepartementet gjer i denne proposisjonen framlegg om endringar i brukerromsloven (lov om ordning med brukerrom for inntak av narkotika) og helse- og omsorgstjenesteloven (lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m). Formålet med endringane er at det skal bli enklare for kommunane å etablere brukarromordningar og at fleire personar med alvorlege rusmiddelproblem skal få tilgang til brukarrom.

Forslaga inngår som ein del av førebyggings- og behandlingsreforma for rusfeltet, jf. Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet – Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling*.

Kostnadane ved brukarromordningar som fyller alle krav i det gjeldande regelverket, kan truleg vera ein barriere for at fleire kommunar tilbyr brukarromordning, sjølv om behovet kan vere

til stades. Det er etablert to brukarromordningar i Noreg. Færre absolutte krav kan bidra til at fleire kommunar vel å etablere brukarromordningar og til at kommunar som Oslo og Bergen etablerer fleire brukarrom, eventuelt med differensierte tilbod til ulike målgrupper.

Departementet foreslår derfor heimel for å gjere unntak frå krava til brukarromlokala som er fastsett i brukerromsloven, slik at kommunane kan søke om unntak.

Det blir også foreslått ei endring i helse- og omsorgstjenesteloven slik at kommunane kan velje å inngå avtale om drift av brukarromordning med private aktørar, til dømes ideelle organisasjonar.

Vidare er det forslag om endringar i formålsføreseigna i brukerromsloven. Dette gjeld målgruppa for brukarromordninga og at regelverket skal likestille alle inntaksmåtar.

Høyringa omfatta forslag til endringar både i lov og forskrift. Nokre forskriftsendringar som ikkje avheng av lovendringar, blei vedtatt 20. juni 2025 og gjeld frå 1. juli 2025. Forskrift om ordning med brukerrom for inntak av narkotika (brukerromsforskriften) fekk heimel for å gjere unntak frå nokre av krava til innhaldet i tenestene og bemaninga. Det blei også gjort endringar i føresegnene om kva for narkotiske stoff ein kan innta i brukarrom ved at avgrensinga til stoff som blir injisert blei fjerna. Vidare blei det opna for at kommunane kan tilby rusmiddelanalyse i brukarromma. Endringane er omtalde i kongeleg resolusjon 20. juni 2025. Etter at lovforslaget er behandla, vil det bli ein eigen prosess med fastsetting av forskriftsendringar som er knytt til lovendringane.

Proposisjonen inneheld og ei endring i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9 c om rådgivande eining for russaker. Eininga skal ikkje lenger gjennomføre ruskontroll.

Oppfølging av forslag om å avvikle refusjon for laboratorieanalysar rekvirerte av heilprivate behandlarar

Når eit laboratorium har utført medisinske analysar rekvirert av helsepersonell, utbetaler staten aktivitetsbasert refusjon til både offentlege og private laboratorium. Korkje behandlarane eller pasientane betaler for analysane.

Helse- og omsorgsdepartementet sende 6. november 2025 på høyring forslag til endringar i

lov og forskrift om å avvikle refusjon for laboratorieanalysar når analysane er rekvirerte av heilprivate behandlarar som ikkje har avtale med det offentlege. Forslaget innebar innføring av eit vilkår om at laboratoriet berre skal ha rett til refusjon frå staten dersom helsepersonellet har rekvirert laboratorieanalysen som del av helsehjelp eller tannhelsetenester frå den offentlege helse- og omsorgstenesta. Den offentlege helse- og omsorgstenesta omfattar både det offentlege sjølv og private som gir tilbodet etter avtale med regionalt helseføretak, kommune, staten eller fylkeskommune. Helseføretaka skulle framleis ha høve til å tilby analysane til heilprivate mot full betaling. Forslaget var ei oppfølging av forslag i Prop. 1 S (2025–2026) Helse- og omsorgsdepartementet. Opplegget blei vedteke av Stortinget 15. desember med ei innsparing på 292 mill. kroner (årsverknad 432 mill. kroner) forutsett iverksetting 1. mai d.å.

Det er viktig å prioritere den offentlege helse- og omsorgstenesta, men høyringa viste at det er nødvendig å sjå meir heilskapleg på korleis den offentlege dekninga av analysar kan gjerast meir effektiv og målretta. Høyringa viste også at det ville vere tidkrevjande å få på plass dei administrative løysingane for at sjukehuslaboratoria kan ta betaling for analysane. Regjeringa har derfor tatt ei avgjerd om ikkje å gå vidare med forslaget no. Regjeringa vil kome tilbake med forslag til inndekning av 292 mill. kroner i revidert nasjonalbudsjett.

2 Bakgrunnen for lovforslaget

2.1 Høyringsnotatet

Eit høyringsnotat med forslag til endringar i lov og forskrift om ordning med brukarrom for inntak av narkotika og i helse- og omsorgstjenesteloven blei sendt på alminneleg høyring 14. mars 2025. Høyringsfristen var delt. For nokre av forslaga til endringar i forskrifta var fristen 5. juni. For forslaga til lovendringar og tilhørande forskriftsendringar var fristen 16. juni 2025.

Forslaga til lovendringar gjeld utviding av målgruppa for brukarrom, likestilling av alle inntaksmåtar, heimel for å gjere unntak frå nokre av krava til brukarromlokala, og høve for kommunen til å inngå driftsavtale med private aktørar om å drive brukarrom.

Om forskriftsendringar som ble satt i kraft 1. juli 2025, sjå punkt 1.

2.2 Høyringsinstansane

Høyringsnotatet blei sendt til følgande instansar:

Departementa

Arbeid- og velferdsdirektoratet

Arkivverket

Barneombodet

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

Bioteknologirådet

Datatilsynet

Dei regionale komitéane for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk (REK)

Dei regionale kompetansesentera for rusfeltet (KORUS)

Dei regionale ressursentera om vald, traumatisk stress og sjølvmoedsførebygging (RVTS)

Den nasjonale forskningsetiske komitéen for medisin og helsefag (NEM)

Den rettsmedisinske kommisjonen

Digitaliseringsdirektoratet

Direktoratet for medisinske produkt

Direktoratet for strålevern og atomtryggleik

Diskrimineringsnemnda

Folkehelseinstituttet

Forbrukartilsynet

Forbrukarrådet

Helfo

Helsedirektoratet

Helsepersonellnemnda

Høgskolar med helsefagleg utdanning

Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo (Helsam)

Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU

Konkurransetilsynet

Kontrollkommisjonane for psykisk helsevern

Kriminalomsorgen

Likestillings- og diskrimineringsombodet

Nasjonalt klageorgan for helsetenesta (Helseklage)

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU)

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

Nasjonalt senter for stamcelleforskning

NOKUT (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanninga)

Noregs forskingsråd

Norsk pasientskadeerstatning (NPE)

Pasient- og brukaromboda

Personvernemnda

Politidirektoratet

Regelrådet

Regionsentera for barn og unges psykiske helse (RBUP)

Regjeringsadvokaten

Riksadvokaten

Rådet for eit aldersvennleg Noreg

Senteret for eit aldersvennleg Noreg

Senter for rus- og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo (SERAF)

Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo (SME)

Senter for omsorgsforskning

Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør

Statens havarikommisjon

Statens helsetilsyn

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom)

Statistisk sentralbyrå (SSB)	Aurora – støtteforening for mennesker med psykiske helseproblemer
Statsforvaltarane	Autismeforeningen i Norge
Sysselmeisteren på Svalbard	Barn av rusmisbrukere – BAR
Teknologirådet	Barnekreftforeningen
Universiteta	Bedriftsforbundet
Utviklingssentera for sjukeheimar og heimetenester	Bikuben – regionalt brukerstyrt senter
Noregs institusjon for menneskerettar (NIM)	Bipolarforeningen
Riksrevisjonen	Blå Kors
Sametinget	Blå Kors klinikk Skien Buddhistforbundet
Sivilombodet	CGM (Compugroup Medical Norway AS)
Dei fylkeskommunale eldreråda	Colosseumklinikken AS tannlege
Dei fylkeskommunale råda for personar med funksjonsnedsetting	Dei private sjukehusa
Fylkeskommunane	Dedicare
Kommunane	Delta
Pasient- og brukarombudet i Oslo og Akershus, Sosial- og eldreombudet i Oslo	Den norske Advokatforening
Dei regionale helseføretaka	Den norske Dommerforening
Helseføretaka	Den Norske Jordmorforening
Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende – BarnsBeste	Den norske legeforening
Nasjonalt kompetansetjeneste for utviklingshemning og psykisk helse	Den norske tannlegeforening
Nasjonalt senter for aldring og helse	Det Hjelper
Nasjonalt senter for e-helseforskning	Diabetesforbundet
Nasjonalt senter for prehospital akuttmedisin (NAKOS)	DIPS ASA
Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser (NSSD)	DNT – edru livsstil
Norsk helsenett SF	Erfaringssentrum
Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)	Europharma AS
ACOS AS	Fagforbundet
Actis	Familieklubbene i Norge
ADHD Norge	Fana medisinske senter
Akademikerne	Farma Holding
A-larm bruker- og pårørendeorganisasjon for åpenhet om rus og behandling	Fellesorganisasjonen (FO)
Aleris Helse AS	Finans Norge
Alliance Healthcare Norge Apotekdrift AS	FMR Felleskap – Menneskeverd – Rusfrihet
Alliance Healthcare Norge AS	Foreningen for blødere i Norge
Allmennlegeforeningen	Foreningen for hjertesyke barn
Amnesty International Norge	Foreningen for human narkotikapolitikk
Anonyme alkoholikere	Foreningen for kroniske smertepasienter
ANSA (Association of Norwegian Students Abroad)	Foreningen for Muskelsyke
Apotek 1 Gruppen AS	Foreningen ME-foreldrene
Apotekforeningen	Foreningen Norges Døvblinde (FNDB)
Apotekgruppen	Foreningen tryggere ruspolitikk
Arbeiderbevegelsens rus- og sosialpolitiske forbund	Foreningen vi som har et barn for lite
	Forskerforbundet
	Forskningsstiftelsen FAFO
	Frambu
	Frelsesarmeen
	Frivillighet Norge
	Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
	Fürst medisinske laboratorium AS
	Gatejuristen
	Helseutvalget
	HIV-Norge
	Hjernerådet
	Hvite Ørn – interesse- og brukerorganisasjon for psykisk helse

Hørselshemmedes Landsforbund	Likestillingssenteret
IKT Norge	LISA-gruppene
Infodoc	MA – Rusfri Trafikk
Informasjonssenteret Hieronimus	Marborg
Institutt for aktiv psykoterapi (IAP)	Matmerk
Institutt for barne- og ungdomspsykoterapi	Mental Helse Norge
Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi	Mental Helse Ungdom
Institutt for mentalisering	MIRA-senteret
Institutt for psykoterapi	MS – forbundet
Institutt for samfunnsforskning	Munn- og halskreftforeningen
IOGT Norge	NA – Anonyme Narkomane
IRIS	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Ivareta – Pårørende berørt av rus	Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse
Ja, det nytter	NORCE Norwegian Research Center AS
Junior- og barneorganisasjonen JUBA	Norges Astma- og Allergiforbund
JURK	Norges Blindeforbund
Juss-Buss	Norges Døveforbund
Jussformidlingen	Norges Farmaceutiske Forening
Jusshjelpe	Norges Fibromyalgi Forbund
Juvente	Norges Handikapforbund
Kirkens bymisjon	Norges ingeniør og teknologiorganisasjon/ Bioingeniørfaglig institutt (NITO/BFI)
Kliniske ernæringsfysiologers forening	Norges Juristforbund
Kommunalbanken	Norges kommunerevisorforbund
Kommunal landspensjonskasse	Norges kristelige legeförening
Kompetansesenter for brukererfaring og tjeneste- utvikling (KBT)	Norges Kristne Råd
Kreftforeningen	Norges kvinne- og familieförbund
KS – Kommunesektorens organisasjon	Norges Parkinsonforbund
Kunnskapssenter for lengre arbeidsliv	Norges Tannteknikerforbund
Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende (LUPE)	Norlandia
Landsforeningen 1001 dager – mental helse under graviditet og etter fødsel	Normal Norge
Landsforeningen Alopecia Areata	Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening
Landsforeningen for etterlatte ved selvmord – LEVE	Norsk Biotekforum
LHL	Norsk Cøliakiförening
LHL Hjerneslag og Afasi	Norsk Epilepsiförbund
Landsforeningen for Huntingtons sykdom	Norsk Ergoterapeutforbund
Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte	Norsk Farmasøytisk Selskap
Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse	Norsk Forbund for Osteopatisk Medisin
Landsforeningen for slagrammede	Norsk Forbund for psykoterapi
Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer	Norsk Forbund for Svaksynte
Landsforeningen we shall overcome	Norsk Forbund for Utviklingshemmede
Landsgruppen av helsesykepleiere, NSF	Norsk Forening for barn og unges psykiske helse (N-BUP)
Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere	Norsk Forening for cystisk fibrose
Landslaget for rusfri oppvekst	Norsk Forening for Ernæringsvitenskap
Landsorganisasjonen i Norge (LO)	Norsk Forening for Helse- og Treningsfysiologer (NFHT)
Legeföreningens forskningsinstitutt	Norsk forening for infeksjonsmedisin
Legemiddelgrossistforeningen	Norsk forening for kognitiv terapi
Legemiddelindustrien	Norsk Forening for nevrofibromatose
Legemiddelparallelimportörforeningen	Norsk forening for palliativ medisin
Legestudentenes rusopplysning	Norsk Forening for Psykisk Helsearbeid
	Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)

