

HØYRINGSNOTAT

Endringar i lov og forskrift om ordning med brukarrom for inntak av narkotika (utviding av brukarkrins, rusmiddelanalyse og heimel for å gjere unntak frå nokre av krava til brukarromordningar osv.)

Høyringsfrist: 5. mai og 16. juni 2025 – sjå høyringsbrevet

1	Hovudinnhaldet i høyringsnotatet.....	5
2	Bakgrunn.....	6
2.1	Om ordninga med brukarrom og regelverket	6
2.2	Nasjonal overdosestrategi og Switch-kampanjen	7
2.3	Utgreiing av rusmiddelanalysetenester som skadereduserande tiltak og eit heilskapleg system for overvaking og beredskapstenking på rusmiddelfeltet	9
2.4	Forslag om rusreform i NOU 2019: 26 og Prop. 92 L (2020–2021) og Stortingets behandling av lovforslaget.....	10
2.5	Høgsterettsdommar og retningslinjer frå riksadvokaten om mindre narkotikalovbrot gjort av rusmiddelavhengige.....	11
2.6	NOU 2024: 12 Håndheving av mindre narkotikaovertrедelser	13
2.7	Dok. 8: 157 S (2022–2023) om endring av brukerromsloven og behandlingen i Stortinget	13
2.8	Meld. St. 5 (2024–2025) Trygghet, fellesskap og verdighet – Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling.....	15
2.9	Dei eksisterande brukarromordningane i Noreg	15
2.9.1	Innleiing	15
2.9.2	Brukarrommet i Oslo.....	16
2.9.3	Brukarrommet i Bergen	17
2.10	Brukarromordningar og rusmiddelanalysetenester i andre land	18
2.10.1	Kunnskap om brukarrom i andre land	18
2.10.2	Kunnskap om rusmiddelanalysetenester i andre land.....	22
2.10.3	Danmark.....	24
2.10.4	Island.....	27
2.10.5	Sverige.....	28
2.10.6	Finland	29

2.11	Narkotikakonvensjonane og andre folkerettslege forpliktingar osb.	30
2.11.1	Narkotikakonvensjonane	30
2.11.2	Menneskerettar og internasjonale tilrådingar	33
3	Behovet for endringar i brukarromregelverket og dei overordna vurderingane til departementet	34
3.1	Utfordringar og behov for endringar – innleiing.....	34
3.2	Krav til brukarromordningar osb.	36
3.3	Brukarkrins og type narkotiske stoff.....	37
3.4	Rusmiddelanalyseteneste i brukarrom	38
4	Tilgang til brukarromordninga og kva stoff som kan inntakast og korleis.....	40
4.1	Gjeldande rett	40
4.2	Vurderingane og forslaga frå departementet – brukarkrins, stoff og inntaksmåtar	42
4.2.1	Innleiing	42
4.2.2	Kravet om «injeksjonspraksis».....	43
4.2.3	Kravet om «langvarig narkotikaavhengighet»	44
4.2.4	Kva for narkotiske stoff ein kan innta i brukarrom.....	48
4.2.5	Inntaksmåtar	49
5	Krava til brukarromordningar – lokale, innhald, bemanning og drift – unntaksheimlar osb.	50
5.1	Gjeldande rett	50
5.1.1	Innleiing	50
5.1.2	Kommunal drift.....	50
5.1.3	Lokala.....	50
5.1.4	Innhaldet i brukarromordninga.....	51
5.1.5	Bemanninga	52

5.2	Vurderingane og forslaga frå departementet – krava til brukarrom osb.	52
5.2.1	Innleiing – utgangspunkt – forslag om unntaksheimel osb.....	52
5.2.2	Lokala og spørsmålet om differensierte tilbod	53
5.2.3	Innhaldet i brukarromordninga.....	54
5.2.4	Bemanninga	55
5.2.5	Avtale med privat aktør om drift av brukarromordning.....	56
6	Analyse av rusmiddel i brukarrom.....	57
7	Oppsummering av forslaga og vurdering av forholdet til menneskerettane og andre folkerettslege forpliktingar	59
8	Økonomiske og administrative konsekvensar.....	61
9	Utkast til endringar i lov og forskrift.....	62
9.1	Utkast til endringar i brukerromsloven og helse- og omsorgstjenesteloven.....	62
9.2	Utkast til endringar i brukerromsforskriften.....	63

1 Hovudinnhaldet i høyringsnotatet

Høyringsnotatet gjeld forslag til endringar i lov om ordning med brukarrom for inntak av narkotika (brukerromsloven) med tilhøyrande forskrift.

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 kan etablere fleire brukarrom, eventuelt med differensierte tilbod til ulike målgrupper.

Departementet foreslår derfor heimel for å gjere unntak frå nokre av krava i brukerromsloven og -forskriften, slik at kommunane kan søke om unntak. Dette gjeld krav til lokala, innhaldet i tenestene og bemanninga. Sjå punkt 3.2 og 5.2.

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. Sjå punkt 5.2.5.

Vidare er det forslag om endringar i føresegnene om kven som kan få tilgang til brukarrom og om kva for narkotiske stoff ein skal kunne innta i brukarrom. Departementet foreslår mellom anna å fjerne kravet om at brukaren må ha ein injeksjonspraksis og avgrensinga til stoff som blir injisert. Departementet foreslår at regelverket skal likestille alle typar narkotika og inntaksmåtar. Sjå punkt 3.3 og 4.2.

Det blir også foreslått ei føresegn om at kommunen kan velje å tilby dei registrerte brukarane rusmiddelanalyse i brukarrommet. Analyse av innhaldet i rusmiddelet før inntak er eit skadereduserande tiltak overfor den enkelte brukaren. Samtidig kan analyseresultata vere ein av fleire kjelder til informasjon om førekomst av ulike rusmiddel og inngå i eit system for overvaking av trendar og varsling om nye og særleg farlege stoff. Sjå punkt 3.4 og 6.

Der det ikkje er nær samanheng mellom endringar i lovføresegner og forskriftsføresegner, blir det tatt sikte på å vedta og sette i kraft endringar i brukerromsforskriften i medhald av loven § 8, utan å vente på prosessen med endringar i loven. På den måten kan forskriftsendringane, mellom anna om høve til å tilby rusmiddelanalysetenester i brukarrom og høve til å gjere unntak frå nokre av krava til innhaldet og bemanninga i brukarromordningar, ta til å gjelde snarast mogleg.

2 Bakgrunn

2.1 Om ordninga med brukarrom og regelverket

Etablering og drift av brukarrom er regulert i lov 2. juli 2004 nr. 64 om ordning med brukarrom for inntak av narkotika (brukerromsloven) og forskrift 17. desember 2004 nr. 1661 om ordning med brukarrom for inntak av narkotika (brukerromsforskriften).

Loven blei i 2004 vedtatt som midlertidig lov om prøveordning med lokale for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning). Loven blei gjort permanent i 2009, og namnet på loven blei forandra i 2019.

Loven legg til rette for at kommunar som ønsker det, kan etablere ordningar med brukarrom etter godkjenning frå Helsedirektoratet.¹

Etablerte brukarromordningar er ein del av helse- og omsorgstenesta i kommunen og skal vere eit supplement til dei andre helse- og omsorgstenestene kommunen tilbyr den aktuelle målgruppa. I forskrifta er det stilt absolutte krav til kva ei brukarromordning skal innehalde. Kommunen kan ikkje inngå avtale med private om drift av brukarromordning.

Brukarromordninga er eit skadereduserande tiltak. Det har til formål å auke verdigheita til menneske med langvarig narkotikaavhengnad og bidra til auka helsemessig tryggleik, ved å gi tilbod om ein stad å innta narkotika under hygieniske forhold og tilsyn.

Helsepersonell held auge med brukarane under og etter inntak av narkotika og skal kunne gi brukarane hjelp raskt ved overdose. Ordninga skal også bidra til å førebygge infeksjonar og smitte. Personalet kan gi brukarane individuell og konkret rådgiving i samband med inntak av narkotika i brukarrommet og motivere for meir skånsame inntaksmåtar. Vidare skal ordninga auka moglegheita for samtalar og kontakt mellom den enkelte brukaren og hjelpeapparatet med sikte på tverrfagleg oppfølging og behandling for rusmiddelavhengnaden. Dette kjem fram av formålsparagrafen i loven.

Berre personar over 18 år, med langvarig narkotikaavhengnad og helseskadeleg injeksjonspraksis har tilgang til brukarrom.

Ordninga gjaldt opphavleg berre injisering av heroin. Reglane er seinare forandra på fleire punkt. Frå 2019 gjeld straffridomen etter loven inntak av narkotika i ordningas injiseringsrom eller inhaleringsrom og omfattar ein brukardose narkotika til eigen bruk, utan spesifisering av inntaksmåte. Namnet til loven og forskrifta blei forandra slik at dei gjeld «brukerrom» i staden for «sprøyterom».

Frå same tid omfattar loven «narkotika» utan nærare spesifisering av typar narkotiske stoff. Etter forskrifta gjeld det likevel berre «narkotiske stoffer som injiseres». Dette

¹ Myndigheita til å gi godkjenning etter loven § 3 første ledd er delegert frå departementet til Helsedirektoratet, jf. Helse- og omsorgsdepartementets vedtak 18. mars 2010 om delegering av myndigheit fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet (FOR-2010-03-18-425).

omfattar narkotiske stoff som vanlegvis blir injiserte, og stoff som ikkje er meint for injisering, men som likevel blir brukte på den måten. Korleis stoffet blir inntatt i det enkelte tilfellet er ikkje avgjerande. Det heiter i forarbeida at formuleringa avgrensar mot «cannabis eller andre ulovlege rusmidler som ikke injiseres av brukerne og som ikke er forbundet med samme overdosefare».² Kriteria «langvarig narkotikaavhengighet og en helseskadelig injeksjonspraksis» blei opprettheldt som krav for å bli registrert som brukar av ordninga.