Norsk forening for slagrammede	Pårørendesenteret
Norsk Forening for Tuberøs Sklerose	Rettspolitisk forening
Norsk Forum for terapeutiske samfunn	ROM – Råd og muligheter
Norsk Fysioterapeutforbund	ROS – Rådgivning om spiseforstyrrelser
Norsk Førstehjelpsråd	Rusfeltets hovedorganisasjon
Norsk Gestaltterapeut forening	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
Norsk gynekologisk forening	Ryggforeningen i Norge
Norsk Helsesekretærforbund	Ryggmargsbrokk og hydrocephalusforeningen
Norsk Immunsviktförening	Røde Kors
Norsk Intravenøs Forening	Rådet for psykisk helse
Norsk karakteranalytisk institutt	Sagatun brukerstyrt senter
Norsk Kiropraktorforening	Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO)
Norsk legemiddelhandbok	Selvhjelpsstiftelsen
Norsk Logopedlag	Senior Norge
Norsk Manuellterapeutforening	Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (SEPREP)
Norsk Medisinaldepot AS	SINTEF
Norsk OCD forening, ANANKE	Skeiv ungdom
Norsk ortoptisters forening	Spekter
Norsk Osteopatforbund	Spillavhengighet Norge
Norsk Osteoporoseforening	Spiseforstyrrelsesforeningen
Norsk paramedicforening	Stabburshella bruker- og pårørendeforum og værested
Norsk Presseforbund	Statstjenestemannsforbundet
Norsk Psoriasis Forbund	Stiftelsen Albatrossen ettervernsenter
Norsk Psykiatrisk Forening	Stiftelsen Angstringen Norge (ARN)
Norsk Psychoanalytisk Forening	Stiftelsen Dam
Norsk Psykologforening	Stiftelsen Det er mitt valg
Norsk Radiografforbund	Stiftelsen Fransiskushjelpen
Norsk Revmatikerforbund	Stiftelsen Golden Colombia
Norsk selskap for ernæring	Stiftelsen Institutt for spiseforstyrrelser
Norsk sykehus- og helsetjenesteforening (NSH)	Stiftelsen iOmsorg
Norsk sykepleierforbund	Stiftelsen Kraft
Norsk Tannhelsesekretærers Forbund	Stiftelsen Menneskerettighetshuset
Norsk Tannpleierforening	Stiftelsen Norsk Luftambulanse
Norsk Tjenestemannslag (NTL)	Stiftelsen Organdonasjon
Norsk Tourette Forening	Stiftelsen Phoenix Haga
Norske Fotterapeuters Forbund	Stiftelsen Pilar
Norske Homeopaters Landsforbund	Stiftelsen Pinsevennenes evangeliesentre
Norske Kvinners Sanitetsforening	Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
Norske Ortoptister forening	Stiftelsen Pårørendesenteret
Norske Sykehusfarmasøyters Forening	Stiftelsen Verdighetssenteret – omsorg for gamle
NUPI	Stoffskifteforbundet
Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)	Tannleger i privat sektor TiPS
Omsorgsjuss	Tekna
Optikerbransjen	Turner Syndrom foreningen i Norge
Organisasjonen Voksne for Barn	Tyrili Utvikling og prosjekt – stiftelse
Oslo amatørbyggerlaug	Ungdom mot narkotika – UMN
Parat Helse	Ung i Trafikk
Pasientskadeforeningen	Unio
Pensjonistforbundet	Universitets- og høyskolerådet
Personskadeforbundet	Utdanningsforbundet
Prima Omsorg	Velferdsforskningsinstituttet NOVA
Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund	Vestlandske Blindeforbund
proLAR	
Psykiatriliansen BIL	
Pårørendealliansen	

Virke
 Visma
 Volvat Medisinske Senter AS
 Vårres regionalt brukerstyrt senter Midt-Norge
 Yngre legers forening
 Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)

2.3 Høyringssvara

Departementet fekk høyringssvar frå i alt 57 instansar, og 47 av desse hadde merknader til forslaga. På grunn av den delte høyringsfristen sende nokre instansar to svar.

Følgande 45 instansar uttalte seg om forslaga til lovendringar:

Dei regionale kompetansesentera for rusfeltet (KORUS)
 Diskrimineringsnemnda
 Helsedirektoratet
 Pasient- og brukerombodet
 Politidirektoratet
 Riksadvokaten

Noregs institusjon for menneskerettar

Bergen kommune
 Fredrikstad kommune
 Kristiansand kommune
 Oslo kommune
 Porsgrunn kommune
 Stavanger kommune
 Tromsø kommune
 Trondheim kommune

Helse Midt-Norge RHF
 Helse Sør-Øst RHF
 Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus HF
 Regionalt fagledernetverk for TSB Midt Norge

Actis
 ADHD Norge
 Autismeforeningen i Norge
 Blå Kors
 Det Hjelper
 Fagforbundet

FMR Fellesskap–Menneskeverd–Rusfrihet
 Foreningen for human ruspolitikk
 Foreningen Tryggere Ruspolitikk
 FØL Norge (For Økt Levestandard)
 IOGT i Norge
 KROM – Forening for kriminalreform i Norge
 Norges Farmaceutiske Forening
 Norges Fibromyalgi Forbund
 Norges Politilederslag
 Norsk narkotikaforebyggende forening
 Norsk Paramedisinforening
 Norsk Sykepleierforbund
 Preventio
 proLAR
 Rio Agder
 Rusfeltets hovedorganisasjon
 Senior Norge
 Stiftelsen Kirkens Bymisjon
 Tryggere Ungdom
 Vid vitenskapelige høyskole

Følgande instansar kommenterte berre forslaga til forskriftsendringar:

FO
 Sentralt ungdomsråd

Følgande instansar svarte at dei ikkje hadde merknader til forslaga i høyringsnotatet:

Forsvarsdepartementet
 Justis- og beredskapsdepartementet

Folkehelseinstituttet
 Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør
 Statistisk sentralbyrå (SSB)

Arendal Kommune

Norsk Osteopatforbund
 Norsk Psykoanalytisk forening
 Norsk Tannpleierforening
 Stiftelsen Pilar

Departementet gjer greie for høyringsinstansane sine merknader til dei enkelte lovforslaga i punkt 4 til 6 i proposisjonen.

3 Narkotikakonvensjonane og andre folkerettslege forpliktingar osb.

3.1 Narkotikakonvensjonane

Dei sameinte nasjonane (FN) har vedtatt tre konvensjonar som særleg regulerer narkotika, frå no av kalla narkotikakonvensjonane. Noreg er part i dei tre konvensjonane og er folkerettsleg bunden av dei.

FN-konvensjonen av 1961 (The Single Convention on Narcotic Drugs, på norsk kalla Den alminnelige narkotikakonvensjon) regulerer stoff som er naturprodukt eller som er framstilt av slike produkt. Konvensjonen forpliktar statane til å ta dei lovmessige og administrative forholdsreglane som er nødvendige for at bruk og innehaving av narkotika skal avgrensast til medisinske og vit-skapelege formål. Statane skal ikkje tillate innehaving av narkotika utan heimel i lov, jf. artikkel 33. Forsettleg innehaving av narkotika skal gjerast straffbart, jf. artikkel 36.

FN-konvensjonen av 1971 (The Convention on Psychotropic Substances, på norsk kalla Konvensjon om psykotrope stoffer) regulerer kontrollen med dei syntetiske stoffa. Etter artikkel 7 er statane forplikta til å forby all bruk av nærare oppførte stoff, sett bort frå for vit-skapelege eller svært avgrensa medisinske formål.

FN-konvensjonen av 1988 (The Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, på norsk kalla De forente nasjoners konvensjon om ulovlig håndtering av og handel med narkotika og psykotrope stoffer) regulerer i første rekke ulovleg transport og handel med narkotika og tilverksingsstoffer (precursors). Etter artikkel 3 er statane forplikta til å sette straff for forsettleg innkjøp, innehaving, kjøp og sal av narkotiske stoff til personleg bruk, når stoffet stammar frå ulovleg handel. Konvensjonen stiller ikkje krav om at sjølv bruken av stoffet skal gjerast straffbart.

The International Narcotics Control Board (INCB) er FN's kontrollorgan for gjennomføringa av narkotikakonvensjonane og overvakar korleis statane overheld forpliktingane sine etter konvensjonane.

I proposisjonane om sprøyteromsloven og endringar i loven er det omfattande drøfting av

forholdet til FN's narkotikakonvensjonar. Bakgrunnen for dette var mellom anna at INCB kunne oppfattast slik at dei meinte at sprøyterom ikkje var i tråd med narkotikakonvensjonane.

Det har over tid skjedd ei utvikling i INCB's haldning til brukarromordningar. INCB skreiv i 2018:

«Supervised drug consumption rooms

1. In the last few years, the Board has noted developments in several States with respect to the establishment or continued operation of supervised drug consumption facilities or «drug injection rooms». The objective of these facilities has been to reduce the transmission of communicable blood-borne diseases, to prevent overdose death and to provide target populations with access to basic health care and social services, including treatment and rehabilitation opportunities.

2. In the past, the Board has expressed reservations concerning the operation of «drug consumption rooms» because of concerns that their operation may increase the risk of drug abuse and trafficking. The Board has also expressed unease at the provenance of the substances used in «drug consumption rooms», as they are or may have been illicitly obtained.

3. The Board encourages any national, state or local authority that permits the establishment and operation of «drug injection rooms» to take measures to ensure that such facilities do not provide an additional opportunity for trafficking and abuse of illicit drugs. As State parties to the international drug control conventions, Governments have an obligation to combat illicit drug trafficking in all its forms.

4. The Board wishes to reiterate that, in order for the operation of such facilities to be consistent with the international drug conventions, certain conditions must be fulfilled.

Chief among those conditions is that the ultimate objective of these measures is to

reduce the adverse consequences of drug abuse through treatment, rehabilitation and reintegration measures, without condoning or increasing drug abuse or encouraging drug trafficking. «Drug consumption rooms» must be operated within a framework that offers treatment and rehabilitation services as well as social reintegration measures, either directly or by active referral for access, and must not be a substitute for demand reduction programmes, in particular prevention and treatment activities.»

Om rusmiddelanalysetenester skreiv INCB i rapporten sin for 2023 mellom anna:

«37. People who use drugs share tips and dosing advice on various discussion forums. While this information-sharing reflects an increase in marketing, it can also strengthen efforts to reduce the adverse consequences of drug use. Drug-checking services can achieve a wider reach by using the Internet to communicate warnings. Such services analyse samples often provided by people who use «ecstasy» in connection with the electronic dance music scene. They can identify discrepancies between what people who use drugs think they are using and what they are actually consuming. The Internet provides a vehicle for rapidly sharing this information with other people using these substances. In cases where drugs are adulterated with dangerous substances or have unusually high potency, this information can save lives. Most people seeking information on a drug have never been in touch with drug-checking services before and may harbour a sceptical attitude towards warnings issued by official authorities. An additional benefit of drug-checking services is the identification of new psychoactive substances, which can then be communicated to authorities such as the European Union Early Warning System.
[...]

57. [...]

Drug-checking services are an example that constitutes a form of peer education, information-sharing and counselling, and can even contribute to early warning systems for new psychoactive substances. While those health and community responses have positive attributes, it is important to note that the objective of such measures should be to reduce the adverse consequences of non-medical drug use without condoning or encouraging drug trafficking.»

I konklusjonane sine (avsnitt 58) understrekar INCB at førebygging av narkotikabruk likevel må vere hovudmålet med tiltaka til statane.

Departementet forstår dermed INCB slik at det er akseptabelt å tilby brukarrom og rusmiddelanalysetenester såframt formålet er skadereduksjon og tiltaka ikkje fører til auka narkotikamisbruk eller -handel. Brukarrom må drivast innanfor rammer der det også blir tilbydd behandling og rehabiliteringstenester og tiltak for sosial reintegrering, anten direkte eller igjennom aktiv tilvising. Tiltaka må ikkje vere eit substitutt for førebyggingstiltak og behandlingstilbod.

3.2 Menneskerettar og internasjonale tilrådingar

Menneskerettane set grenser for kva inngrep styresmaktene kan gjere overfor personar, både i form av lovgiving som gjeld for alle og i form av konkrete inngrep overfor enkeltmenneske.

Blant menneskerettane er det særleg retten til helse som blir trekt fram i samband med rusmiddelbruk, men også retten til liv, retten til privatliv osv.

Med unntak av Barnekonvensjonen er det ingen av menneskerettskonvensjonane som nemner narkotika.