Noko av bakgrunnen for endringane var eit ønske om at ordninga skal bidra til å motivere for meir skånsame inntaksmåtar enn injisering. Det blei tatt inn eit tillegg om dette i formålparagrafen. Samtidig blei det fastsett at brukarrom skal innehalde eit rom for inhalering av narkotika (inhaleringsrom), i tillegg til injiseringsrom, frammøterom, samtalerom og tilgang til eit behandlingsrom.

Personalet skal gi tilbod om opplæring i andre meir skånsame inntaksmåtar enn injisering. Brukarane kan i brukarrommet prøve ut dette som ledd i opplæring og overgang frå injisering til meir skånsame inntaksmåtar.

Tilbodet i brukarrom omfattar ikkje analyse av dei narkotiske stoffa.

I godkjende brukarrom kan registrerte brukarar straffritt ha med seg («besitte») og innta ein brukardose narkotika som nemnt. Det er ikkje lovleg, men kan ikkje straffast innanfor ramma av brukarromordninga. Dette følger av brukerromsloven og -forskriften.

Rettsutviklinga har medført at det no heller ikkje blir reagert med straff for slike lovbrøt begått av rusmiddelavhengige andre stader enn i brukarrom. Dette er førebels ikkje lovfesta, men følger av høgsterettsrettspraksis, sjå punkt 2.5. Bakgrunnen for dette er lovgivarsignal gitt i samband med Stortingets behandling av forslaget om ei rusreform sett fram i Prop. 92 L (2020–2021) *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m.)*, sjå punkt 2.4. Sjå også punkt 2.6 om forslaget til lovfesting i NOU 2024: 12 *Håndheving av mindre narkotikaovertrедelser*.

Dei gjeldande føresegnene i brukerromsloven og -forskriften som er særleg relevante for forslaga i dette høyringsnotatet er nærare omtalte i punkt 4.1 og 5.1.

2.2 Nasjonal overdosestrategi og Switch-kampanjen

Arbeidet mot overdosar har sidan 2014 vore organisert igjennom ein nasjonal overdosestrategi, først for perioden 2014–2017, deretter i revidert form for 2019–2022. *Nasjonal overdosestrategi 2019–2022*³ blei forlenget på grunn av arbeidet med stortingsmeldinga om førebyggings- og behandlingsreforma for rusfeltet.⁴

² Prop. 13 L (2018–2019) punkt 2.5.3.

³ Helsedirektoratet, 2019. [Nasjonal overdosestrategi 2019 - 2022 endelig versjon datert 15032019 \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no)

⁴ [Overdosestrategien forlenges - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

Ifølge strategien ville Helsedirektoratet arbeide for bevisstgjøring av brukarane om tryggare inntaksmåtar av ulike rusmiddel og om auka fare ved blanding av fleire rusmiddel inkludert alkohol.

Overdosestrategien bygde på tre hovudpilarar: (1) Switch-kampanje for tryggare inntaksmåtar av alle rusmiddel, (2) auka tilgang til legemiddelassistert rehabilitering (LAR), inkludert lågterskel substitusjonsbehandling i LAR, og (3) framleis utplassering av nalokson nasespray.

Reduksjon i sprøytebruk blei framheva som den viktigaste endringa i brukarkulturen for å få til ein betydeleg reduksjon både av talet på overdosedødsfall og av andre helseskadar som sprøytebruk medfører. Dette blei peikt på som ein overordna langsiktig strategi i alt overdoseforebyggande arbeid og i skadereduksjonsarbeid på rusmiddelfeltet generelt. Endringar i brukarmønster for både opioid og andre rusmiddel viser at det er viktig å arbeide for tryggare inntaksmåtar både når det gjeld dei ulike opioida og heile spekteret av rusmiddel.

Eit hovudfokus har vore overgang frå å innta heroin med sprøyte til å røyke/inhalere det. Faren for overdose er mindre ved røyking/inhalering enn ved injisering, og dessutan forebyggast smitte og infeksjonar. Det har vore ein styrke for Switch-kampanjen at det blir gitt opplæring i meir skånsame inntaksmåtar enn injisering i brukarromma.

Etter kvart har Switch-kampanjen også tatt opp i seg mindre helseskadelege måtar å bruke rusmiddel generelt. Omgrepet «Switch» blir ikkje brukt i den reviderte versjonen av Helsedirektoratets nasjonale faglege råd om lokalt overdoseforebyggande arbeid. Men det blir mellom anna peikt på at kommunal helse- og omsorgsteneste bør tilby skadereduserande tiltak til personar med rusmiddelproblem, inkludert utdeling av reint brukarutstyr og rettleiing i mindre helseskadelege inntaksmåtar.⁵

Helsedirektoratet viser i råda til notatet *Bruk av rusmidler på ulike måter – ulik risiko* som er utarbeidd av Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) ved Universitetet i Oslo på oppdrag frå Helsedirektoratet.⁶ Blant tilrådingane i notatet er at helsepersonell og andre aktuelle personar gir generelle og rusmiddelspesifikke råd om tryggare rusmiddelbruk. Dette omfattar mellom anna informasjon om ulike inntaksmåtar og alternativ og modifiseringar som kan gjere rusmiddelbruk mindre risikabelt. Det bør òg delast ut utstyr som fremmer dette. Det heiter òg at trygge lokale for rusmiddelbruk kan vere med på å redusere skade.

Tiltaka i overdosestrategien er reviderte og vidareførte. Helsedirektoratet har eit ståande oppdrag om å sette i verk dei tiltaka direktoratet til kvar tid finn mest formålstenleg for å redusere talet på overdosar, basert på kunnskapsgrunnlaget og utfordringsbiletet som finst, innanfor gjeldande budsjetttrammer. Departementet har i 2024 gitt direktoratet i oppdrag å

⁵ Helsedirektoratet: Nasjonale faglige råd «Overdoseforebyggende arbeid i kommunen».

⁶ Bramnes og Madah-Amiri, 2017. [Notat - Bruk av rusmiddel på ulike måter – ulik risiko - Senter for rus- og avhengighetsforskning \(uio.no\)](https://www.uio.no/seraf/rapporter/2017/01/20170101-notat-om-bruk-av-rusmidler-pa-ulike-mater-ulik-risiko)

ferdigstille og sette i verk ein dynamisk, ikkje tidsavgrensa, handlingsplan mot overdosar. Eitt av innsatsområda er framleis førebygging av overdosedødsfall som skuldast ulovlege rusmiddel. Den nye innretninga av arbeidet mot overdosar er nært knytt til forslag om eit system for heilskapleg overvaking av rusmiddelsituasjonen og innføring av beredskapstenking på rusmiddelområdet.⁷ Sjå punkt 2.3.

2.3 Utgreiing av rusmiddelanalysetenester som skadereduserande tiltak og eit heilskapleg system for overvaking og beredskapstenking på rusmiddelfeltet

Omgrepa rusmiddelanalysetenester og testing av rusmiddel blir brukte om ei rekke ulike former for analyse av ulovlege rusmiddel for å finne ut kva stoffa inneheld. Dette kan brukast som eit skadeførebyggjande tiltak overfor den enkelte brukaren, og resultatane kan eventuelt også inngå i eit system for overvaking av trendar i narkotikamarknaden og varsling om nye eller særleg farlege stoff.

Utgreiing av om rusmiddelanalysetenester kan vere nyttig, både i brukarrom og elles, blei omtalt som eit tiltak under omtalen av nye innsatsområde i den nasjonale overdosestrategien som kom i 2019.⁸

Helsedirektoratet gav Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) ved Universitetet i Oslo i oppdrag å utarbeide ei oppsummering av eksisterande forskning på feltet og annan kunnskap om testing av rusmiddel for brukarar av ulovlege stoff, og å gi tilrådingar. Oppdraget gjaldt både testing i brukarrom o.l. og testutstyr som kan gjerast tilgjengeleg for brukarane, mellom anna på festivalar osb. Kunnskapsoppsummeringa kom i 2019.⁹ På oppdrag frå Helsedirektoratet leverte SERAF ein oppdatert rapport i juni 2024.¹⁰ I rapporten er det ei kort oversikt over dei ulike teknikkane som er tilgjengelege, og ei omtale av korleis dei ulike modellane for rusmiddelanalysetenester kan brukast på individ- og befolkningsnivå. Det blir òg omtalt kva innverknad slike tenester har på individuelle åtferdsendingar.

Helsedirektoratet løyvde også middel til ei utgreiing om temaet av Foreningen Tryggere Ruspolitikk (FTR). Rapporten «*Tryggere med kunnskap – Anbefalinger til implementering av rusmiddelanalysetjenester i Norge*» kom i 2020.¹¹

⁷ Meld. St. 5 (2024–2025) punkt 4.2, 4.3 og 10.6.1.

⁸ Helsedirektoratets «Nasjonal overdosestrategi 2019–2022» punkt 3.1.5 (s. 11).

⁹ SERAF: Kunnskapsgrunnlag for tilbud om rusmiddeltesting for rusmiddelbrukere (SERAF rapport nr. 3/2019). Lenke: [SERAF rapport 3/2019 - Kunnskapsgrunnlag for tilbud om rusmiddeltesting for rusmiddelbrukere - Senter for rus- og avhengighetsforskning \(uio.no\)](#)

¹⁰ SERAF: En kunnskapsoppsummering av vitenskapelig litteratur omhandlende rusmiddeltesting (SERAF rapport nr. 3/2024). Lenke: [SERAF rapport nr 3/2024 - En kunnskapsoppsummering av vitenskapelig litteratur omhandlende rusmiddeltesting - Senter for rus- og avhengighetsforskning \(uio.no\)](#)

¹¹ Lenke: [Tryggere med kunnskap — Tryggere Ruspolitikk \(rusreform.no\)](#)

Rapportane belyser ulike metodar og modellar for rusmiddelanalysetenester og omsyn som må takast i betraktning ved val av tenestemodell og metodar osb. Det blir gjort greie for ulike formål og målgrupper og korleis testing kan ha nytte på individ- og befolkningsnivå osb. Det blir også peikt på omsyn for og imot å tilby slike tenester.