FNs internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12 er hovudføresegna om retten til helse i den internasjonale reguleringa. Retten til helse inneber mellom anna at statane har plikt til å sette i verk ulike former for tiltak av betydning for moglegheita befolkninga har til å ta vare på helsa. Brukarrom og rusmiddelanalysetenester er skadereduserande tiltak. Skadereduksjon blir framheva i mange internasjonale tilrådingar, særleg i samband med retten til helse, men ofte heilt generelt eller lite spesifisert og utan at brukarrom er nemnde.

ØSK-komitéen uttalte i 2020 i dei avsluttande kommentarane sine til Noregs sjette periodiske rapport:

«43. The Committee recommends that the State party decriminalize drug use and enhance the availability, accessibility and quality of harm reduction programmes and specialized health-care services available to drug users.»

WHO har mellom anna peikt på at skadereduserande tiltak er viktig også overfor personar som bruker narkotika på andre måtar enn injisering.

Noregs institusjon for menneskerettar (NIM) gav hausten 2022 ut rapporten *Rus og menneskerettigheter*. NIM omtaler ei rekke menneskerettslege spørsmål knytt til rusfeltet og viser til internasjonale tilrådingar. NIM oppsummerer slik:

«Samlet gir uttalelsene og anbefalingene et klart bilde av et skifte fra et straffeperspektiv over til et hjelpeperspektiv, og en rettighetsbasert tilnærming til ruspolitikk. Uttalelsene gir samlet sett uttrykk for at avkriminalisering av bruk og besittelse av narkotika og skadereduserende tiltak bidrar til å fremme menneskerettighetene, uten at avkriminalisering er et absolutt krav. Ifølge anbefalingene fremmer slike tiltak særlig retten til helse, barns rettigheter, rettigheter under strafferettspleien og forbudet mot diskriminering.»

Det blir framheva at eventuell avkriminalisering må følgast av alternative tiltak for å redusere skadar forbundne med rusmiddelbruk. NIM noterer at kva tiltak som bør setjast i verk eller korleis dei bør innrettast i lita grad blir utbroderte av FN-organa.

NIM uttaler i rapporten at det har skjedd ei positiv utvikling mellom anna med omsyn til auka tilgang til skadereduserande tiltak i Noreg, men uttaler seg ikkje spesielt om brukarrom.

Retten til helse er òg nedfelt i FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) artikkel 25. I rapporten sin *Du har ikkje noko her å gjere* frå 2024 legg NIM til grunn at CRPD kan vere relevant for personar med rusavhengigheit. NIM skriv i rapporten punkt 1:

«Det er imidlertid mye som taler for at rusavhengighet rettslig sett etter omstendighetene faller innenfor CRPDs definisjon av funksjonsnedsettelse, og dermed er omfattet av konvensjonens diskrimineringsvern.»

Etter departementet sitt syn er det ingen holdepunkter for at retten til helse eller andre menneskerettslege forpliktingar inneber ei plikt for statane til å tilby brukarrom. På den andre sida er det ikkje noko som tilseier at brukarrom er i strid med nokre av menneskerettane.

4 Endringar i formålsparagrafen (målgruppe og inntaksmåtar)

4.1 Innleiing

Departementet meiner utviklinga tilseier nokre endringar i kva for personkrins brukarromma skal vere tilgjengelege for. Det synest klart at fleire personar med alvorlege rusmiddelproblem enn dei som no har tilgang til brukarromma, kan ha nytte av slike ordningar. Det er også gode grunner for å likestille ulike inntaksmåtar i ordninga. Departementet foreslår derfor å gjere endringar i formålsparagrafen i brukerromsloven § 1, mellom anna av formuleringa av ordninga si målgruppe.

Under føresetnad av at Stortinget vedtek forslaga til endringar i formålsparagrafen, tar departementet sikte på å vedta tilhøyrande endringar i reglane om vilkår for å kunne bli registrert som brukar av ordninga i brukerromsforskriften.

4.2 Gjeldande rett

Formåla med brukarromordninga følger av brukerromsloven § 1 andre ledd. Eit av formåla er å bidra til auka verdigheit for «mennesker med langvarig narkotikaavhengighet».

Målgruppa for ordninga er nærmere regulert i brukerromsforskriften. Ein person har lovleg tilgang til tenestene i brukarromordninga når han eller ho er registrert som brukar av ordninga. For å bli registrert som brukar, må personen ha fylt 18 år og ha «langvarig narkotikaavhengighet og en helseskadelig injeksjonspraksis», jf. brukerromsforskriften § 1.

Personalet i brukarromordninga avgjer om kriteria for registrering er oppfylt. Leiaren av ordninga avgjer om ein person skal nektast registrering, jf. forskrifta § 2. Ei avgjerd om tilgang til tenestene eller bortvising frå brukarromordninga er ikkje enkeltvedtak etter forvaltningsloven, jf. brukerromsloven § 6 første ledd og brukerromsforskriften § 3 andre ledd.

Formålet om å bidra til auka verdigheit for målgruppa skal oppfyllest «ved å tilby hygieniske rammer for injisering av narkotika og motivere for mer skånsomme inntaksmåtar», jf. brukerromsloven § 1 andre ledd.

4.3 Forslaga i høyringsnotatet

I høyringsnotatet foreslo departementet endringar i formålsparagrafen i brukerromsloven § 1 andre ledd. Målgruppa blei endra frå «mennesker med langvarig narkotikaavhengighet» til «mennesker med helseskadelig og risikofylt bruk av narkotika».

Vidare foreslo departementet å likestille alle inntaksmåtar i brukarromordninga. Formålsparagrafen blei derfor foreslått endra slik at brukarromordninga skal bidra til auka verdigheit «ved å tilby hygieniske rammer for inntak av narkotika og motivere for mest mulig skånsomt inntak».

4.4 Høyringsinstansane sitt syn

4.4.1 Generelle kommentarar

Fleire høyringsinstansar uttrykker støtte til målsetjinga om å gjere brukarromma tilgjengeleg for fleire, mellom anna *Noregs institusjon for menneskerettar*, *Rusfeltets hovedorganisasjon*, *Vid vitenskapelige høgskole* og *Preventio*.

Noregs institusjon for menneskerettar viser til at ulike menneskerettslege organ har vektlagt tilgang til skadereduserande tiltak som eit viktig ledd i å motverke skadeverknadane av rusbruk. Skadereduserande tiltak kan betre realisere retten til helse etter FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12, og vil dessutan kunne bidra til å sikre retten til liv etter Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) artikkel 2.

4.4.2 Endringar i målgruppa for ordninga – «langvarig narkotikaavhengighet»

Mange av høyringsinstansane støtter i hovudsak forslaget om å fjerne kravet om langvarig narkotikaavhengnad for å få tilgang til brukarromordninga og erstatte dette med eit krav om helseskadeleg og risikofylt bruk av narkotika. Dette gjeld mellom anna *Foreningen for human ruspolitikk*, *Helse Sør-Øst RHF*, *Pasient- og brukarombodet*, *FØL Norge* (*For Økt Levestandard*),

Porsgrunn kommune, Helse Midt-Norge RHF (regionalt brukarutvalg (RBU) og helseforetakene), Helse-direktoratet, Bergen kommune, Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus HF, Oslo kommune, Dei regionale kompetansesentera for rusfeltet (KORUS), Fagledernetverket for TSB i Midt-Norge og Brukergruppa ved Klinikk rus- og avhengighetsmedisin, Stiftelsen Kirkens Bymisjon, Blå Kors, Norges Farmaceutiske Forening, Tromsø kommune, Norsk paramedisinforening, Oslo kommune, Fredrikstad kommune, Stavanger kommune, Trondheim kommune, Norsk paramedisinforening, Foreningen Tryggere Ruspolitikk og Kristiansand kommune.

Helse Sør-Øst RHF viser til at skadereduksjon ikkje lenger er så kontroversielt som det har vore, verken i Norge eller internasjonalt, og at dei foreslåtte endringane ser ut til å vere i tråd med samfunnsutviklinga.

Porsgrunn kommune meiner forslaga til endringar vil gjere det lettare for helsepersonell å komme tidlegare inn med rettleiing både om bruksmåte og for å etablere kontakt med kommunen sine andre tenester. Kommunen trur ikkje forslaga vil føre til ei uønskt utviding av grupper som vil oppsøke ordninga, slik som sporadiske brukarar eller rekreasjonsbrukarar. Etter kommunen si røynsle er det i hovudsak dei mest sårbare som nyttar seg av lågterskeltilbod.

Norsk paramedisinforening meiner forslaget møter brukargruppa sitt behov vesentleg betre enn dagens reglar. Gjeldande reglar motarbeider tidleg intervensjon ved at brukarar på veg inn i eit narkotikamisbruk ikkje kan oppsøkje sentera og motta tryggleik og potensiell hjelp.

Oslo kommune meiner likevel det kan bli meir utfordrande å vurdere kven som fyller kriteria for å bli registrert, slik at tilbodet når dei personane det er meint å nå. Kven som fyller kriteria blir basert på fagleg skjønn ut frå kva brukaren sjølv rapporterer.

Bergen kommune meiner ein bør vurdere om gjeldande omgrep «narkotikaavhengig» bør behaldast i lovteksten, eventuelt om det bør tydeleggjeraast på anna måte kva som er målgruppa for brukarrom.

Trondheim kommune ber om at målgruppa for brukarrom og kriteria som skal leggjast til grunn ved vurderinga av kva som er helseskadeleg og risikofylt bruk av narkotika kjem tydeleg fram i forarbeidene.

Pasient- og brukarombodet peikar på at tilsyn av helsepersonell og hygieniske forhold er viktig ved helseskadeleg og risikofylt bruk av narkotika. Forslaget om å utvide ordninga kan føre til at

etterspurnaden aukar. Sidan dette ikkje er ei lov-pålagt teneste, kan det vere utfordrande å prioritere denne tenesta for kommunar med trong økonomi. Pasient- og brukarombodet peikar på at ulik kommuneøkonomi og ulike prioriteringar er utfordrande opp mot prinsippet om likeverdige helse-tenester. Ombodet oppmodar derfor til interkommunalt samarbeid.

Enkelte instansar uttaler seg meir generelt imot forlaget om å fjerne kravet om langvarig narkotikaavhengnad for å få tilgang til brukarromordninga og erstatte dette med eit krav om helseskadeleg og risikofylt bruk av narkotika. Dette gjeld mellom anna *Norsk Sykepleierforbund, FMR Fellesskap-Menneskeverd-Rusfrihet* og *Det Hjelper*.

Det Hjelper meiner dette forslaget, saman med forslaget om å likestille inntaksmåtar og utvide kva stoff som kan inntakast, er ei betydeleg utviding av målgruppa og gjer at ordninga beveger seg bort frå å vere eit spesialisert helsetiltak for dei mest marginaliserte, og i retning av å normalisere rusbruk. *Det Hjelper* er redd dette kan føre til mellom anna auka rekruttering til bruk av farlege narkotiske stoff.

Norsk Sykepleierforbund viser også til at forslaget opnar opp og meiner det gjer det vanskelegare å definere målgruppa for ordninga. Forbundet meiner det er nødvendig å utrede konsekvensane av forslaget og peiker på at det er viktig at brukarromordninga ikkje blir ein arena der nokre debuterer som brukar.

FMR Fellesskap-Menneskeverd-Rusfrihet meiner «helseskadelig og risikofylt bruk av narkotika» er ein altfor vid definisjon. Det meste av narkotika-bruk er helseskadeleg og risikofylt. FMR meiner det bør leggjast fram ein definisjon slik at målgruppa framleis er godt etablerte brukarar av illegale rusmiddel.

Nokre instansar, mellom anna *dei regionale kompetansesentera for rusfeltet (KORUS)* kommenterer bruken av omgrepet «narkotika». KORUS meiner omgrepet narkotika er utdatert og foreslår å bruke omgrepet «illegale rusmidler».

4.4.3 Likestilling av inntaksmåtar – «injisering av narkotika»

Dei fleste høyringsinstansane støttar forslaga om å fjerne kravet om injeksjonspraksis for å få tilgang til brukarromordninga og å likestille alle inntaksmåtar, mellom anna *RIO Agder, Helse Sør-Øst RHF, FØL Norge (For Økt Levestandard), Helse-direktoratet, Bergen kommune, Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus HF, Fagledernetverket for TSB i Midt-Norge* og *Bruker-*

gruppa ved Klinikkk rus- og avhengighetsmedisin, Stiftelsen Kirkens Bymisjon, Blå Kors, Autismeforeningen i Norge, Norges Farmaceutiske Forening, Norsk paramedisinforening, Oslo kommune, Fredrikstad kommune, Tromsø kommune, Stavanger kommune, Trondheim kommune, Foreningen Tryggere Ruspolitikk, dei regionale kompetansesentera for rusfeltet (KORUS), Kristiansand kommune, ADHD Norge og Blå Kors.

Norsk paramedisinforening meiner dagens reglar er for avgrensande og ekskluderer ein betydelege del av brukarane som ikkje injiserer, men har eit skadeleg og potensielt farleg inntaksmønster av narkotiske stoff.