Om effekt av testing skriv SERAF at litteraturoppsummeringa gir «støtte til at rusmiddeltestingstjenester bidrar til skadereduksjon og potensielt sett overdoseforebygging, men understreker også behovet for mer forskning med høgere kvalitet og mer robuste studiedesign».¹²

På bakgrunn av kunnskapsoppsummeringa som SERAF skreiv i 2024, og samtaler med relevante aktørar, har SERAF skissert ein modell for korleis rusmiddelanalysetenester kan leggjast opp i Noreg. Fleire kommunar har gitt uttrykk for at dei ønsker å starte opp ei teneste med tilbod om rusmiddelanalyse. Den foreslåtte modellen kombinerer rusmiddelanalysetenester retta mot den enkelte rusmiddelbrukaren og eit integrert overvakingssystem for samfunnet. Det blir også foreslått ein integrert følgeforskningsstrategi.¹³

I Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet — Forebyggings- og behandlingsreformen for rusfeltet Del I – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling* punkt 10.6.1 kjem det fram at regjeringa vil vurdere etablering av ei rusmiddelanalyseteneste, og at dette sjåast i samanheng med utgreiinga av eit system for heilskapleg overvaking av rusmiddelsituasjonen. Regjeringa vurderer at ei rusmiddelanalyseteneste kan vere eit sentralt skadeforebyggande tiltak, og kan inngå i eit overvakingssystem for å følge med på særleg farleg rusmiddel i omløp.

Etter oppdrag frå departementet skal Helsedirektoratet innan 31. mai 2025 greie ut eit heilskapleg system for overvaking av rusmiddelsituasjonen og innføring av beredskapstenking innan rusmiddelområdet og vurdere korleis ei rusmiddelanalyseteneste kan inngå i dette.

2.4 Forslag om rusreform i NOU 2019: 26 og Prop. 92 L (2020–2021) og Stortingets behandling av lovforslaget

I NOU 2019: 26 *Rusreform – fra straff til hjelp* foreslo Rusreformutvalget ein avkriminalisering av det å bruke eller ha å gjere med narkotika til eigen bruk. Etter forslaget skulle det å oppbevare eller ha narkotika med seg eller hos seg til eigen bruk

¹² SERAFs rapport nr. 3/2024 punkt 10 nr. 6 (s. 34–35). Sjå også punkt 7 (s. 26–29).

¹³ SERAF: Et forslag til plan for rusmiddeltestingstjenester i fire norske byer; på oppdrag fra Helsedirektoratet (SERAF nr. rapport 1/2025). Lenke: [SERAF rapport 1/2025 - Et forslag til plan for rusmiddeltestingstjenester i fire norske byer; på oppdrag fra Helsedirektoratet - Senter for rus- og avhengighetsforskning](#)

ikkje kunne straffast, men det skulle framleis vere ulovleg og kunne møtast med ein reaksjon i form av plikt til å møte for ei kommunal rådgivande eining for narkotikasaker. Utvalet foreslo at det i forskrift skulle fastsetast terskelverdiar for kor store mengder stoff som kunne innehavast straffritt. Også sjølve bruken og erverv av narkotika til eigen bruk under terskelverdiane skulle omfattast av straffridomen, men ikkje innførsel og tilverking. Fleirtalet såg ikkje grunn til å skilje mellom personar med og utan rusliding, medan eitt medlem tok til orde for at straffridomen skulle avgrensast til berre å gjelde personar med rusmiddelavhengnad.

Gjennom Prop. 92 L (2020–2021) *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m.)* følgde regjeringa i stor grad opp Rusreformutvalgets forslag. Forslaget innebar at bruk av narkotika og erverv og innehaving av ei mindre mengd narkotika til eigen bruk skulle møtast med tilbod om hjelp, behandling og oppfølging, ikkje med straff. Forslaget skulle ikkje innebere ei legalisering av det å ha med narkotika å gjere på slike måtar. Handlingane skulle framleis vere ulovlege, men ikkje straffbare.¹⁴ Det blei foreslått at det skulle fastsetast terskelverdiar som skulle skilje mellom straffbare og straffrie lovbrøt.

Det blei foreslått endringar i helse- og omsorgstjenesteloven, straffeloven, straffeprosessloven, politiloven, brukerromsloven og legemiddeloven. Straffunntaket i brukerromsloven § 4 første ledd blei foreslått oppheva som overflødig sett i samanheng med dei andre foreslåtte endringane.

Regjeringas forslag om å oppheve straffansvaret for bruk av narkotika og erverv og innehaving av ei mindre mengd narkotika til eigen bruk, fekk ikkje fleirtal i Stortinget, jf. Innst. 612 L (2020–2021). Det blei likevel vedtatt at kommunane skal ha ei rådgivande eining for russaker, som skal møte personar når dette er sett som vilkår for ein bestemt strafferettsleg reaksjon.¹⁵ Stortinget fatta òg fleire oppmodingsvedtak, mellom anna om at regjeringa skal foreslå lovendringar slik at fengsel ikkje lenger blir straffereaksjon ved brot på føresegnene i legemiddeloven om å bruke og ha på seg eller hos seg narkotika til eigen bruk.¹⁶

Sjå også framstilling i NOU 2024: 12 *Håndheving av mindre narkotikaovertrедelser* punkt 3.2 til 3.6.

2.5 Høgsterettsdommar og retningslinjer frå riksadvokaten om mindre narkotikalovbrøt gjort av rusmiddelavhengige

Høgsterett avsa våren 2022 tre dommar om straffeutmåling for rusmiddelavhengige som hadde hatt å gjere med mindre mengder narkotika til eigen bruk. I dommane blei det lagt

¹⁴ Prop. 92 L (2020–2021) punkt 6.4 (s. 33–34).

¹⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9 b og straffeloven § 37 første ledd bokstav k, vedtatte ved lov 18. juni 2021 nr. 117 om endringer i straffeloven, i kraft 1. juli 2022.

¹⁶ Stortingets oppmodingsvedtak 3. juni 2021 nr. 1114 flg. Sjå punkt 2.5 og 2.6 om oppfølging av dette.

vekt på lovgivarsignal gitt i samband med Stortingets behandling av forslaget om rusreform sett fram i Prop. 92 L (2020–2021), jf. punkt 2.4.¹⁷

Den mest sentrale dommen gjaldt ein rusmiddelavhengig person som hadde oppbevart fire gram heroin til eigen bruk og som hadde brukt ulike rusmiddel. Høgsterett viste til at det var «bred enighet» på Stortinget om at det var lite formålstenleg å straffe rusmiddelavhengige for å ha å gjere med rusmiddel til eigen bruk, og til at domstolane må følge opp signal om straffutmåling frå Stortinget gitt i samband med ein lovgivingsprosess. På denne bakgrunnen fann Høgsterett at rusmiddelavhengiges bruk, erverv, innehaving («besittelse») og oppbevaring av inntil fem gram heroin, amfetamin eller kokain til eigen bruk skulle møtast med straffutmålingsfråfall etter straffeloven § 61.¹⁸ Tiltalte blei dermed dømt for oppbevaringa, men fekk ikkje utmålt noka straff.¹⁹

Høgsterett uttalte at det kan vere vanskeleg å trekke yttergrensene for kven som skal omfattast av desse endringane i straffutmålingspraksis. I dommen heiter det vidare:

«Jeg nevner likevel at As subjektive oppfatning av egen rusavhengighet ikke kan være avgjørende. Det kan neppe heller stilles ufravikelige krav om at vedkommende er diagnostisert som rusavhengig av lege. Rusavhengighet forutsetter imidlertid generelt en omfattende bruk av narkotika, både med hensyn til omfang og varighet, og som vedkommende selv har problemer med å kontrollere. Om dette er situasjonen, må bero på en objektiv vurdering, der tidligere rushistorikk og eventuell behandlingshistorikk vil stå sentralt. Også tidligere straffereaksjoner for narkotikarelaterte forhold og vedkommendes generelle livssituasjon er av betydning.»²⁰

Riksadvokaten har følgt opp med nye retningslinjer for korleis politiet skal behandle saker om rusmiddelavhengige som har hatt å gjere med narkotika til eigen bruk.²¹

Etter dette er praksis at påtalemakta gir rusmiddelavhengige ubetinga påtaleunnlating for å bruke narkotika og ha små mengder narkotika på seg eller hos seg til eigen bruk. Dersom ei sak om slike forhold likevel kjem for retten, er praksis at det blir reagert med straffutmålingsfråfall. Forholdet er framleis straffbart, men for rusmiddelavhengige blir det ikkje utmålt straff.²²

¹⁷ Høgsteretts dommar 8. april 2022, HR-2022-731-A, HR-2022-732-A og HR-2022-733-A.

¹⁸ Om omgrepet rusavhengig, sjå HR-2022-733-A avsnitt 23 til 26 og HR-2022-731-A avsnitt 52. Sjå også Efjestad, J.S.: Rusreformens etterspill i domstolene – Høyesteretts kursendring for utmålingspraksis i narkotikasaker. Lov og Rett, vol. 62, 2023, s. 619–643 punkt 2.4.

¹⁹ Høgsteretts dom 8. april 2022, HR-2022-731-A, (sak nr. 21-159952STR-HRET).

²⁰ HR-2022-731-A avsnitt 23 til 26.

²¹ Riksadvokatens brev av 13. mai 2022: Ny høyesterettspraksis om rusavhengiges befatning med narkotika til eigen bruk – retningslinjer og veiledning om etterforskning, reaksjonsfastsettelse mv. (RA-2022-826). [Retningslinjer etter Høyesterettsdommer om rusavhengige – Riksadvokaten](#)

²² Sjå også Efjestad, J.S.: Rusreformens etterspill i domstolene – Høyesteretts kursendring for utmålingspraksis i narkotikasaker. Lov og Rett, vol. 62, 2023, s. 619–643.

Sjå også framstilling i NOU 2024: 12 punkt 3.10 og 3.11.