KROM viser mellom anna til at det er like viktig at dagens crack-brukarar får opplæring i korleis redusere helseskadar ved bruk som det i si tid var for injiserande heroinbrukarar å få opplæring i injisering.

Preventio, proLAR, Foreningen for human ruspolitikk og Rusfeltets hovedorganisasjon støtter forslaget, men meiner personar med høgast risiko for overdosedød, særleg dei som injiserar opioider, bør ha prioritet dersom kapasiteten er avgrensa.

Porsgrunn kommune er positiv til forslaget og meiner endringa opnar for langvarig og heilskapleg oppfølging av personar som nyttar andre inntaksmåtar enn injeksjon, og som tidlegare har stått utanfor slike tenester. Dette kan gi potensielle helsemessige gevinstar, både for den enkelte og for samfunnet.

Norges Politilederslag er ikkje ueinig i forslaget om å opne for fleire inntaksmåtar og fleire typar narkotika, men meiner det er viktig at forslaga blir følgde opp med grundig evaluering og at dei ikkje bidreg til ei liberalisering av narkotikabruk.

Nokre høyringsinstansar uttaler seg imot forslaget om å fjerne kravet om injisering og å likestille alle inntaksmåtar, mellom anna *Norsk narkotikaforebyggende forening* og *Det Hjelper*.

Norsk narkotikaforebyggende forening tilrår at kvar utviding av målgruppa skjer med stor varsemd og grundig evaluering. Foreninga meiner dei samla endringane som blir foreslåtte, inkludert breiare opptakskriterium, opning for fleire stofftypar og alternative inntaksmåtar, aukar risikoen for at brukarrom kan oppfattast som eit akseptabelt eller normalisert ledd i rusmiddelbruk. Særleg unge i eksperimenterande bruk kan feilaktig tolke låg terskel som et signal om tryggleik. Dette utfordrar den heilskaplege ruspolitiske balansen mellom skadereduksjon og førebygging.

Det Hjelper meiner dette forslaget, saman med forslaget om å endre kravet om langvarig narkotikaavhengnad og å utvide kva stoff som kan inn-

takast, er ei betydeleg utviding av målgruppa og gjer at ordninga beveger seg bort frå å vere eit spesialisert helsetiltak for dei mest marginaliserte, og i retning av å normalisere rusbruk. Det Hjelper er redd dette kan føre til mellom anna auka rekruttering til bruk av farlege narkotiske stoff.

4.5 Departementet sine vurderingar

4.5.1 Endringar i målgruppa for ordninga – «langvarig narkotikaavhengighet»

Departementet opprettheld forslaget om å erstatte formuleringa «langvarig narkotikaavhengighet» med «helseskadelig og risikofylt bruk av narkotika» i omtalen av målgruppa i formålsparagrafen.

Departementet meiner det er alvorsgraden av den notidige bruken av ulovlege rusmiddel som må vere utslagsgivande for om vedkomande skal ha tilgang til brukarromordninga. Dei funksjonane som brukarromma har, kan vere like viktige for ein person som meir nyleg har etablert ein skadeleg og risikofylt bruk av rusmiddel. Dette gjeld ikkje minst tilbod om råd og rettleiing om skadeførebyggjande åtferd og informasjon og formidling av kontakt med helse- og omsorgstenesta. Tidleg hjelp kan førebygge skade og liding og auke utsikta til godt behandlingsresultat dersom brukaren går inn i eit behandlingsløp.

Det er no i omløp i Noreg særst farlege stoff som kan vera svært vanskelege å dosere. Det er høg risiko for alvorleg forgifting og død ved bruk av slike stoff. I eit brukarrom vil ein få rask hjelp ved overdose.

Formuleringa «langvarig» bør derfor ikkje bli vidareført.

Departementet meiner vidare at målgruppa for brukarrom bør være formulerte utan bruk av omgrepet «narkotikaavhengnad».

Avhengnad blir brukt i daglegspråket om noko ein ikkje klarer seg utan eller er overdrive, nærast tvangspreget opptatt av. Avhengnad viser også til eit relativt snevert definert, klinisk fenomen, definert igjennom kriterium gitt i Verds-helseorganisasjonens (WHO) diagnosesystem. Vurdering av ein avhengnadsdiagnose i helse- og omsorgstenesta skjer ut frå nærare kriterium. Tilgang til brukarrom føreset ikkje at brukaren er greidd ut i helse- og omsorgstenesta og har fått stilt ein avhengnadsdiagnose. Vurderinga skjer ut frå ein grundig samtale med brukaren, og det blir lagt til grunn ein meir «folkeleg» forståing av omgrepet narkotikaavhengnad.

Departementet meiner det framleis bør vere slik at det ikkje er krav om ein avhengnads-

diagnose. Dette vil bli tydelegare ved bruk av andre omgrep for målgruppa.

Departementet foreslår at målgruppa blir menneske med «helseskadelig og risikofylt bruk av narkotika». Denne formuleringa vil ikkje omfatte all potensielt helseskadeleg bruk, men bruk som fører til helseskade av eit visst alvor og bruk som fører til betydeleg risiko for slik helseskade. Helseskadeleg bruk og risikofylt bruk heng tett saman. Vurdering av risikofylt bruk omfattar moment som kor hyppig rusmiddelet blir inntatt, kva for rusmiddel som blir brukte og korleis rusmidla blir inntatt, til dømes ved injisering, som gir høg risiko for skade på blodårer og infeksjonar, og om det generelt er høg risiko for overdose og død.

Det kan peikast på fem hovudkategoriar av helseskade, eller risiko for helseskade, som er særleg relevante i vurderinga av dei foreslåtte kriteria helseskadeleg og risikofylt narkotikabruk. Det er skader ved overdosar, andre akutte helseskadar som følge av ulukker, vald og suicidal åtferd, ikkje-smittsomme somatiske sjukdommar som hjartekarsjukdommar, lungesjukdommar og ulike smertetilstandar, psykiske lidingar og smittsame sjukdommar som hepatitt B, hepatitt C og HIV.

Det Hjelper meiner forslaga innebærer en betydeleg utviding av målgruppa og at dette ikkje lenger er en spesialisert teneste for en liten gruppe. Mellom anna *Norsk Sykepleierforbund* peiker på faren for at det rekrutterast nye brukarar.

Departementet understrekar at det ikkje er meininga med forslaget at alle som brukar ulovlege rusmiddel skal få tilgang til brukarrom. Departementet meiner at det framleis bør vere ei registreringsordning og at målgruppa framleis bør vere avgrensa til personar over 18 år med omfattande og alvorleg rusmiddelproblematikk. Brukarrom bør ikkje vere tilgjengelege for personar som meir sporadisk brukar ulovlege rusmiddel eller som ønsker å prøve narkotika i trygge omgivelnader. Departementet trur uansett ikkje at brukarrom i nemneverdig grad vil vere eit attraktivt tilbod for dei sistnemnde, kanskje med unntak av eit eventuelt tilbod om rusmiddelanalyse.

Oslo kommune meiner det kan bli utfordrande å avgjere kven som fyller kriteria for å bli registrert som brukar i ordninga. Fleire instansar etterlyser ein klarere definisjon av målgruppa.

Personalet i brukarrom må gjere ein konkret, individuell vurdering av personen som ønsker å bli registrert som brukar, ut frå dei nemnde kriteria. Endringa som blir foreslått i målgruppa kan kanskje føre til at det i nokre tilfelle blir vanskelegare å ta stilling til om vilkåra er fylte, men

departementet antar at dette ikkje vil vere eit betydeleg problem i praksis.

4.5.2 Likestilling av inntaksmåtar – «injisering av narkotika»

Departementet held fram forslaget om å likestille alle inntaksmåtar i brukarromordningar og endre formuleringa «tilby hygieniske rammer for injisering av narkotika» i loven § 1 andre ledd første punktum til ei formulering som omfattar inntak av narkotika utan spesifisering av inntaksmåte.

Faren for overdose, smitte og infeksjonar er mindre ved andre inntaksmåtar enn ved injisering. Slik sett er det direkte behovet for ein stad med hygieniske forhold og tilsyn ikkje fullt så stort. Men tilgang til brukarrom kan bidra til verdigheit også for personar som brukar narkotika på andre måtar enn ved injisering. Til dømes vil heimlause brukarar kunne innta narkotika på ein trygg plass, i staden for å gjere det utandørs eller på ein annan offentleg stad.

Ein viktig funksjon med brukarrom er også at personellet kjem i kontakt med brukarane og kan komme i posisjon til å gi råd og rettleiing om rusmiddelbruken, helsehjelp og sosiale tenester og eventuelt motivere for tverrfagleg oppfølging og behandling. Dette er av vesentleg betydning også overfor brukarar av ulovlege rusmiddel som ikkje injiserer.

I tillegg til dei generelle farane ved å bruke narkotika, fører ulike bruksmåtar til risiko for ulike typar skadar. Inhalering og andre inntaksmåtar kan vere meir skånsame enn injisering. Faren for fysiske skadar som følge av sjølve injiseringa blir eliminert. Likevel kan det vere risiko for andre typar skadar ved andre inntaksmåtar og behov for råd om korleis faren for skade kan reduserast ved dei ulike inntaksmåtane og stoffa.

Som ein konsekvens av at ulike inntaksmåtar skal likestillast i ordninga, og at personar som inntar narkotika på andre måtar enn ved injisering skal kunne få tilgang til ordninga, foreslår departementet også å endre formuleringa om å motivere for skånsomt inntak frå «mer skånsomme inntaksmåtar» til «mest mulig skånsomt inntak».

Forslaget om å likestille alle inntaksmåtar får brei støtte i høyringa. Departementet ser at det kan oppstå behov for å prioritere kven som skal få tilgang til brukarrom dersom det er kapasitetsproblem, slik enkelte høyringsinstansar peiker på. Etter departementet si vurdering opnar regelverket for ei slik prioritering basert på kven som har størst behov og som vil ha mest nytte av ei slik teneste.

5 Heimel for å gjere unntak frå krava til lokala til brukarrom

5.1 Innleiing

Brukerromsloven og -forskriften inneheld ei rekke krav til ei brukarromordning. Det er fastsett krav til lokala, bemanninga og innhaldet i ordninga.

Krava til lokala framgår i hovudsak av loven § 2 andre og tredje ledd, medan krav til innhald og bemanning mv. framgår av forskrifta §§ 5 og 6.

Brukerromsforskriften §§ 5 og 6 fekk ved endringsforskrift 20. juni 2025 nr. 1137 nye føresetnader med heimel for departementet til å gjere unntak frå nokre av krava til innhaldet i tenestene og bemanninga i forskrifta §§ 5 og 6. Heimelen gjeld frå 1. juli 2025.

Heimelen i § 5 andre ledd gjeld unntak frå krava i § 5 første ledd bokstav f og g, det vil seie tilbod om enkel individuell helsehjelp, til dømes sårstell, og tilbod om rådgiving og informasjon om helse- og omsorgstenester og sosiale tenester. Eit vilkår for unntak er at kommunen har tilsvarande tilbod retta inn mot målgruppa ein anna stad.

I § 6 siste ledd er det heimel til å gjere unntak frå dei spesifikke krava i § 6 første og fjerde ledd om kompetanse og bemanning, men berre når det kan grunngis i unntak etter § 5 andre ledd.

Departementet sin myndigheit til å gi unntak er delegert til Helsedirektoratet, som også behandlar søknader om godkjenning ved etablering av brukarrom. Ein kommune kan søke om unntak i samband med søknad om godkjenning ved etablering eller seinare ved ønske om endring.

5.2 Gjeldande rett

Ei brukarromordning skal innehalde injiseringsrom, inhaleringsrom, frammøterom og samtalerom. I tillegg skal brukarromordninga ha tilgang til eit behandlingsrom. Dette følger av brukerromsloven § 2 andre og tredje ledd.

Kravet om inhaleringsrom blei lagt til då det vart opna for opplæring i og utprøving av andre meir skånsame inntaksmåtar enn injisering.

Kravet om tilgang til eit behandlingsrom har samband med at det skal givast tilbod om indivi-

duell helsehjelp i brukarromordninga, også utover å gi hjelp ved overdose og andre akutte situasjonar, jf. brukerromsforskriften § 5 første ledd bokstav f. For å kunne gi slik helsehjelp, til dømes sårstell, er det behov for eit lokale som er eigna og utstyrt for det. Det er no heimel for å gjere unntak frå kravet i § 5 første ledd bokstav f om å gi tilbod om slik helsehjelp i sjølve brukarromordninga, sjå punkt 5.1.

Det er ingen heimel for å gjere unntak frå krava til lokala i loven § 2.

5.3 Forslaget i høyringsnotatet

Departementet foreslo i høyringsnotatet endringar i brukerromsloven § 2 for å få heimel for å gjere unntak frå krava til lokala. Det blei foreslått at kommunen kan søke departementet om unntak i samband med søknad om godkjenning ved etablering av brukarrom eller seinare ved ønske om endring.

Konkret blei det foreslått å slå saman brukerromsloven § 2 noverande andre og tredje ledd og ta inn unntaksheimelen i tredje ledd.

Det blei ikkje foreslått særskilde vilkår for å gi unntak.

5.4 Høyringsinstansane sitt syn

Eit tjuetal høyringsinstansar kommenterer spørsmålet om heimel for å gi unntak frå krava til lokala i brukarromordningar, eller kommenterer samla spørsmålet om unntaksheimler i brukerromsloven og -forskriften. Sjå punkt 5.1 om forskriftsendringar som allereie er vedtatt og satt i kraft.

Nær 20 instansar støttar forslaget, med eller utan atterhald. Dette gjeld mellom andre *ADHD Norge*, *Blå Kors*, *Foreningen for human ruspolitikk*, *Foreningen Tryggere Ruspolitikk*, *FØL Norge*, *Helsedirektoratet*, *dei regionale kompetansesentera for rusfeltet (KORUS)*, *Norges Fibromyalgi Forbund*, *Norsk Sykepleierforbund*, *Oslo kommune*, *Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus HF*, *Politidirektoratet*, *Porsgrunn kommune*, *Preventio*,

proLAR, Rio Agder, Stavanger kommune, Tromsø kommune og Trondheim kommune.

Oslo kommune skriv:

«Oslo kommune støtter mulighet for unntak fra noen krav til innhold og utforming av lokaler. For eksempel brukerrom med eller uten mulighet for inhalasjon, eller å åpne opp for brukerromsfunksjon på allerede eksisterende lavterskel værested, rusinstitusjon eller helse-tilbud.»

Porsgrunn kommune skriv:

«Porsgrunn kommune ser positivt på forslaget om å åpne for unntak fra enkelte krav til brukerromsordningen, særlig knyttet til utforming av lokaler og krav til inntaksmåter. Dette kan gjøre det mulig for flere kommuner – også de med begrensede ressurser eller lavere brukergrunnlag – å etablere et lavterskeltilbud for personer med alvorlig rusmiddelbruk. Ved å åpne for mer fleksible løsninger tilpasset lokale forhold, kan flere brukere få tilgang til trygge rammer for rusmiddelbruk, og dermed unngå bruk på offentlige steder eller i ensomhet – noe som i seg selv kan være helseskadelig.

Endringen kan legge til rette for mer differensierte og tilpassede tilbud, både med hensyn til lokal utforming, bemanning og ressursbruk. Et fleksibelt regelverk øker muligheten for kommuner til å etablere brukerrom som en del av eksisterende lavterskeltenester – uten at det nødvendigvis kreves store investeringer eller omfattende nye strukturer.»

Tromsø kommune uttaler:

«Vi ser at de foreslåtte endringene med mulighet for unntak vil gjøre det lettere å etablere nye brukerrom spesielt i kommuner der det allerede er etablerte brukerromsordninger.»

Helsedirektoratet støtter forslaget og skriv:

«Vi legger til grunn at den nye myndigheten til å kunne gjøre unntak er avgrenset til å gjelde kravene som er særlig nevnt i § 2 andre ledd. Disse kravene gjelder hvilke rom brukerromsordningen skal inneholde og ha tilgang til. Vi forstår det sånn at nytt tredje ledd ikke vil gi departementet myndighet til å gjøre unntak utover dette fra krav i brukerromsloven eller brukerromsforskriften.

I denne sammenhengen vil Helsedirektoratet understreke at vi legger til grunn at en brukerromsordning forutsettes etablert i et bestemt lokale, på en fast adresse og med tilhørende godkjenning fra plan- og bygningsmyndighetene og Arbeidstilsynet. Hverken någjeldende brukerromslovgivning, eller ny unntakshjemmel, vil etter vår forståelse åpne for å gi godkjenning av brukerromsordning i ambulante lokaler, som eksempelvis en sprøytebuss som flytter seg rundt på forskjellige lokasjoner.»

Norsk Sykepleierforbund skriv:

«NSF støtter at det innføres en hjemmel for å gjøre unntak fra detaljerte krav til innhold og lokaler om dette blir ivare tatt i et annet og tilgjengelig tilbud i kommunen. NSF mener videre det vil være viktig å sikre rammer for gode fag- og arbeidsmiljøer som ivaretar både tjenester av god kvalitet og trygge arbeidsforhold for de ansatte.»

Foreningen Tryggere Ruspolitikk uttaler:

«Vi støtter forslaget om at kravet om injiserings- og inhaleringsrom kan fravikes etter søknad i forbindelse med godkjenning av det enkelte tilbud, så lenge kravene bare fravikes når dette er naturlig og forsvarlig i lys av målgruppen for tilbudet.»

Dei regionale kompetansesentera for rusfeltet (KORUS) skriv:

«KORUS stiller seg bak dette forslaget til endring, selv om det i utgangspunktet er viktig å påpeke at røyking av rusmidler er en mindre helseskadelig inntaksmåte, og at inhaleringsrom er med på å kunne promotere en slik praksis. Det er derfor etter KORUS sin oppfatning viktig at det stilles midler til rådighet for også å etablere inhalasjonsrom i brukerrom i byer og kommuner over en viss størrelse.

Vi vet at de fleste som bruker rusmidler gjør dette der de bor/hjemme. Ved å senke kravene til brukerrommene vil det kunne bli mulig å etablere små, lokale brukerrom på for eksempel botilbud for rusmiddelavhengige. Den overdoseforebyggende effekten av dette vil kunne være betydelig, gitt at det føres tilsyn og bemannes med personale som har helsefaglig kompetanse til å håndtere overdoser.»

Trondheim kommune uttaler:

«Trondheim kommune gir betinget støtte til at kommunene kan få søke om unntak fra kravene om egne rom for injeksjon og inhalering. Vi mener at slike unntak fortrinnsvis bør forbeholdes kommuner som har behov for og kapasitet til å ha flere brukerrom.

[...] Trondheim kommune gir betinget støtte til at kommunene kan få søke om unntak fra kravet om eget rom for behandling. Unntak må forutsette at enkel individuell helsehjelp tilbys ved lokasjoner i rimelig nærhet.»

Stavanger kommune skriv:

«Stavanger kommune støtter muligheten for å søke om unntak, men vil imidlertid påpeke at det i høringsforslaget er utydelig om unntaket også gjelder kravet om det i et brukerrom skal være både et injiserings- og et inhaleringsrom. Dette bør departementet, etter Stavanger kommunes mening, tydeliggjøre. Etter Stavanger kommunes vurdering bør det være en mulighet å differensiere tilbudet, dvs. at den enkelte kommune kan velge å ha enten et injiseringsrom eller et inhaleringsrom. Kommunen bør kunne søke om unntak ut fra lokale behov, og ikke bare ut fra antall brukerrom i kommunen.»

Preventio peiker på at høve til inhalering kan bidra til redusert skade og redusere behovet for injisering og skriv vidare:

«Samtidig ser vi at det kan være behov for å tilpasse lokaler for å kunne etablere meningsfulle brukarrom tilpasset regionale behov, særlig når det gjelder tekniske krav til ventilasjon for inhalering. Vi anbefaler derfor at det etableres en statlig tilskuddsordning som kommuner kan søke på for å tilpasse lokaler. Dette har vist seg som en effektiv løsning i sammenlignbare tiltak og vil styrke både implementeringen og kvaliteten lokalt.

[...]

Preventio støtter regjeringens mål om å styrke skadereduksjon og tilgjengelighet til helsehjelp for personer med rusutfordringer. De foreslåtte endringene er i tråd med dette målet, men det er avgjørende at tiltakene utformes slik at de fremmer reell tilgjengelighet, trygghet, og bygger på brukernes premisser.»

ADHD Norge uttaler:

«Videre anbefaler vi at brukerromsfunksjoner også kan knyttes til eksisterende lavterskeltiltak, som botiltak og nærklinikker. Dette vil gjøre det mulig å møte brukerne der de allerede oppholder seg, og redusere risikoen knyttet til ensom bruk.

Foreningen for human ruspolitikk skriv:

«Vi vil anbefale at det endres fra at et brukerrom skal inneholde et inhaleringsrom, til at et brukerrom bør inneholde et inhaleringsrom. Fordi det er veldig kostbart med ventilasjon og den kostnaden kan i stor grad forhindre kommuner fra å opprette brukerrom for injeksjon og flere andre inntaksmåter.

[...]

Vi verdsetter at det kan gjøres unntak, slik at det kan opprettes lokale brukerrom i tilknytning til andre lavterskeltjenester. Samtidig mener vi at det er mer hensiktsmessig å åpne for å innføre brukerromsfunksjon ved forskjellige typer lavterskeltiltak, som vi tidligere har foreslått og fått anerkjennelse for fra et flertall i Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget. Altså å kunne innføre brukerromsfunksjon ved botiltak eller andre lavterskeltiltak, inkludert de kommende nærklinikker.

Det hender i dag at folk som venter på å motta lavterskel helse- eller sosiale tjenester forsvinner fra tiltaket og ikke får mottatt tjenesten, fordi de må gå et annet sted for å innta sitt rusmiddel. Eller de låser seg inn på sitt respektive rom på et botiltak, for å innta rusmiddel. Eller de låser seg inn på et toalett på et lavterskeltiltak. Da er det helsefremmende og livreddende om lavterskeltiltaket kan innføre brukerromsfunksjon, uten at det skal gå utover andre tjenester, slik at folk forblir og mottar de nødvendige tjenester. Og slik at folk ikke låser seg inn noe sted og dermed bruker noe alene på et lavterskeltiltak, som de snarere bør innta under livreddende overvåkning på det samme tiltaket.»

Også *proLAR* meiner at det ikkje bør vere eit absolutt krav om inhaleringsrom.

Føl Norge uttaler:

«Vi stiller oss gjennomgående positive til høringsnotatets forslag knyttet til etablering av og utvidet tilgang til brukerrom.

[...]

Vi forstår departementets ønske om å åpne for unntak fra enkelte krav til brukerrom, spesielt i en etableringsfase eller for å sikre fleksibilitet i ulike kommuner. Samtidig mener vi at dette må balanseres mot behovet for kvalitet og trygghet i tilbudet.

Alle brukerrom bør oppfylle visse minimumsstandarder for hygiene, faglig bemanning og oppfølging. Det må sikres likeverdige og trygge forhold for brukere uansett hvor i landet tilbudet gis, og eventuelle unntak bør kun gjelde mindre detaljer – ikke grunnleggende krav til helse og sikkerhet.

[...]

FØL Norge støtter i hovedsak de foreslåtte endringene i lov og forskrift om brukerrom. Vi ser positivt på at flere personer med rusutfordringer får tilgang til et lavterskel og skadereuserende helsetilbud, og mener endringene legger til rette for mer realistisk og human ruspolitikk.

Samtidig understreker vi viktigheten av tydelige rettighetsgarantier og nasjonale standarder, slik at brukerrom både blir trygge for brukerne og en god inngangsport til videre hjelp og støtte.»

Bergen kommune støttar i hovudsak forslaga i høyringsnotatet, og peiker på at kostnadane ved brukarromordningar som fyller alle krav i det gjeldande regelverket, truleg er ein barriere for at fleire kommunar tilbyr brukarromordning, sjølv om behovet kan vere til stades. Kommunen kommenterer ikkje direkte spørsmålet om unntak frå krava til lokala, men støttar mellom anna forslaget om at individuell helsehjelp som ikkje er direkte knytt til inntaket av rusmiddel, kan gis ein annan stad om kommunen finn det meir tenleg.

Nokre instansar er meir skeptiske til forslaget eller har kommentarar som ikkje gjeld sjølve forslaget om unntaksheimel, men på anna måte er relatert til brukarromlokale mv.

Det Hjelper anerkjenner behovet for skadereuserande tiltak, men er kritisk til forslaga i høyringsnotatet, og meiner «unntak fra grunnleggende krav til bemanning, innhold og lokaler [...] kan svekke både sikkerheten for brukerne og kvaliteten på tjenesten.»

Fredrikstad kommune er i tvil om det er hensiktsmessig å opne for unntak i krav til lokala som vil avgrense mogelege inntaksmåtar og dermed kven som kan nytte tilbodet.

FMR Fellesskap–Menneskeverd–Rusfrihet skriv:

«Det antydes at det skal kunne gjøres unntak for noen av kravene, til brukerromsordningen når det gjelder innholdet, lokalene og bemanningen. Her ligger det an til at man skal få en billigere ordning, for å gjøre ordningen mer fristende for flere kommuner og eventuelt private drivere. FMR mener brukerrom skal drives etter samme høye standard som ordningen i utgangspunktet forutsatte, spesielt når det gjelder krav til bemanning og hygieniske forhold. Det foreligger heller ingen ny evaluering av den brukerromsordningen vi har.»

Kirkens bymisjon skriv:

«Kirkens Bymisjon ser det som en forutsetning at brukerrom alltid må driftes samlokalisert med andre sosial- og helsefaglige lavterskeltilbud. Disse tilbudene må være tilgjengelige for alle som bruker brukerrommet.

Kirkens Bymisjon mener at et tilbud med samlokalisert/samorganisert brukerrom og nevnte lavterskeltilbud kan driftes av kommunen og ideelle aktører sammen, der kommunen drifter brukerrommet, mens ideelle aktører drifter lavterskeltilbudet.»