2.6 NOU 2024: 12 Håndheving av mindre narkotikaovertrедelser

Regjeringa oppnemnde i mai 2023 eit utval som skulle greie ut utvalde strafferettslege og straffeprosessuelle spørsmål på rusfeltet på bakgrunn av utviklinga som er beskriven i punkt 2.4 og 2.5. Utvalet gav i juni 2024 frå seg utgreiinga si NOU 2024: 12 *Håndheving av mindre narkotikaovertrедelser*.

Utvalet foreslo ei ny strafferettsleg regulering av mindre narkotikaregelbrot i straffeloven § 232 a. Dette omfattar bruk, erverv og innehaving av mindre mengder narkotika til eigen bruk. I dag blir slike lovbroт delvis regulert av straffeloven § 231, og delvis av legemiddeloven § 24 første ledd, jf. § 31 andre ledd. Formålet med forslaget er å sikre ei samla strafferettsleg regulering av det å ha å gjere med narkotika til eigen bruk. Det nye straffebudet blir foreslått å gjelde for alle, men med særregler om reaksjonsfastsettelsen.

Utvalet foreslo at strafferamma for forsettlege broт av straffeloven § 232 a skal vere bot eller fengsel inntil 6 månadar og legg til grunn at dagens straffenivå skal vidareførast. I tråd med mandatet foreslo utvalet ei eiga lovregulering av reaksjonsfastsettinga overfor rusmiddelavhengige (§ 232 a tredje ledd i utkastet). Føresegna er i hovudsak meint som ei lovfesting og klargjering av gjeldande rett etter Høgsteretts avgjerder 8. april 2022, jf. punkt 2.5. Forslaget inneber at overfor vaksne personar som må sjåast på som rusmiddelavhengige, skal reaksjonen normalt vere ubetinga påtaleunnlating eller straffutmålingsfråfall. Dette er strafferettslege reaksjonar som ikkje blir sett på som straff, og som inneber ei endeleg avgjerd av saka utan vilkår overfor lovbrytaren.

Utvalet vurderte det slik at rusmiddelavhengnad er eit så komplekst fenomen at det ikkje lar seg gjere å gi omgrepet eit presist og tydeleg rettsleg innhald, slik mandatet til utvalet etterspurde. Utvalet foreslo at omgrepet rusmiddelavhengig i denne samanhengen skal vere ein rettsleg standard, der klassifikasjonen må bygge på skjønn. Ved vurderinga av om gjerningspersonen er rusmiddelavhengig, skal det mellom anna leggst vekt på medisinsk diagnose, omfang, varigheit og inntaksmåte for rusmiddelet, evne til å kontrollere rusbruken, funksjonsevne, tidlegare rushistorikk og generell livssituasjon.²³

2.7 Dok. 8: 157 S (2022–2023) om endring av brukerromsloven og behandlingen i Stortinget

Storingsrepresentantar frå Venstre fremma våren 2023 eit representantforslag om endring av brukerromsloven.²⁴ Dei foreslo at Stortinget skulle be regjeringa fremme forslag om å forandre brukerromsloven med forskrift slik at menneske med langvarig rusmiddelavhengnad ikkje kan avvisast frå brukarrom sjølv om dei ikkje har eller har hatt ein skadeleg injeksjonspraksis. Dei foreslo òg å be regjeringa sørge for at det i samarbeid

²³ NOU 2024: 12 punkt 2.2 (s. 29).

²⁴ Dokument 8:157 S (2022–2023) om endring av brukerromsloven.

med Oslo kommune blir etablert eit ekstra brukarrom i Oslo som er tilgjengeleg for alle rusmiddelavhengige uavhengig av bustad. Vidare foreslo dei å be regjeringa kome tilbake til Stortinget med forslag til korleis det kan givast unntak frå enkelte krav i brukerromsloven og brukerromsforskriften for at mindre byar og tettstader enklare kan etablere brukarrom.

I grunngevinga for forslaget blei det vist til at det er kapasitetsutfordringar ved brukarrommet i Oslo, og at mange blir avvist av denne eller andre grunnar. Forslagsstillarane meinte det er behov for fleire brukarrom. Dei viste òg til at det etter lovendingane i 2019 har vore ein betrakteleg auke i inhalering av rusmiddel i brukarrommet, noko som er ei ønskt utvikling som erstatning for injisering. Dei meinte kapasitetsproblem i inhaleringsrommet og avvising av brukarar som ikkje injiserer, kan ha ein uønskt konsekvens ved at brukarar vel å injisere narkotika heller enn å inhalere. Forslagsstillarane meinte det er viktigare at det blir etablert fleire brukarrom, enn at absolutt alle nojeldande krav må innfriast.

Den norske legeförening sende eit skriftleg høyringsinnspel der dei støtta forslaget om å fjerne kravet om helseskadeleg injeksjonspraksis som vilkår for tilgang til brukarrom. Legeföreningen støtta også forslaget om eit ekstra brukarrom i Oslo som er tilgjengeleg for alle rusmiddelavhengige uavhengig av bustad. Legeföreningen meinte det tredje underforslaget var noko uklart formulert, men støtta ei moglegheit for å etablere brukarrom utan inhaleringsrom dersom inhaleringsrom gjer det meir kostnadskrevjande. Foreningen meinte det er viktig å løyse kapasitetsproblema. Foreningen uttalte også at det er opplagt at fleire byar og større tettstader vil ha stor nytte av brukarrom, der det blir etablert kontakt med brukargruppa og blir driven skadereuserande arbeid, og der utdeling av gratis brukarutstyr kan finne stad.

Helse- og omsorgsministeren peikte i fråsegna si til forslaget på at langt fleire kommunar enn Oslo og Bergen har brukarar som kunne ha nytte av brukarrom, og at krava i regelverket kan vere ein barriere for etablering av fleire brukarrom. Ho uttalte at behovet for endringar i brukerromsloven og tilhøyrande forskrift ville bli vurdert i samband med førebyggings- og behandlingsreforma for rusfeltet.²⁵

Representantforslaget blei ikkje vedteke i Stortinget, men eit fleirtal i helse- og omsorgskomiteen uttalte at dei er opptatte av at det blir gitt eit verdig tilbod som bidrar til skadereduksjon for rusmiddelbrukarar. Eit anna fleirtal uttalte mellom anna at også andre kommunar enn Oslo og Bergen kan ha nytte av brukarrom, og at det er krav i regelverket som kan vere ein barriere for etablering av fleire brukarrom. Dei meinte det er behov for å vurdere endringar i brukerromsloven og tilhøyrande forskrift.²⁶

²⁵ Brev til Stortingets helse- og omsorgskomite 28. mars 2023, ref. 23/1243.

²⁶ Innst. 434 S (2022–2023).

2.8 Meld. St. 5 (2024–2025) Trygghet, fellesskap og verdighet – Forebyggings- og behandlingsreforma for rusfeltet Del I – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling

Meld. St. 5 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og verdighet – Forebyggings- og behandlingsreforma for rusfeltet Del I – en ny politikk for forebygging, skadereduksjon og behandling* blei lagt fram i oktober 2024. Meldinga tar utgangspunkt i overdøyelegheit blant personar med rusmiddelproblem og understrekar at retten til helse også gjeld for denne gruppa. I tillegg til å betre tilgang til helsehjelp for målgrupper med rusmiddelproblem, er tiltak for å redusere skade av pågåande alvorleg rusmiddelbruk ein sentral del av forebyggings- og behandlingsreforma.

Brukarrom er omtalt i punkt 3.5.1 i meldinga. Rusmiddelanalysetenester og system for heilskapleg monitorering av rusmiddelsituasjonen er omtalt i punkt 10.6.1, jf. punkt 2.3.

Det er vidare ei målsetting å styrke kvaliteten i behandlinga og oppfølginga av menneske med rusmiddelproblem. Ein viktig del av reforma er ein meir lempeleg strafferettsleg tilnærming overfor personar som er avhengig av ulovlege rusmiddel, inkludert å sikre at personar med alvorleg rusmiddelproblematikk ikkje blir straffa for bruk av ulovlege rusmiddel, men møtast med god hjelp og oppfølging. Det er allereie ei rettsutvikling på dette området, jf. punkt 2.5.

Helse- og omsorgskomiteen ga si innstilling til meldinga 4. mars 2025.²⁷

Dei strafferettslege og straffeprosessuelle spørsmåla, som mellom anna er greidde ut av Rushåndhevingsutvalget, jf. punkt 2.6, skal følgast opp i ein lovproposisjon som vil utgjere del 2 av forebyggings- og behandlingsreforma.

2.9 Dei eksisterande brukarromordningane i Noreg

2.9.1 Innleiing

Det er berre to kommunar som har etablert brukarrom. Det er eit brukarrom i Oslo og eit i Bergen.

Trondheim kommune greidde ut etablering av brukarrom i 2021. Det var etter forståinga til departementet tenkt drift frå 2024. Men spørsmål både om lokasjon og investeringar har ført til at ein ikkje kom vidare med prosjektet i 2024.

Stavanger kommune greidde ut spørsmålet om brukarromordning i 2022, men konkluderte den gongen med at få brukarar vilje nytte seg av ei slik ordning.²⁸

²⁷ Innst. 155 S (2024–2025).

²⁸ Dagsavisen 5. september 2022: [Høye tall for overdoser: 25 døde i Rogaland i 2021 – Dagsavisen](#)

Som nemnt i stortingsmeldinga om førebyggings- og behandlingsreforma er kunnskapen om effekt av brukarrom i Noreg avgrensa.²⁹ Den einaste evalueringa er frå 2007, då Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) evaluerte prøveordninga med sprøyterom som då berre fanst i Oslo.³⁰ Evaluator kunne ikkje finne at sprøyterommet hadde direkte effekt på overdosedødsfall i Oslo generelt, men meinte at ordninga bidrog til auka verdigheit både på eit allment og eit individuelt nivå. Formålet om tilgang til helsehjelp og vidare sosialfagleg oppfølging var varetatt i noka grad. Brukarane uttrykte stor tilfredsheit med tilbodet.

Senter for rusmiddelforskning (SERAF) skal på oppdrag frå Helsedirektoratet gjennomføre ei ny evaluering av brukarromma i Oslo og Bergen skal.³¹

2.9.2 Brukarrommet i Oslo

Oslo kommune etablerte i 2005 eit sprøyterom som eit prøveprosjekt. I 2009 blei prøveordninga gjord permanent. Inhaleringsrom blei tilgjengeleg i 2020.

Brukarrommet er ein del av tilbodet ved Prindsen mottakssenter som høyrer under Velferdsetaten. Det er eit helse- og sosialfagleg lågterskeltilbod for menneske med rusrelaterte utfordringar. Mottakssenteret tilbyr smittevernutstyr, overdosereduserae tiltak, kartlegging av situasjonen og behova til brukarar, brukarrom, helsetenester, akuttovernatting, hjelp til heimreise, moglegheit for oppfølging og videreformidling til ordinært hjelpeapparat osb.³²

Opningstida har tidlegare vore kortare i helgane enn resten av veka, men er frå november 2023 kl. 09–22 alle dagar heile veka. Det blei då forventa ein auke i talet på inntak.³³

Det er opplyst om rekordhøge besøkstal i delar av 2024, med over 5 000 besøk i løpet av ein månad (juli). Gjennom året hadde brukarrommet nesten 52 000 besøk for rusinntak. Dette er ein betydeleg auke frå åra før då det var over 43 000 besøk i 2023 og drygt 35 000 i 2022.

I månadsrapporten for april 2024 heitte det at tala på enkeltindivid held seg relativt stabilt, men at dei same personane kjem oftare, og at dette kan hengje saman med auke i bruk av stimulerande rusmiddel, med hyppigare inntak.

Opplysningane nedanfor gjeld 2023 der ikkje anna er angitt.³⁴

Det var 955 personar som nytta seg av tilbodet, ein auke frå 885 året før.

²⁹ Meld. St. 5 (2024–2025) punkt 3.5.1.

³⁰ Olsen H, Skretting A.: Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom. SIRUS-rapport nr. 7/2007, Oslo.

³¹ Meld. St. 5 (2024–2025) punkt 3.5.1.

³² Oslo kommune: Prindsen mottakssenter – Årsrapport 2022.

³³ Oslo kommune: Prindsen mottakssenter – Brukerrommet – Månedsrapport november 2023.

³⁴ Opplysningane er henta frå årsrapporten frå 2023.

Brukarrommet har kapasitetsutfordringar. Dette fører til at brukarrommet stengjer inntaket av brukarar eller avviser enkeltbrukarar. Inntaket stengjer når lokalet blir fullt og uoversiktleg, og ved handtering av overdosar. I 2023 stengde tiltaket 1 345 gongar. Tidsmessig utgjorde dette nær 450 timar. Kapasitetsproblema gjer også at det ikkje er ope for registrering av alle nye brukarar som ønsker det. Det blei registrert 102 nye brukarar. Det skjedde 579 gonger at personar som ønskte å registrere seg for første gong ved tiltaket blei avviste.³⁵

Opioid blei oppgitt ved drygt 87 prosent av inntaka i 2023, anten åleine eller i kombinasjon med andre rusmiddel. Stimulerande rusmiddel, stort sett amfetamin og i aukande omfang kokain, blei oppgitt ved om lag 24 prosent av inntaka. Beroligande (benzodiazepiner) blei oppgitt ved knapt 4 prosent av inntaka.³⁶

I 2023 var injeksjon inntaksmåte ved om lag 67 prosent av inntaka, noko som var ein nedgang frå 75 prosent i 2022 og 90 prosent i 2021³⁷. Det heiter i årsrapportane at den høge delen kan hengje saman med at injeksjon (av heroin) tidlegare var einaste tillatne inntaksmåte (og rusmiddel), og at dei aller fleste brukarane var registrerte og nytta tilbodet før lovendingane og utvidinga av tilbodet.

Inhalasjon var inntaksmåte ved 34 og 32 prosent av inntaka i 2024 og 2023, noko som var ein auke frå 24 prosent i 2022 og 8 prosent i 2021. Det heiter at det primært er heroin som blir inntatt i inhalasjonsrommet, men med ein kraftig auke av kokain i løpet av 2023. Det heiter at det er ein jamn auke i bruk av inhalasjonsrommet, og tendensar til kapasitetsutfordringar også her, med kødannelse og ventetid. Viss ventetida er lang nyttar ein del heller injiseringsrommet dersom det er ledig.

Nasalt, oralt og rektalt inntak førekjem i lita utstrekking (til saman om lag 1 prosent).

Det blei handtert 114 overdosar i brukarrommet i 2024 og 129 og 131 de to føregåande åra. Alle overdosane hende etter injeksjon som inntaksmåte. Ingen av overdosane medførte dødsfall. Det har heller ikkje førekome dødsfall som følge av overdose i brukarrom i Noreg tidlegare år.

2.9.3 Brukarrommet i Bergen

Bergen kommune opna brukarrom rundt årsskiftet 2016–2017.

Brukarrommet er ei avdeling under Mottaks- og oppfølgingssenteret Gyldenpris som «tilbyr rusmiddelavhengige over 18 år hjelp til en bedret livssituasjon gjennom å redusere fysiske, psykiske og sosiale skader som følge av rusmiddelbruken». Dei andre avdelingane er dagavdelinga som er ein møteplass mellom rusmiddelavhengige og hjelpeapparatet med nokre aktivitetar, og eit ambulerande tverrfagleg overdoseteam med

³⁵ Det kjem ikkje fram om talet omfattar berre personar som oppfyller vilkåra for å bli registrerte eller også personar som blei eller ville blitt avviste av andre grunnar enn kapasitet.

³⁶ Beløpet overstig 100 prosent fordi nokre inntak består av ein kombinasjon av to eller fleire stoff.

³⁷ Oslo kommune: Prindsen mottakssenter – Årsrapport 2021 – Brukerrommet og Smittevern.

brei helse- og sosialfagleg kompetanse og som gir hjelp og rettleiing til dei som er i særleg risiko for overdosar.³⁸

Ved utgangen av 2024 var det totalt 1 211 registrerte brukarar av brukarrommet. Av desse var 109 nye i 2024. I 2024 var det mellom 120 og 230 unike brukarar per månad.³⁹

I 2024 var det om lag 8 500 inntak av rusmiddel i brukarrommet. I 2023 var det om lag 6 200 inntak.

Injeksjon er den vanlegaste inntaksmåten. I 2023 var over 90 prosent av inntaka injeksjon, men andelen var noko lågare i 2024. Inhalasjon er den vanlegaste blant dei andre inntaksmåtane, og andelen inhalasjon har i det seinere auka til over 20 prosent av inntaka.

Type rusmiddel er ikkje oppgitt samla for heile året, men det kjem fram at amfetamin er det mest brukte stoffet etterfølgt av heroin.

Det var 36 overdosar i brukarrommet i 2024 og 63 i 2023.

Brukarrommet var stengt i 113 tilfelle i 2024 og 109 tilfelle i 2023 på grunn av overdose, uønskte hendingar eller personalmangel.

Brukarrommet i Bergen har eit koordinerande ansvar for varsling om narkotiske stoff i omløp i området. Varslingane dreier seg om det generelle omløpet av narkotiske stoff i rusmiddel miljøet, til dømes heroin med høg reinleik, ureint stoff og/eller nye stoff i omløp. Grunnlaget for varslingane er egne observasjonar av brukarar av brukarrommet, og opplysningar frå brukarane sjølv, frå andre avdelingar på Mottaks- og oppfølgings senteret Gyldenpris og/eller frå andre instansar som politi og sjukehus. Varslingar blir sende per e-post til samarbeidspartnarar i Bergen og omland. Målet er å førebygge overdosar og overdosedødsfall, og dessutan redusere faren for rusrelaterte skadar.⁴⁰ I 2024 blei det varsla 4 gonger.

2.10 Brukarromordningar og rusmiddelanalysetenester i andre land

2.10.1 Kunnskap om brukarrom i andre land

EU Drugs Action Plan 2021–2025 beskriv tiltak for å nå måla i EU Drugs Strategy frå 2020. I delen om skadereduksjon og førebygging av overdosar og narkotikarelaterte dødsfall, er brukarrom og rusmiddelanalysetenester nemnde blant aktuelle tiltak der dette er eigna og i samsvar med nasjonal lovgiving.⁴¹ Kommisjon planlegg framlegging av

³⁸ Nettsidene til Bergen kommune: [Bergen kommune - MO-senteret Gyldenpris](#) Om brukarrommet: [Bergen kommune - Brukarrom](#)

³⁹ Talopplysningane i punkt 2.9.3 er henta frå månadsrapportane for brukarrommet, i hovudsak rapportane frå desember 2023 og desember 2024.

⁴⁰ Sjå månadsrapportar frå brukarrommet i Bergen s. 3.

⁴¹ EU Drugs Action Plan 2021–2025, action 46.

rapport om evaluering av narkotikastrategien og handlingsplanen for narkotika for 2021–2025 våren 2025.

Det europeiske overvåkingsorganet European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) blei frå juli 2024 eit ordinært EU-byrå, European Union Drugs Agency (EUDA), med eit nytt mandat.⁴² Noreg er knytt til EUDA gjennom ein samarbeidsavtale med EU.

EMCDDA hadde mellom anna til oppgåve å samanfatta tilgjengeleg kunnskap med sikte på å bidra til ein evidensbasert utforming av rusmiddelpolitikk på nasjonalt nivå i EU-landa. EMCDDA gav ut ei rekke publikasjonar. Mange av dei er no å finne på EUDAs nettsider.

EMCDDA og Correlation – European Harm Reduction Network (C-EHRN) gav i 2023 ut ein felles rapport om brukarrom i Europa, med oppsummering av kunnskap frå ulike undersøkingar mv., dei fleste fleire år tilbake i tid.⁴³

EUDA har på nettsidene sine oversikt over brukarromordningar – «Drug consumption rooms (DCR)» – i dei landa som er tilknytta byrået. Det er ifølge oversikta etablert brukarrom i Danmark, Tyskland, Nederland, Belgia, Luxembourg, Frankrike, Sveits, Spania, Portugal, Hellas og Noreg. Det er til saman meir enn 80 brukarrom.⁴⁴ Nokre byar har fleire brukarrom, og det finst heilt opp til 9 rom i éin enkelt by.