Det er også om lag ti andre instansar som ikkje kommenterer dette forslaget uttrykkeleg, men som meir generelt uttaler at dei støttar forslaga i høyringsnotatet eller intensjonane med forslaga, og særleg formålet å gjere det lettare for kommunar å etablere brukarromordningar ved meir fleksible reglar. Dette er mellom andre *Actis*, *Autismeforeningen i Norge*, *Fagforbundet*, *Helse Midt-Norge RHF*, *Helse Sør-Øst RHF*, *IOGT Norge*, *Kristiansand kommune*, *Noregs institusjon for menneskerettar*, *Politidirektoratet*, *Regionalt fagledernetverk for TSB Midt Norge*, *Rusfeltets hovedorganisasjon*, *Tryggere Ungdom* og *Vid vitenskapelige høgskole*.

5.5 Departementet sine vurderingar

Departementet opprettheld forslaget om ein heimel for å gjere unntak frå dei lovfesta krava til brukarromlokala. Forslaget fekk brei støtte i høyringa.

Departementet meiner det bør leggjast til rette for at fleire kommunar etablerer brukarrom der som dei ser at det vil vere nyttig med den typen tilbod i tillegg til andre tenester til denne målgruppa i kommunen. Departementet legg til grunn at det

i langt fleire kommunar enn Oslo og Bergen er eit visst omfang av innbyggjarar med rusmiddelproblem av ein slik art at dei fyller vilkåra for tilgang til brukarrom og kunne ha god nytte av eit slikt tilbod.

Kostnadane ved brukarromordningar som fyller alle krav i det gjeldande regelverket, kan truleg vera ein barriere for at fleire kommunar tilbyr brukarromordning, sjølv om behovet kan vere til stades. Problem med tilgang på eigna lokale kan også gjere det vanskeleg å etablere brukarrom. Færre absolutte krav kan bidra til at fleire kommunar vel å etablere brukarromordningar og til at kommunar som Oslo og Bergen kan etablere fleire brukarrom. Departementet er kjent med at det i dag er vedvarande kapasitetsproblem i det eine av dei to eksisterande brukarromma.

Departementet fremmer ikkje forslag om å oppheve nokre av krava til lokala, men foreslår ein heimel for å gjere unntak frå dei lovfesta krava. Det blir foreslått ei ordning der kommunen kan søke om unntak i samband med søknad om godkjenning ved etablering av brukarrom eller seinare. Eit eventuelt unntak kan mellom anna gjelde kravet om å ha både injeksjonsrom og inhaleringsrom. Departementet legg til grunn at inhalering/røyking føreset særskilt tilpassa lokale kva gjeld ventilasjon eller andre bygningstekniske forhold. Dersom det blir løyvd unntak frå krava til lokala, kan det ha betydning for kva for inntaksmåtar som kan nyttast i det aktuelle brukarrommet.

Departementet meiner at det kan vere målstenleg å tillate differensiering av tilbod i brukarrom til ulike brukargrupper i kommunar som ønsker å ha fleire enn eit brukarrom. Ein

kommune med fleire brukarrom bør kunne velje å ikkje tilby moglegheit for alle inntaksmåtar i begge/alle brukarromma. Det bør til dømes kunne etablerast lokale brukarrom utan alle tilbod som no blir kravde, i tilknyting til lågterskel butilbod eller liknande kor mange av bebuarane har alvorlege rusmiddelproblem.

Etter forslaget blir det også opna for at ein kommune med berre eitt brukarrom kan søke om unntak for å kunne avgrense moglege inntaksmåtar slik at det berre blir tilbydd moglegheit for injisering eller berre for inhalering. Grunngevinga for eit slik unntak kan vere at terskelen for å etablere brukarrom er høg, og at det er betre med eit brukarrom utan alle fasilitetar enn inkje brukarrom.

Eit eventuelt unntak frå kravet om tilgang til behandlingsrom kan vere aktuelt i samanheng med unntak frå kravet om tilbod om helsehjelp etter forskrifta § 5 første ledd bokstav f.

Departementet understrekar at unntak føreset ein konkret vurdering av kommunens plan for brukarrommet og grunngeving for ønsket om unntak.

Som Helsedirektoratet nemner, er det ei føresetnad at brukarrom drivast i faste lokale.

Myndigheita til å gi unntak bør følge myndigheita til å godkjenne etablering etter brukerromsloven § 3. Godkjenningsmyndigheita til departementet er delegert til Helsedirektoratet. Det same gjeld myndigheita til å gi unntak etter brukerromsforskriften §§ 5 og 6. Departementet tek derfor sikte på å delegere myndigheita til å gje unntak frå dei lovfesta krava til brukerromlokala til Helsedirektoratet.

6 Oppheving av kravet om at kommunen sjølv må drive brukarrom

6.1 Gjeldande rett

Det er berre kommunar som kan etablere og drive brukarromordningar.

Ein kommune avgjer sjølv om han vil etablere ei brukarromordning, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-6 andre punktum. Etablering føreset godkjenning, jf. brukerromsloven § 3 første ledd. Departementet si myndigheit til å gi godkjenning er delegert til Helsedirektoratet.

Kommunen kan ikkje inngå avtale med private om drift av brukarromordning. Dette kjem fram av helse- og omsorgstjenesteloven § 5-6 tredje punktum.

Dersom kommunen etablerer ei brukarromordning, er ho å sjå på som ein kommunal helse- og omsorgstjeneste, jf. § 5-6 første punktum og brukerromsloven § 2 første ledd. For brukarar av ordninga skal ho vere eit supplement til dei andre helse- og omsorgstenestene til kommunen, jf. brukerromsloven § 3 andre ledd.

6.2 Forslaget i høyringsnotatet

Departementet foreslo i høyringsnotatet å fjerne kravet om at brukarromordningar må drivast av kommunen sjølv. Departementet foreslo å endre ordlyden i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-6 tredje punktum, slik at det framgår uttrykkeleg at kommunen kan inngå avtale med private om drift av brukarromordning.

6.3 Høyringsinstansane sitt syn

Eit trettital høyringsinstansar kommenterer spørsmålet om å oppheve kravet om at det er kommunen sjølv som må drive ei brukarromordning.

Fleirtalet av instansane er positive til forslaget, heilt eller delvis. Dette gjeld mellom andre *ADHD Norge*, *Bergen kommune*, *Blå Kors*, *Fagforbundet*, *Foreningen for human ruspolitikk*, *Foreningen Tryggere Ruspolitikk*, *Helsedirektoratet*, *Helse Midt-Norge RHF*, *dei regionale kompetansesentera for rus-*

feltet (KORUS), *Kristiansand kommune*, *KROM – Forening for kriminalreform i Norge*, *Norges Farmaceutiske Forening*, *Norges Fibromyalgi Forbund*, *Norsk Paramedisinforening*, *Norges Politilederlag*, *Norsk Sykepleierforbund*, *Oslo kommune*, *Oslo universitetssykehus HF (Klinikk psykisk helse og avhengighet)*, *Pasient- og brukeromboda*, *Porsgrunn kommune*, *Preventio*, *Rusfeltets hovedorganisasjon*, *Stavanger kommune*, *Stiftelsen Kirkens bymisjon* og *Tromsø kommune*.

Bergen kommune nemner at kommunen har god erfaring med at både private og ideelle aktørar kan gi gode helsetenester og tilbod til målgruppa.

Norges Fibromyalgi Forbund meiner forslaget vil gjere det lettare for kommunen å etablere brukarrom.

Kristiansand kommune støttar at

«det legges opp til at man lokalt kan finne de beste driftsformene, og at dette også kan være gjennom samarbeid med andre aktører. I dette ligger det også at det er kommunen som er ansvarlig, og at de nasjonale lovkravene følger de instanser som drifter tilbudet.»

Stavanger kommune skriv:

«Stavanger kommune støtter departementets forslag om å fjerne kravet om at brukarromordningen må drives av kommunen selv. Det kommer tydelig frem i lov og forskrift hvordan et brukarrom skal drives, dette vil også gjelde om det skal drives av andre enn kommunen. Kommunen vil imidlertid få andre oppgaver ved en slik ordning, blant annet med å gjennomføre anbudskonkurranser og følge opp de private leverandørene i anbudsperioden.»

Porsgrunn kommune skriv:

«Porsgrunn kommune er positiv til at det åpnes for mulighet til å inngå avtaler med private aktører om drift av brukerromsordningen. En

slik åpning kan bidra til økt fleksibilitet og tilrettelegging for lokale løsninger, særlig i kommuner hvor det offentlige tjenesteapparatet har begrenset kapasitet.

Samtidig vil Porsgrunn kommune understreke betydningen av at eventuelle avtaler med private aktører sees i tett sammenheng med kommunens øvrige helse- og sosialtjenester.

Brukerromsordningen må ikke bli et isolert tiltak, men inngå som en integrert del av kommunens lavterskel- og oppfølgingstilbud. En fragmentert organisering kan gi dårligere kontinuitet i oppfølgingen og svekke formålet med ordningen.

Det bør derfor stilles tydelige krav til kvalitet, samhandling og forankring i kommunale strukturer ved inngåelse av slike avtaler – slik at brukerens behov for helhetlige og koordinerte tjenester ivaretas.»

Også mange av dei andre instansane som støttar forslaget, understrekar at tenesta uansett må vere forsvarleg og av god kvalitet, eller trekk fram særskilde faktorar dei meiner er viktige.

Helsedirektoratet skriv:

«For å sikre oppfyllelse av krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet i brukerromsordningen forutsetter dette at kommunen må følge nøye med på at virksomheten oppfyller kravene til systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i medhold av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.»

Norsk Paramedisinforening ser ingen vesentlege prinsipielle problemer med forslaget, men

«vil dog presisere at det da vil påligge kommunen et vesentlig ansvar for å skrive eventuelle anbud på en måte som inneholder målbare anbudskrav og kvalitetsindikatorer, og at kommunene i slike tilfeller må ha en god oppfølging av anbudsgivers drift slik at man ikke ender med et mindreverdig tilbud for å spare penger på bekostning av en allerede svært utsatt gruppe brukere.»

Norsk Sykepleierforbund støttar forslaget samtidig som dei ønsker «en sterk offentlig styring og kontroll av brukerordningen for å sikre kvalitet i tjenesten og gode, trygge arbeidsvilkår for de ansatte».

Preventio skriv:

«Vi støtter at kommuner kan inngå avtale med private aktører om drift av brukarrom, forutsatt at det stilles krav til kvalitet, tilgjengelighet, tverrfaglig kompetanse og forutsigbar finansiering. Ideelle og kommersielle aktører kan bidra som supplement, spesielt i områder hvor kommunen ikke har kapasitet selv. Det avgjørende er at brukerne får et godt, trygt og rettighetsbasert tilbud.»

Dei regionale kompetansesentera for rusfeltet (KORUS) påpeiker at det er viktig at kommunane inngår «langsiktige avtaler med private/ideelle stiftelser eller andre aktører som ivaretar behovet for like tjenester og forsvarlig og forutsigbar drift».

Helse Midt-Norge RHF peiker på at

«det bør ligge i forutsetningene at de private som står for tjenesten har inngående kjennskap til det kommunale tilbudet innen helse- og sosiale tjenester, for å sikre kontinuitet i tjenester og bidra til å ivareta helse- og omsorgsbehov for brukerne».

Norges Farmaceutiske Forening understrekar at drifta må følge same reglar og kvalitet uavhengig av kven som driv tilbodet. Dei meiner det minst bør vere årlig tilsyn med brukarrom «slik at man sørger for et enhetlig og trygt tilbud til en svært sårbar gruppe».

Nokre av høyringsinstansane kommenterer berre avtale med ideelle aktører.

Foreningen for human ruspolitikk støttar «at kommunen kan inngå avtale med ideelle aktører, slik at andre tilbydere av lavterskeltjenester kan drifte brukerrom».

KROM – Forening for kriminalreform i Norge skriv:

«KROM er enig i at det bør åpnes for at ideelle private aktører som allerede har skade-reduksjonstjenester for stoffbrukere kan drive brukerrom i kommunene. Kommunene bør imidlertid stilles krav til kvalitet både når det gjelder bemanning og driften av brukerrommet, at den er kunnskapsbasert og bemannes av personalet med helse- og sosialfaglig bakgrunn.»

Norges Politilederslag skriv:

«NPL er noe skeptiske til at ideelle organisasjoner kan få i oppdrag å drifte brukerrom på

vegne av kommunen. Vi anerkjenner imidlertid at erfaringer fra Island og Danmark viser at dette kan fungere godt. Vi mener derfor at det kan være verdt å forsøke dette i Norge, gitt at erfaringene fra de to landene er overførbare og positive.»

Foreningen Tryggere Ruspolitikk og Tromsø kommune meiner kommunane bør kunne inngå avtale med ideelle organisasjonar, medan dei er negative til avtaler med kommersielle aktørar.

Fagforbundet skriv:

«Offentlige brukerrom er en del av et større helse- og omsorgssystem som inkluderer oppfølging, behandling og rehabilitering. Fagforbundet støtter departementets tanker som gjelder ideelles mulighet for å drifte.