Også Canada, USA, Mexico og Australia har brukarromordningar. På verdsbasis er det over 100 brukarrom.⁴⁵

Brukarrom er ofte lokalisert i tilknytning til andre tenester. I Europa er det hovudsakleg tre modellar for brukarrom – integrerte, spesialiserte og mobile fasilitetar. Mange brukarrom er integrerte i andre lågterskeltiltak der observasjon under inntak av narkotika er ein av fleire skadereduserande tenester. Andre tenester er til dømes rådgiving, helsehjelp og tilbod om mat, dusj og reine klede for personar utan fast bopel. Spesialiserte brukarrom tilbyr berre tenester som er meir direkte knytte til sjølv ordninga, slik som utdeling av reint injiseringsutstyr, rådgiving om helse og sikrare inntak, observasjon etter inntaket og medisinsk hjelp i akuttsituasjonar. Mobile brukarrom kan gi meir geografisk fleksible tenester og er typisk retta inn mot eit meir avgrensa antal brukarar.⁴⁶

⁴² Regulation (EU) 2023/1322 of the European Parliament and of the Council of 27 June 2023 on the European Union Drugs Agency (EUDA) and repealing Regulation (EC) No 1920/2006.

⁴³ Joint Report by the EMCDDA and C-EHRN – Drug consumption rooms (Desember 2023).

⁴⁴ EUDAs nettsider: European Drug Report 2024 og Health and social responses: drug consumption rooms. Sjå òg Joint Report by the EMCDDA and C-EHRN – Drug consumption rooms (Desember 2023) s. 12.

⁴⁵ Joint Report by the EMCDDA and C-EHRN – Drug consumption rooms (Desember 2023) s. 9 og 12.

⁴⁶ Joint Report by the EMCDDA and C-EHRN – Drug consumption rooms (Desember 2023) s. 21 flg. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA): Perspectives on Drugs – Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence (2018). Sjå også F Laenen et al (2018): Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium. Belgian Science Policy Office (BELSPO).

I ei undersøking i 2016 som omfatta både Europa og andre land, var om lag 57 prosent av brukarromma integrerte og om lag 30 prosent spesialiserte.⁴⁷

Nokre brukarrom tilbyr òg analyse av rusmiddel i ulike former.⁴⁸ Sjå nærare om rusmiddelanalysetenester i punkt 2.10.2.

Ei undersøking viser variasjon i kven som driv og finansierer brukarrom. Brukarrom blir ofte driven av organisasjonar eller av lokale, regionale eller statlege styresmakter. Brukarrom som ikkje blir drivne av det offentlege, får i mange tilfelle (heil eller delvis) finansiering frå lokale styresmakter eller andre offentlege instansar.⁴⁹

For dei fleste brukarrom krevst det at brukarane skal vere registrert som brukar av ordninga. Tilgang til ordninga er ofte avgrensa til visse persongrupper, til dømes slik at dei må vera over ein viss alder, narkotikaavhengige og eventuelt busett i området.⁵⁰ Dei fleste har injiserande brukarar som målgruppe, men brukarar som røyker eller inhalerer har blitt inkludert i aukande grad.⁵¹ Dei fleste brukarromma i Europa tilbyr no plassar for røyking/inhalering.⁵²

Tyskland, Spania og Canada har brukarrom som er reservert for kvinner.⁵³ Danmark arbeider med etablering av eit slikt brukarrom, jf. punkt 2.10.3. Ei undersøking i 2016 viste at det var tilsett sjukepleiarar i 80 prosent av brukarromma som var omfatta av undersøkinga, og sosialfaglege medarbeidarar i 78 prosent.⁵⁴ Ifølge eit dansk notat om

⁴⁷ F Laenen et al (2018): Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium. Belgian Science Policy Office (BELSPO) kapittel 3 punkt 2.2 (s. 108).

⁴⁸ Joint Report by the EMCDDA and C-EHRN – Drug consumption rooms (Desember 2023) s. 21, 40–41 og 45.

⁴⁹ F Laenen et al (2018): Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium. Belgian Science Policy Office (BELSPO) kapittel 3 punkt 2.3 (s. 109). Undersøkinga omfatta både land i Europa og andre land. Joint Report by the EMCDDA and C-EHRN – Drug consumption rooms (Desember 2023) s. 15.

⁵⁰ Joint Report by the EMCDDA and C-EHRN – Drug consumption rooms (Desember 2023) s. 26. Sjå også Københavns Kommune, Notat – Videninsamling stofindtagelsesrum, 12. oktober 2018, s. 9.

⁵¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA): Perspectives on Drugs – Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence. (2018)

⁵² Joint Report by the EMCDDA and C-EHRN – Drug consumption rooms (Desember 2023) s. 12 og 39.

⁵³ Københavns kommune: Opsamling på internationale erfaringer med stofindtagelsesrum forbeholdt kvinder (2024). Bilag 3 til Afrapportering på screening af muligheder for at etablere et eller flere stofindtagelsesrum for kvinder.

⁵⁴ Vendula Belackova, Allison M. Salmon, Eberhard Schatz, Marianne Jauncey (2017): Online census of Drug Consumption Rooms (DCRs) as a setting to address HCV: current practice and future capacity, s. 16–17. Sjå òg Joint Report by the EMCDDA and C-EHRN – Drug consumption rooms (Desember 2023) s. 19. Det blei gjennomført ei ny undersøking i 2023: [ENDCR | Census of Drug Consumption Rooms \(DCRs\) 2023 Survey \(surveymonkey.com\)](https://www.surveymonkey.com/s/ENDCR)

innsamla kunnskap er det vanleg at personalet i brukarromma har helsefagleg eller pedagogisk utdanning, både i Danmark og andre europeiske land.⁵⁵

Det er avgrensa forskning om effekten av brukarrom, særleg i Europa. Generalisering frå utførte studiar er vanskeleg på grunn av variasjon i dei faktiske forholda i ulike land og brukarrom. Det er òg valt ulike tema og nytta ulike forskingsmetodar, noko som gjer det vanskeleg å bruke forskingsresultata for å gi eit samla bilete av betydninga til brukarrom på individnivå, folkehelse og andre forhold.⁵⁶

Det er også i andre samanhengar påpeikt behov for metodologisk gode evalueringar av brukarrom⁵⁷ og meir forskning både med omsyn til injisering og andre inntaksmåtar⁵⁸.

Den nemnde rapporten frå EMCDDA og C-EHRN i 2023 inneheld ei oversikt over tilgjengeleg kunnskap osv. Det er funn som viser at brukarrom evnar å opprette kontakt med marginaliserte målgrupper. Det blir òg vist til forbetringar i hygiene og mindre risikofylt inntak av rusmiddel og andre helsefordeler. Vidare blir det vist til forbetringar når det gjeld offentleg ro og orden. Evalueringar av lokalsamfunn rundt brukarromma viser samla sett ein positiv verknad av brukarrom, mellom anna ved reduksjon i injeksjonar på offentleg stad og sprøytespisser som blir kasta ute. Det har frå noko hald blitt hevda at moglegheita til å injisere narkotika på ein tryggare måte fører til auka bruk eller meir hyppig bruk, men det er ikkje funne belegg for denne påstanden.⁵⁹

EUDA konkluderer slik på nettsidene sine om brukarrom:

«In summary, the benefits of providing supervised drug consumption facilities may include improvements in safe, hygienic drug use, especially among regular clients, increased access to health and social services, and reduced public drug use and associated nuisance. There is no evidence to suggest that the availability of safer injecting facilities increases drug use or frequency of injecting. These services facilitate rather than delay treatment entry and do not result in higher rates of local drug-related crime.»⁶⁰

⁵⁵ Københavns Kommune, Notat – Videninsamling stofindtagelsesrum, 12. oktober 2018, s. 11–12.

⁵⁶ Sjø m.a. Joint Report by the EMCDDA and C-EHRN – Drug consumption rooms (2023) s. 28–29 og 36–38.

⁵⁷ Belackova V, Salmon AM, Day CA, Ritter A, Shanahan M, Hedrich D, Kerr T, Jauncey M.: Drug consumption rooms: A systematic review of evaluation methodologies. Drug Alcohol Rev. 2019 May; 38(4):406–422. doi: 10.1111/dar.12919. Epub 2019 Apr 1. PMID: 30938025.

⁵⁸ EUDAs nettsider: [Spotlight on... Drug consumption rooms | www.euda.europa.eu](https://www.euda.europa.eu/spotlight-on-drug-consumption-rooms)

⁵⁹ Joint Report by the EMCDDA and C-EHRN – Drug consumption rooms (2023) punkt 4 (s. 28 flg). Sjø også EMCDDA: Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence (2018).

⁶⁰ EUDA: [Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence | www.euda.europa.eu](https://www.euda.europa.eu/drug-consumption-rooms)

2.10.2 Kunnskap om rusmiddelanalysetenester i andre land

Ei rekke land har tilbud om analyse av ulovlege rusmiddel i ulike former og omfang. Minst eit trettitalls tilbud er omtalt. Desse er fordelte på eit tjuetals land, med om lag femten i Europa.

Nokon av tilboda er knytte til brukarrom. Mange brukarrom i Canada tilbyr ei form for analyse av rusmiddel, men også nokon i Europa, anten på fast basis eller som pilotprosjekt.⁶¹ Dette gjeld mellom anna eit av brukarromma i Danmark, sjå punkt 2.10.3.

Det er peikt på at analyseresultat frå slike tenester i brukarrom i framtida kan vere eit verdifullt bidrag til system for overvaking av trendar innanfor narkotikabruk og tidleg varsling om særleg farlege stoff.⁶²

Kunnskap om rusmiddelanalysetenester meir generelt er å finne i fleire publikasjonar. Informasjonen viser variasjon i målgrupper, tenestemodellar osb. Materialet inneheld lite om rettslege forhold, men det kjem fram kortfatta i omtalen av nokre tilbud at det ikkje er uproblematisk rettsleg sett.

Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) ved Universitetet i Oslo publiserte i 2019 ei kunnskapsoppsummering om rusmiddelanalysetenester, utarbeidd på oppdrag frå Helsedirektoratet.⁶³ I juni 2024 kom den oppdaterte rapporten «*En kunnskapsoppsummering av vitenskapelig litteratur omhandlende rusmiddeltesting*».⁶⁴ Tilbud i andre land er omtalte i punkt 4 i denne rapporten (s. 8–15).

I punkt 4.4 *Sammendrag av rusmiddeltestingstjenester globalt* heiter det:

«Implementeringen av rusmiddeltestingstjenester har økt betraktelig over hele verden det siste tiåret. Mange av tjenestene opererer i en juridisk gråsoner, og de fremmes og implementeres ofte uten statlig finansiering og støtte, og er derfor avhengig av aktivist- og grasrotinitiativer fra skadereduksjonsforeninger og andre frivillige organisasjoner. Variasjonen i implementerte modeller, fra midlertidige, mobile, oppsøkende tjenester til stasjonære, laboratorietester, gjør det vanskelig å holde oversikt over den globale statusen for implementeringen av rusmiddeltestingstjenester.

I 2023 viste en systematisk gjennomgang av den globale dekningen av rusmiddeltestingstjenester for personer som injiserer rusmidler at 26 land hadde implementert rusmiddeltestingstjenester globalt i 2022. I tillegg til de landene som har lykket med å implementere ulike modeller, har flere andre land (blant annet Litauen, Ungarn, Polen, Georgia, Ukraina, Estland, Serbia, Brasil og Uruguay) gjort forsøk på å

⁶¹ Joint Report by the EMCDDA and C-EHRN – Drug consumption rooms (2023) s. 21, 40–41 og 45. Sjå også EUDA: European Drug Report 2024.

⁶² Joint Report by the EMCDDA and C-EHRN – Drug consumption rooms (2023) s. 45.

⁶³ SERAF: Kunnskapsgrunnlag for tilbud om rusmiddeltesting for rusmiddelbrukere (SERAF rapport nr. 3/2019).

⁶⁴ SERAF: En kunnskapsoppsummering av vitenskapelig litteratur omhandlende rusmiddeltesting (SERAF rapport nr. 3/2024).

implementere rusmiddeltestingstjenester uten å ha lyktes med langvarig etablering, vanligvis på grunn av manglende finansiering eller juridiske problemer.

I samsvar med definisjonene for rusmiddeltestingstjenester tilbyr alle tjenestene som er gjennomgått i dette avsnittet en eller annen form for informasjons- og skadereduksjonskonsultasjon. Selv om det varierer hvor raskt testresultatene er tilgjengelige, varierer tidsspennet vanligvis mellom et par timer og en uke. De fleste av tjenestene leveres av frivillige organisasjoner, mens noen få er støttet og finansiert av myndighetene. De fleste tjenestene tilbyr en eller annen form for rapportering, men relativt få har en eksplisitt forskningskomponent. New Zealand har gjort lovendringer slik at testingen foregår på lovlig vis, hos registrerte og godkjente aktører.

Alle de undersøkte tjenestene i denne rapporten tilbyr stasjonær testing, mens halvparten av dem tilbyr sporadiske mobile testinger ved ulike arrangementer. Hovedmålgruppen for de fleste rusmiddeltestingstjenestene i Europa er personer som bruker rusmidler i rekreasjonsøyemed (partydop).»

Innleingsvis i punkt 4 heiter det mellom anna:

«TEDI-nettverket, bestående av europeiske rusmiddeltestingstjenester, deler ekspertise og data for rusmiddelmarkedsmonitorering i Europa. TEDI-nettverket består av 22 tjenester fordelt på 13 europeiske land og ble etablert i 2011. Selv om TEDI-nettverket har etablert et system for innsamling og deling av kompatible data på tvers av flere land, leveres rusmiddeltestingstjenestene på en rekke ulike måter. Lovgivning, ulike teknologier, finansiering, målgrupper og innretningen av tjenestene er noen faktorer som varierer fra område til område.»

Punkt 4.1 i rapporten inneheld kortfatta omtale av nokre av tilboda i dei 15 europeiske landa der rusmiddelanalysetenester blir tilbydde i ulike former. I punkt 4.2 og 4.3 blir tilbod i land i Amerika og Oseania omtalte.

I punkt 5 heiter det (s. 16):

«I USA og Canada er rusmiddeltestingstjenestene i større grad rettet mot strukturelt sårbare personer som injiserer rusmidler. Disse rusmiddeltestingstjenestene er gjerne integrert inn i lavterskeltilbud, og bruk av fentanylteststrimler for å påvise potente opioider er vanligst.»

Meir omfattande informasjon om enkelte av tilboda i Europa er å finne i rapporten «*Tryggere med kunnskap – Anbefalinger til implementering av rusmiddelanalysetjenester i Norge*» frå 2020 (punkt 4.1).⁶⁵ Den blei utarbeidd av Foreningen Tryggere Ruspolitikk (FTR) med middel frå Helsedirektoratet.

Blant andre kjelder til informasjon om rusmiddelanalysetenester i andre land og kunnskap om metodar, utforming av tilbod og effekt av testing er EUDAs publikasjon «*Harm reduction – the current situation in Europe (European Drug Report 2024)*» og EUDAs nettsider (under overskriftene «*Spotlight on ... Drug checking*» og «*Recreational settings and drugs: health and social responses*»), den danske rapporten «*Litteraturgennemgang*

⁶⁵ Lenke: [Tryggere med kunnskap — Tryggere Ruspolitikk \(rusreform.no\)](https://rusreform.no)

*om stoftest i nattelivet – metoder, services og effekter»⁶⁶ frå 2019, og SOU 2023:62 *Vi kan bättere! Kunnskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus*⁶⁷.*

2.10.3 Danmark

Blant dei andre nordiske landa er det berre Danmark som har hatt ei brukarromordning over ein lang periode. Den er regulert i lov om euforiserende stoffer § 3 b⁶⁸, som tredde i kraft 1. juli 2012, og i bekendtgørelse om stofindtagelsesrum⁶⁹.

Kommunar kan opprette brukarrom – «stofindtagelsesrum» – etter godkjenning frå departementet, som kan sette nærare vilkår for løyvet. Det lokale politiet skal involverast i samband med søknaden, jf. bekendtgørelsen § 7.

Det er opp til den enkelte kommunen om han vil etablere slike ordningar. Brukarrom kan drivast av kommunen eller av «selvejende institutioner» med driftsavtale med kommunen.

Brukarane av ordninga må vere fylte 18 år og ha «en stærk afhængighed som følge af et længere og vedvarende misbrug af euforiserende stoffer».

Det kan i tillegg vere nokon kommunalt fastsette inklusjons- og eksklusjonskriterium.

Det er i Danmark opp til kommunane å avgjere kva stoff som skal tillatast brukt i brukarrommet og på kva måte dei kan inntakast. Dersom ein kommune har fleire brukarrom, må reglane om kva stoff som kan inntakast, vere dei same for alle romma.

I brukarrom skal inntak av narkotiske stoff skje i hygieniske omgivnader og under overvaking av kvalifisert personell. Det skal òg vere tilgang til relevante sosial- og helsefaglege tilbod. Det er i loven eller forskrifta ikkje spesifisert nærare krav til kvalifikasjonar, bemanning, oppgåver eller tilbod i brukarrom.

Kommunen kan vedta at det er høve til assistert inntak av narkotika for brukarar som ikkje er fysisk i stand til å innta stoffa sjølv. Assistanse kan givast av ein person over 18 år og som ikkje er blant personalet i brukarrommet. Assistent inntak skal skje under skjerpa overvaking av kvalifisert personell. På førehand skal brukaren ha gitt uttrykkeleg, informert samtykke, jf. bekendtgørelsen § 6. To av dei fem brukarromma i Danmark tillèt assistert inntak.

Det er fire kommunar som har brukarrom. Det er to brukarrom i København, og det eine er tilnærma døgnåpent. Det er eit brukarrom i kvar av byane Odense, Aarhus og Vejle. Det er no ingen av dei fem brukarromma som blir drivne reint kommunalt. Brukarromma i

⁶⁶ Utarbeidd i samarbeid mellom Sundhedsstyrelsen og forskarar frå Center for Rusmiddelforskning (CRF), Aarhus Universitet. [Litteraturgennemgang af stoftest i nattelivet - Sundhedsstyrelsen](#)

⁶⁷ Sjå s. 344 og 353–355.

⁶⁸ Sjå lovbekendtgørelse nr. 1334 af 9. december 2019.

⁶⁹ BEK nr. 972 af 28/06/2016 Bekendtgørelse om stofindtagelsesrum.

København blir drivne av Mændenes Hjem⁷⁰ og dei tre andre brukarromma blir drivne av Kirkens Korshær⁷¹.⁷² Drifta skjer etter avtale med kommunane, som også finansierer brukarromma.

Der ikkje anna er oppgitt, stammar opplysningane nedanfor frå ei samanstilling av opplysningar frå dei fem brukarromma for 2023.⁷³ Frå brukarromma blei opna til utgangen av 2023 var det på landsbasis registrert over 20 000 brukarar og over 2,4 millionar narkotikainntak i brukarromma. I same periode blei det i brukarromma gjorde 2 233 akutte behandlingar for «overdosis/svær forgiftning, hvormed forstås, at brukeren ikke kan trække vejret ved egen hjælp». I 2023 var det 185 slike tilfelle. Overdosar i brukarromma har ikkje medført dødsfall.⁷⁴

I dei fem brukarromma samla sett blei det føretatt drygt 372 000 inntak i 2023.