Fagforbundet er noe bekymret for at private aktører kan mangle den nødvendige interaksjonen med andre offentlige tjenester, noe som kan svekke den helhetlige tilnærmingen til rusmiddelbrukere. Videre at det kan forringe muligheten til å holde oversikt over hvem som benytter tilbudet og det kan vanskeliggjøre samhandling med andre tjenester eksempelvis på bakgrunn av taushetsplikt.

Fredrikstad kommune uttrykker verken støtte eller motstand mot forslaget, men skriv at høve til å inngå avtale med private aktørar om å drive brukarromordning ikkje har vesentleg betydning for å gjere det enklare for kommunen å opprette brukarromordning sidan kommunen beheld ansvaret.

Nokre instansar er skeptiske eller negative til forslaget, mellom andre *Actis*, *Det hjelper*, *FMR Fellesskap – Menneskeverd – Rusfrihet*, *IOGT i Norge* og *Norsk narkotikaforebyggende forening*.

Det Hjelper skriv at høvet til å inngå avtale med private om drift av brukarrom «svekker det offentliges ansvar og kontroll. Dette øker risikoen for ulik kvalitet, kommersialisering og fragmentert rusomsorg.»

FMR Fellesskap – Menneskeverd – Rusfrihet meiner at «brukerrom er en altfor risikabel virksomhet til å skulle utsettes til private. Her kan økonomiske motiver kunne komme i forgrunnen, og kravene til høy faglig kvalitet stå i veien.»

Norsk narkotikaforebyggende forening skriv:

«Brukerrom er en rettslig unntaksordning der det gis midlertidig straffefritak for besittelse og

bruk av narkotika. Det er grunnleggende at denne typen myndighetsutøvelse forblir i offentlig regi. Private og ideelle aktører bør ikke gis ansvar for slike tiltak, da det innebærer håndtering av ulovlige stoffer, forvaltning av sensitive helsedata og potensielt etiske interessekonflikter. Tilliten til brukerrommene forutsetter åpenhet, etterprøvbarehet og nøye regulert faglig ansvar.»

Actis skriv:

«Vi stiller oss noe kritisk til at det åpnes opp for at private kan opprette brukerrom. Selv om dette vil gjøre tilbudet mer tilgjengelig for flere brukere, mener vi at det er mest hensiktsmessig om brukerrommene driftes av kommunen for å sikre langsiktighet og stabilitet i tilbudet. Dersom brukerrommet driftes i privat regi, vil vi understreke viktigheten av å stille tydelige krav til blant annet innhold og utforming, hvordan rusmidlene skal håndteres og hvordan sensitive personopplysninger skal oppbevares. Dette vil bidra til å styrke tilliten til brukerromsordningen og sikre at hvem som drifter brukerrommet ikke går på bekostning av kvaliteten på tilbudet til den enkelte bruker. [...]

Tilstedeværelsen av kompetent helsefaglig bemanning er essensielt for en nøyaktig vurdering av den enkelte bruker ved ankomst til brukerrommet, samt for å sikre en trygg oppfølging under inntak av rusmiddelet. Derfor er det også viktig at det ved privat drift av brukerrom stilles krav til personell med nødvendig kompetanse, og at det ikke kan gjøres unntak fra dette kravet.»

Actis skriv også at det bør vere høve til interkommunalt samarbeid slik at små kommunar kan gå saman om tilbod.

Riksadvokaten legg til grunn at forslaget ikkje inneber endringar i politiets tilgang til opplysninger mv. etter brukerromsloven § 6 andre ledd og brukerromsforskriften § 12, men har ikkje ytterligere merknader til forslaget om å oppheve kravet om at kommunen sjølv må drive brukarromordninga.

Det er dessutan om lag ti instansar som ikkje kommenterer dette forslaget uttrykkeleg, men som meir generelt uttaler at dei støttar forslaga i høringsnotatet eller intensjonane med forslaga, og særleg formålet å gjere det lettare for kommunar å etablere brukarromordningar. Dette er mellom anna *Autismeforeningen i Norge*, *Føl*

Norge, Helse Sør-Øst RHF, Noregs institusjon for menneskerettar, Politidirektoratet, proLAR, Rio Agder, Trondheim kommune, Tryggere Ungdom og Vid vitenskapelige høgskole.

6.4 Departementet sine vurderingar

Departementet opprettheld forslaget om å fjerne kravet om at brukarromordningar må drivast av kommunen sjølv. Forslaget fekk brei støtte i høyringa.

Grunngivinga for kravet om at kommunen sjølv må drive ordninga var at brukarromordningar bør vere direkte underlagd offentlege styresmakter på grunn av «sprøyteromsordningens innhold og karakter, herunder det offentliges ansvar for å føre en streng kontroll med narkotikabruken i sprøyterommet og behovet for et nært samarbeid med politiet». (Ot.prp. nr. 59 (2008–2009) punkt 11.2.)

Ut frå erfaringane med dei eksisterande brukarromma og den generelle utviklinga på feltet, kan departementet ikkje sjå tungtvegande omsyn som tilseier at kommunane ikkje skal få høve til å la private aktørar tilby tenesta på vegner av kommunen, dersom kommunen etter ei samla vurdering meiner dette framstår som den mest føremålstenlege løysinga for kommunen og brukarane. Forslaget vil dermed innebære at kommunen får høve til å velje driftsform for utforminga av tilbodet, noko som er hovudregelen når det gjeld kommunale helse- og omsorgstenester.

Som riksadvokaten påpeiker, vil forslaget ikkje innebære nokon endring i politiets høve til å få opplyst om ein identifisert person er registrert brukar av ordninga eller ikkje, eller politiets høve til handheving av offentlig ro og orden, jf. brukerromsloven § 6 andre ledd og brukerromsforskriften § 12.

Departementet antar at høve til å inngå avtale med private om drift av brukarromordning kan bidra til å gjere det enklare for nokre kommunar å etablere brukarromordning. Det vil sjølvsagt kunne variere, mellom anna med om det er nokre private aktørar som har andre tilbod til målgruppa i kommunen.

Nokre høyringsinstansar meiner at kommunane berre bør kunne inngå avtale om drift av brukarromordning med ideelle organisasjonar. Departementet si vurdering er at det trulig i praksis særleg vil vere aktuelt å inngå avtalar med ideelle organisasjonar dersom kommunane ikkje ønskjer å drive tilbodet i eigen regi. Departementet reknar også med at det ikkje vil vere

mange kommersielle verksemdar som er interesserte i å ta på seg ansvaret for å drive brukarrom. Departementet foreslår likevel ikkje ei avgrensing av kva for aktørar kommunane kan inngå avtale med. Kommunane har ein grunnleggjande sjølvstyrerett, og det bør derfor ikkje innførast ei regulering som i praksis inneber eit forbod mot bruk av private aktørar som ikkje er ideelle («kommerisielle leverandørar»). Ei slik avgrensing ville hindre kommunane i å foreta eigne vurderingar av kva som er mest føremålstenleg ved val av organiseringsmodell. Departementet viser i denne samanhengen til høyringsuttalelsane frå KS og frå enkelte kommunar til NOU 2024: 17 *Kommersielle og ideelle aktørers rolle i fellesskapets velferdstjenester*. Departementet meiner også at eit tilsvarende handlingsrom som gjeld for kommunane sine kjøp av dei aller fleste andre helse- og omsorgstenester etter helse- og omsorgstenestelova, også bør gjelde for brukarromordningar.

Departementet peikar likevel på at anskaffingsregelverket opnar for å reservere konkurransar om anskaffingar av kommunale helse- og omsorgstenester for ideelle organisasjonar, jf. anskaffingsforskrifta (forskrift 12. august 2016 nr. 974 om offentlege anskaffelser) § 30-2 a. Høgsterett har i dom av 8. desember uttalt seg om den rettslege adgangen til å forbehalde konkurransar om anskaffingar av helse- og sosialtenester for ideelle organisasjonar i dei tilfella der kontraktsverdien overstig EØS-terskelverdien (anskaffingar med ein kontraktsverdi som er lik eller overstig 7,8 mill. kroner). Høgsterett stadfesta i denne saka at forskriftsføresegna er i samsvar med EØS-rettslege krav. Dette inneber at det er adgang til å reservere konkurransar om anskaffingar av helse- og sosialtenester, inkludert kommunale helse- og omsorgstenester, dersom følgjande vilkår er oppfylte:

1. Anskaffinga må gjelde universelle og solidariske helse- og sosialtenester.
2. Den ideelle aktøren må ha til føremål å tene allmenne sosiale interesser, ikkje ha til føremål å oppnå økonomisk overskot, og eventuelt overskot må reinvestrast i samsvar med det ideelle føremålet.
3. Det må offentleggjerast og gjennomførast ein anbodskonkurranse, og konkurransegrunnlaget må sikre at vilkåra for å reservere konkurransen blir oppfylte både ved tildeling og ved gjennomføring av kontrakten.

Departementet meiner på denne bakgrunnen at det ligg føre gode moglegheiter til å gjennomføre reserverte anskaffingar for ideelle organisasjonar for dei kommunane som av ulike grunnar ikkje

ønskjer å drive tilbodet i offentleg eigenregi, men heller ikkje ønskjer å opne for at kommersielle aktørar skal tilby brukarrom.

Departementet meiner vidare at det – i den grad ein kommune vurderer det som føremålstenleg og rettsleg mogleg å innrette ordninga som ei tilskotsordning – også vil vere foreinleg med EØS-avtala sine reglar å forbehalde tilskotsordninga for ideelle organisasjonar, då det blir lagt til grunn at dette ikkje vil vere tale om offentleg støtte fordi tenestetilbodet vil bli innretta som ei ikkje-økonomisk aktivitet. Sidan støttereglane dermed ikkje vil kome til anvending, vil det etter departementet sitt syn vere lovleg å forbehalde ei tilskotsordning til brukarrom for ideelle organisasjonar. Det blir vist til den førebelse vurderinga frå EFTAs overvakingsorgan av 16. februar 2024 i ESAs klagesak nr. 91089. Departementet peikar likevel på at rettstilstanden, gitt ei pågåande klagesak for EFTAs overvakingsorgan, er noko uvisst.

Som nemnd i punkt 6.3 er mange av høyringsinstansane opptatte av at tilbodet skal vere forsvarleg og av god kvalitet også dersom andre aktørar står for drifta, og kommunens ansvar for å sørge for dette. Departementet understrekar derfor at tenesta må oppfylle kravet til forsvarlege tenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, og at kommunen vil ha det overordna ansvaret for tenesta på tilsvarende måte som ved andre tenester som blir sette ut til private aktørar etter avtale. Dette gjeld sjølv sagt uansett om det er ein ideell eller kommersiell aktør.

Brukerromsloven og -forskriften har detaljerte krav til innhald, lokale og bemanning osv, som må overhaldast uansett om brukarromordninga blir driven av kommunen sjølv eller av andre etter avtale med kommunen. Etter brukerromsloven § 7 første ledd har personalet teieplikt etter helsepersonelloven, altså ei strengare teieplikt enn etter forvaltningsloven. Dette gjeld også uansett kven som driv brukarrommet.

Det vil vere kommunen som søker om godkjenning av etablering og eventuelt unntak frå enkelte av krava. Sjå punkt 5 om forslag til heimel for unntak kva gjeld lokala. Sjå også forskrifta § 5 andre ledd og § 6 femte ledd som nå har heimlar for unntak frå nokre av krava til innhald og bemanning.

Høyringssvar frå kommunar som er siterte i punkt 5.3 visar at kommunane er bevisste på ansvaret. Det er også viktige omsyn Porsgrunn kommune nemner i sitt høyringssvar. Etter

brugerromsloven § 1 er eit av formåla med brukarrom å bidra til å auke høvet for kontakt og samtaler mellom den enkelte brukar og hjelpeapparatet med sikte på tverrfagleg oppfølging og behandling. Brukarromordninga skal også sikre rask tilgang til nødvendig helsehjelp gjennom eit nært samarbeid med anna helse- og omsorgsteneste, jf. brukerromsforskriften § 5 fjerde ledd.

Etter dette foreslår departementet å endre føresegna i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-6 tredje punktum. Departementet foreslår å erstatte noverande føresegn med ei tilvising til § 3-1 femte ledd som skal gjelde tilsvarende.

Dette inneber at kommunen kan inngå avtale med «andre offentlige eller private tjenesteytere» om drift av brukarromordning. Det omfatter både ideelle og kommersielle aktørar. Det er heller ikkje noko i vegen for at to eller fleire kommunar kan samarbeide om brukarromordningar, slik nokre høyringsinstansar nemner som ei mogeleg løysing for mindre kommunar.

Tilvisinga inneber også at avtalen ikkje kan overdragast, sjå helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd andre punktum.

Departementet foreslår også eit nytt andre punktum i brukerromsloven § 5 om behandling av helseopplysningar. Tenesteytar som driv brukarrom etter avtale med kommunen, må også kunne behandle helseopplysningar. Det er naturleg at dei reglane som gjeld for kommunen også gjeld for den som driv på vegne av kommunen. Dette gjeld også reglane i brukerromsforskriften §§ 8 til 10 så langt dei er aktuelle. Under føresetnad av at Stortinget vedtar forslaget til lovendringar, tar departementet sikte på å vedta tilsvarende endringar i forskrifta.

Departementet vurderer at rammene i EØS-retten ikkje er til hinder for forslaga.

EØS-retten gir ikkje føringar for om det offentlege skal produsere velferdstenester i eigen regi eller nytte private aktørar. Sjå til dømes EU-domstolen sin dom i sak C-26/03, *Stadt Halle*, premiss 48, og fortalen nr. 5 til direktiv 2014/24/EU av 26. februar 2014 om offentlege anskaffingar (anskaffingsdirektivet).

Så lenge kommunane respekterer det EØS-rettslege skiljet mellom tilskot og anskaffingar, og innrettar reserverte ordningar i tråd med anskaffingsregelverket og statsstøtteregeverket, vil EØS-retten heller ikkje vere til hinder for å forbehalde ordninga for ideelle organisasjonar dersom dette blir vurdert som føremålstenleg.

7 Rådgivande eining for russaker og ruskontroll

I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9 c er det fastsett at kommunen skal ha ei rådgivande eining for russaker. Denne eininga skal ha ansvaret for å møte personar når oppmøte for eininga er sett som vilkår for ein straffereaksjon, inkludert å gjennomføre ruskontroll etter straffeloven § 37 første ledd bokstav d.

Stortinget har fatta følgjande vedtak (vedtak 962 (2024–2025):

«Stortinget ber regjeringen fremme lovforslag om å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9 c første ledd, slik at vilkår om ruskontroll i medhold av straffeloven § 37 første ledd bokstav d, ikke kan gjennomføres hos rådgivende enhet for russaker.»

Vedtaket blei fatta i samband med behandlinga av Prop. 112 L (2024–2025) *Endringer i straffeloven og legemiddelloven mv. (befatning med mindre*

mengder narkotika til egen bruk), jf. Innst. 518 (2024–2025). I innstillinga uttala justiskomiteen:

«Flertallet mener at det er svært viktig at personer som møter opp ved disse enhetene, skal møtes med god og evidensbasert helsehjelp, ikke med ruskontroll. Flertallet foreslår derfor at det gjøres en lovendring i § 3-9 c første ledd, hvor vilkår om ruskontroll i medhold av straffeloven § 37 første ledd bokstav d ikke kan gjennomføres hos rådgivende enhet for russaker. Ikrafttredelse av bestemmelsene etter denne innstillingen kan ikke skje før lovendringen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9 c trer i kraft.»

Departementet foreslår på denne bakgrunnen at ruskontroll ikkje lenger skal vere ei av oppgåvene til eininga for russaker etter § 3-9 c.

8 Økonomiske og administrative konsekvensar

Lovendringane som blir foreslåtte vil ikkje direkte ha økonomiske eller administrative konsekvensar av betydning, verken for det offentlege eller private.

Endringane inneber ikkje pålegg om nye oppgåver for kommunane. Kvar kommune avgjer om kommunen skal ha brukarrom og i så fall kor mange.

Dei foreslåtte endringane i målgruppa vil føre til at nokre fleire personar vil oppfylle vilkåra for å bli registrert som brukar. Det er ikkje mogleg å talfeste kor mange dette gjeld verken på landsbasis eller i dei kommunane som no har brukarrom. Pågangen til brukarrom kan bli noko større, noko som kan vere ei utfordring i og med at det allereie er vedvarande kapasitetsproblem i eit av dei eksisterande brukarromma. Kommunar med brukarrom vel likevel sjølve antal, storleik og opningstider. Slik sett vil endringane ikkje ha direkte økonomiske konsekvensar for kommunar med brukarrom.

Formålet med endringane som blir foreslåtte i punkt 5 og 6 er å gjere det enklare for kommunar å etablere og drive brukarrom, for å legge til rette for at det blir oppretta fleire brukarrom.

Kommunar som vel å etablere brukarromordning (eller opprette fleire brukarrom enn dei

allereie har) vil få utgifter til etablering og drift. Unntak etter den foreslåtte heimelen for å gjere unntak frå lovkrava til brukarromlokala kan ha betydning for utgiftsnivået. Det kan gjelde utgifter både til etablering og drift. Det er vanskeleg å talfeste kva unntak frå eit eller fleire av krava kan innebere økonomisk. Det kan dreie seg om innsparringar knytt til storleiken og utforminga til lokala osb., mellom anna ventilasjonsanlegg.

Forslaget om at kommunen kan inngå avtale med privat aktør om å drive brukarrom, kan gi kommunane større fridom med omsyn til korleis brukarrom skal etablerast og drivast. Det er vanskeleg å seie noko om korleis avtalebasert drift vil påverke kostnadane for kommunane samanlikna med at kommunen sjølv driv brukarrom.

Som nemnt er noko av målet med endringane at det skal opprettast fleire brukarrom. Dette føreset nye søknadar om etablering frå kommunane. Det er Helsedirektoratet som behandlar slike søknadar. Det blir foreslått at direktoratet også skal behandle søknadar om unntak frå krav i lova. Det kan medføre ein viss auke i arbeidsmengda til direktoratet. Det blir lagt til grunn at dette kan handterast innanfor den ordinære budsjetttramma til direktoratet.

9 Merknader til dei enkelte paragrafane i lovforslaget

9.1 Til endringane i brukarromsloven

Til § 1

Andre ledd første punktum er endret slik at målgruppa for brukarromordninga er menneske med «helseskadelig og risikofylt bruk av narkotika».

Det er ikkje meininga at alle som brukar ulovlege rusmiddel skal få tilgang til brukarrom. Brukarromma skal framleis ha personar med omfattande og alvorleg rusmiddelproblematikk som målgruppa, og ikkje personar med meir sporadisk bruk. Ikkje all potensielt helseskadeleg bruk vil være omfatta, men bruk som fører til helseskade av eit visst alvor og bruk som fører til betydeleg risiko for slik helseskade. Vurdering av risiko omfattar moment som kor hyppig rusmiddelet blir inntatt, kva for rusmiddel som blir brukte og korleis rusmidla blir inntatt, til dømes ved injisering, som gir høg risiko for skade på blodårer og infeksjonar, og om det generelt er høg risiko for overdose og død.

Personalet i brukarrom må gjere ein konkret, individuell vurdering av personen som ønsker å bli registrert som brukar, ut frå dei nemnde kriteria.

Endringa vil bli fulgt opp med endringar i brukarromsforskriftens reglar om kven som kan registreres som brukar av ordninga, jf. brukarromsforskriften § 1 andre ledd.

Sjå dei alminnelege merknadane i punkt 4.

I omtalen av kva som skal tilbys i brukarromordninga for å bidra til auka verdigheit for målgruppa, er hygieniske rammer for «inntak» av narkotika tatt inn til erstatning for tidlegare formulering om hygieniske rammer for «injisering» av narkotika. Endringa vert gjort for at ulike måtar å innta narkotika skal være likestilt i ordninga. Når ulike måtar å innta narkotika er likestilt i ordninga og personar som inntar narkotika på andre måtar enn ved injisering skal kunne få tilgang til ordninga, kan det oppstå behov for å prioritere kven som skal få tilgang til brukarrom dersom det er kapasitetsproblem. Etter departementet si vurdering opnar regelverket for ei slik

prioritering basert på kven som har størst behov og som vil ha mest nytte av ei slik teneste.

Som ein konsekvens av at ulike inntaksmåtar skal likestillast i ordninga, og at personar som inntar narkotika på andre måtar enn ved injisering skal kunne få adgang til ordninga, er det også gjort ei endring i formuleringa om å motivere for skånsomt inntak. Ordlyden «mer skånsomme inntaksmåtar» er endra til «mest mulig skånsomt inntak.»

Sjå dei alminnelege merknadane i punkt 4.

Til § 2

Noverande andre og tredje ledd blir samla i *andre ledd*.

Tredje ledd er ei ny føresegn som gir heimel for å gjere unntak frå krava i andre ledd, mellom anna kravet om å ha både injeksjonsrom og inhaleringsrom.

Føresegna gir ein vid tilgang til å gjere unntak. I vurderinga av om det skal givast unntak, kan Helsedirektoratet leggje vekt mellom anna på økonomiske omsyn, på eventuelle ønskje frå kommunen om differensiering av tilbodet i brukarrom og eventuelle problem med tilgang på eigna lokale.

Eit eventuelt unntak frå kravet om tilgang til behandlingsrom kan vere aktuelt i samanheng med unntak frå kravet om tilbod om helsehjelp etter forskrifta § 5 første ledd bokstav f, jf. punkt 5.1.

Sjå dei alminnelege merknadane i punkt 5.

Til § 5

Nytt *andre punktum* har samanheng med endringa i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-6 som inneber at annan offentlig eller privat tenesteytar kan drive brukarrom etter avtale med kommunen. Dei reglane om behandling av helseopplysningar som gjeld for kommunen, vil gjelde også for den som driv brukarrom på vegne av kommunen. Sjå dei alminnelege merknadane i punkt 6.

9.2 Til endringa i helseforetaksloven

Tilvisinga i helseforetaksloven § 35 tredje ledd er endra frå sameloven § 3-1 nr. 4 til sameloven § 3-1 bokstav b. I samband med endringar i språkreglane i sameloven vart det gjort ei endring i sameloven § 3-1. Endringa innebar at omgrepa «lokalt offentlig organ» og «regionalt offentlig organ» vart tekne ut av lova og erstatta med fellesnemninga «offentlige organer». Offentlege organar er i ny § 3-1 bokstav b definert som kvart organ for staten, fylkeskommunen og kommunen. Som følge av ein inkurie vart tilvisinga til sameloven i helseforetaksloven § 35 tredje ledd ikkje oppdatert.

9.3 Til endringane i helse- og omsorgstjenesteloven

Til § 3-9 c

Endringa i *andre punktum* inneber at den rådgivande eininga for russaker ikkje lenger skal ha som lovfesta oppgåve å gjennomføre ruskontroll.

Sjå dei alminnelege merknadane i punkt 7.

Til § 5-6

Endringa i *tredje punktum* inneber at kommunen kan inngå avtale med private tenesteytarar om å drive brukarromordning på tilsvarende måte som for kommunens kjøp av andre helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd første punktum. Dette omfattar både ideelle organisasjonar og andre private aktørar.

Kommunen kan også inngå avtale med andre offentlege tenesteytarar om drift av brukarromordning. Eit døme kan vere interkommunalt samarbeid.

På same måte som for andre tenester, kan avtalen med kommunen ikkje overdragast, jf. § 3-1 femte ledd andre punktum, som også gjeld etter tilvisinga i § 5-6 tredje punktum.

Sjå dei alminnelege merknadane i punkt 6.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Dykkar Majestet godkjenner og skriv under eit framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om endringar i brukerromsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (målgruppe, driftsavtale og unntak frå krava til brukarromlokala).

Vi **HARALD**, Noregs Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjere vedtak til lov om endringar i brukerromsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (målgruppe, driftsavtale og unntak frå krava til brukarromlokala) i samsvar med eit vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringar i brukerromsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (målgruppe, driftsavtale og unntak frå krava til brukarromlokala)

I

I lov 2. juli 2004 nr. 64 om ordning med brukerrom for inntak av narkotika blir det gjort følgande endringar:

§ 1 andre ledd første punktum skal lyde:
Brukerromsordningen skal bidra til økt verdighet for mennesker med *helseskadelig og risikofyllt bruk av narkotika* ved å tilby hygieniske rammer for *inntak* av narkotika og motivere for *mest mulig skånsomt inntak*.

§ 2 andre og tredje ledd skal lyde:
En brukerromsordning skal inneholde et injiseringsrom, *et inhaleringsrom*, et fremmøterom og *et* samtalerom. I tillegg skal brukerromsordningen ha tilgang til et behandlingsrom.
Departementet kan i en godkjenning etter § 3 eller ved endring av en slik godkjenning gjøre unntak fra kravene i andre ledd.

§ 5 nytt andre punktum skal lyde:
Det samme gjelder en tjenesteyter som driver brukerrom etter avtale med kommunen.

Noverande andre punktum blir nytt tredje punktum.

II

I lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. skal § 35 tredje ledd lyde:

Regionalt helseforetak skal sørge for at den enkelte pasients utvidede rett til bruk av samisk språk i spesialisthelsetjenesten blir ivaretatt, jf. sameloven § 3-1 *bokstav b* og § 3-5.

III

I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. blir det gjort følgande endringar:

§ 3-9 c første ledd andre punktum skal lyde:
Denne enheten skal ha ansvaret for å møte personer når oppmøte for enheten er satt som vilkår for en bestemt strafferettslig *reaksjon*.

§ 5-6 tredje punktum skal lyde:
§ 3-1 femte ledd gjelder tilsvarende.

IV

Loven gjeld frå den tid Kongen fastset. Kongen kan sette i verk dei einskilde føresegnene til ulik tid.