Kva som er den vanlegaste inntaksmåten varierer mellom brukarromma, men andelen røyking har vore aukande i alle romma som har plassar for dette.⁷⁵

Fire av brukarromma har både injeksjonsplassar og røykeplassar. I 2023 hadde det største av brukarromma i København 33 røykeplassar og 10 injeksjonsplassar. Dei andre brukarromma hadde ei jamnare fordeling. Andelen stoffinntak som skjedde ved røyking varierte frå om lag 75 og 64 prosent i dei to brukarromma i København og 71 prosent i Aarhus til 37 prosent i Vejle. Injisering utgjorde det vesentlegaste av resten av inntaka. Annan inntaksmåte enn injisering og røyking var under 1 prosent i fire av brukarromma. I Odense som ikkje har røykeplassar, utgjorde andre inntaksmåtar enn injisering om lag 10 prosent, i hovudsak nasalt inntak.

Kokain var det vanlegaste stoffet i dei to brukarromma i København og i Odense, inntekte anten reint eller blanda med heroin. I dei to andre brukarromma var heroin vanlegast.

Ifølge eit notat frå Københavns kommune frå 2018 er det andre utfordringar for brukarromma ved røyking som inntaksmåte enn ved injisering, mellom anna fordi mange som røyker narkotika, inntar stoff fleire gongar per dag enn dei som injiserer. Dette har betydning for kapasiteten. Dessutan er effekten ulik ved ulike inntaksmåtar og ulike stoff,

⁷⁰ Sjå [Mændenes Hjem - Socialt arbejde på Vesterbro siden 1910 \(maendenes hjem.dk\)](https://maendenes hjem.dk) og [Stofindtagelsesrum - Mændenes Hjem \(maendenes hjem.dk\)](https://maendenes hjem.dk)

⁷¹ Sjå [Kirkens Korshær \(kirkenskorshaer.dk\)](https://kirkenskorshaer.dk) og [Stofindtagelsesrum redder liv og sikrer værdighed| Kirkens Korshær \(kirkenskorshaer.dk\)](https://kirkenskorshaer.dk)

⁷² Indenrigs- og Sundhedsministeriet: Opsamling på København, Odense, Aarhus og Vejle kommuners afrapporteringer for 2023 om stofindtagelsesrum, datert 7. mai 2024, s. 22.

⁷³ Indenrigs- og Sundhedsministeriet: Opsamling på København, Odense, Aarhus og Vejle kommuners afrapporteringer for 2023 om stofindtagelsesrum, datert 7. mai 2024.

⁷⁴ Afrapportering fra arbejdsgruppe vedr. løsninger for de mest udsatte borgere med stofmisbrug (Retsudvalget 2022–23 (2. samling). REU Alm. - Bilag 89), bilag 1 (s. 10).

⁷⁵ Sjå tal for 2017 i Københavns Kommune: Notat – Videninsamling stofindtagelsesrum, 12. oktober 2018.

noko som mellom anna påverkar korleis personar opptrer i brukarromma etter inntak av narkotika.⁷⁶

Det danske regelverket stiller ikkje nærare krav til samansetninga av personalet i brukarrom.

København kommune har «Kvalitetsstandarder for stofindtagelsesrum» som beskriv minimumskrav til ytingar og bemanning. Det er mellom anna ein minstenormering på to sjukepleiarar, ein sosialfagleg medarbeidar og ein dagleg leiar for brukarrom med opptil sju plassar.⁷⁷ Standardane er til vurdering, mellom anna med tanke på bemanningsnormeringa.⁷⁸

Det er opplyst at eit av brukarromma i København tilbyr rusmiddelanalyse. Etter eit pilotprosjekt blei tilbodet gjort permanent.⁷⁹

København har planar om å opne eit ekstra brukarrom i tillegg til dei to som allereie finst.⁸⁰

Kommunen arbeider òg med etablering av eit brukarrom reservert for kvinner.⁸¹

Vidare søkte kommunen i 2024 om middel frå ei statleg tilskotsordning for eit «pilotprosjekt med et mobilt stofindtagelsesrum som kan sættes ind, hvor der er opstået

⁷⁶ Københavns Kommune: Notat – Videnindsamling stofindtagelsesrum, 12. oktober 2018. Sjå òg Indenrigs- og Sundhedsministeriet: Opsamling på København, Odense, Aarhus og Vejle kommuners afrapporteringer for 2023 om stofindtagelsesrum, datert 7. mai 2024, s. 5 og 14.

⁷⁷ Lenke til Kvalitetsstandarder for stofindtagelsesrum, Københavns kommune: [03cde89b-067b-419a-be37-26f13e6a29a1-bilag-1](https://kko.dk/03cde89b-067b-419a-be37-26f13e6a29a1-bilag-1). (kk.dk)

⁷⁸ [Kvalitetsstandard for stofindtagelsesrum | Københavns Kommune \(kk.dk\)](https://kko.dk/kvalitetsstandard-for-stofindtagelsesrum)

⁷⁹ Joint Report by the EMCDDA and C-EHRN – Drug consumption rooms (Desember 2023) s. 41, og Rogialli, A.; Perez Gayo, R.; Shiffer, K.; Shaw, G. (2023). Creating Safer Consumption Spaces in Europe: Evolving Contexts and Implications for Policy. Amsterdam; Correlation – European Harm Reduction Network, s. 21. Sjå også det danske notatet «Sundhedsstyrelsens vurdering af stoftest i nattelivet» (SST 2018) s. 2.

⁸⁰ Indenrigs- og Sundhedsministeriet: Opsamling på København, Odense, Aarhus og Vejle kommunars afrapporteringer for 2023 om stofindtagelsesrum, datert 7. mai 2024. s. 17. Sjå også pressemelding frå Københavns kommune mars 2023: [Nyt stofindtagelsesrum i København skal etableres i tidligere vaccinelokale | Københavns Kommune Socialforvaltningen \(ritzau.dk\)](https://kko.dk/nyt-stofindtagelsesrum-i-koebenhavn-skal-etableres-i-tidligere-vaccinelokale)

⁸¹ Indenrigs- og Sundhedsministeriet: Opsamling på København, Odense, Aarhus og Vejle kommuners afrapporteringer for 2023 om stofindtagelsesrum, datert 7. mai 2024. s. 17. Lenke til dokument i saka hos Københavns kommune (mars 2024 og november 2023): [Afrapportering på screening af muligheder for at etablere et eller flere stofindtagelsesrum for kvinder | Københavns Kommune \(kk.dk\)](https://kko.dk/afrapportering-pa-screening-af-muligheder-for-at-etablere-et-eller-flere-stofindtagelsesrum-for-kvinder)

[Status på arbejdet med at undersøge mulighederne for at etablere et mobilt stofindtagelsesrum til kvinder | Københavns Kommunes nettside \(kk.dk\)](https://kko.dk/status-pa-arbejdet-med-at-undersoge-mulighederne-for-at-etablere-et-mobilt-stofindtagelsesrum-til-kvinder)

lokale stofmisbrugsmiljøer i kvarterer, hvor målgruppen for stofindtagelsesrum indtager stoffer, og hvor der ikke allerede er stofindtagelsesrum». ⁸² Det heiter også:

«Socialforvaltningen arbejder allerede med at etablere et stofindtagelsesrum på Amager/Sundholm, samt et stofindtagelsesrum for kvinder i Reden København, men ønsker at afprøve nye lokationer og evt. lokationer, hvor eksisterende kapacitet og rammer ikke er tilstrækkelige». ⁸³

Staten har sett av tilskotsmiddel til pilotprosjekt med mobilt brukarrom ⁸⁴ og til «pilotprosjekt om begrensning af risiko og frygt for voldtægter og vold mod kvinder og evt. andre grupper i stofindtagelsesrum» ⁸⁵.

2.10.4 Island

Reglar om høve for kommunar til å etablere brukarrom blei vedtatt i 2020 ved ein ny § 2 a i lov om vanedannande og narkotiske stoff. ⁸⁶ Nærare regulering er gitt i forskrift. ⁸⁷

Brukarrom kan opprettast etter godkjenning frå det islandske helsedirektoratet. Det er opp til den enkelte kommunen om han vil etablere brukarrom. Kommunen kan drive brukarrom sjølv eller inngå driftsavtale med frivillige organisasjonar eller helseinstitusjonar, med samtykke frå helsedirektoratet.

I brukarrommet kan registrerte brukarar lovleg ha med seg og innta den mengda «vanedannande og narkotiske stoff» dei har planlagt å innta i det enkelte tilfellet. Politiet kan tilkallast dersom brukaren har med ei større mengd.

Kommunen bestemmer plasseringa av brukarrommet i samråd med politiet. Kommunen kan også inngå avtale med politiet om at politiet ikkje skal sette i verk tiltak mot brukarar i eit bestemt område rundt lokala til brukarrommet.

Brukarrommet er ope for personar over 18 år som er registrerte som brukar.

I brukarrommet kan narkotika injiserast under tilsyn og i trygge og hygieniske omgivnader. Brukarane skal få reint utstyr og generelle råd om injisering, mindre

⁸² Lenke til dokument i saka hos Københavns kommune (september 2024): [B-sag. Godkendelse af ansøgning til Sundhedsministeriet vedr. middel til projektet "Det mobile stofindtagelsesrum København" | Københavns Kommune \(kk.dk\)](#)

⁸³ Bilag 2 til Københavns kommune referat 18.9.2024 i sak «B-sag. Godkendelse af ansøgning til Sundhedsministeriet vedr. middel til projektet "Det mobile stofindtagelsesrum København".

⁸⁴ Indenrigs- og Sundhedsministeriet: [191 mio. kr. til initiativ på sundhedsområdet frå SSA-reserven | Indenrigs- og Sundhedsministeriet \(ism.dk\)](#)

⁸⁵ Aftale om udmøntning af reserven til foranstaltninger på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet 2023–2026, s. 12: [Aftaletekst for SSA 2023-2026.](#)

⁸⁶ Endringslov 48/2020 til lov 65/1974 om vanedannande og narkotiske stoff (Lög um ávana- og fíkniefni). (Omsett ved hjelp av kunstig intelligens.)

⁸⁷ Forskrift 170/2021 om brukarrom (Reglugerð um neyslurými) som tredde i kraft 20. februar 2021. (Omsett ved hjelp av kunstig intelligens.)

risikofylte inntaksmåtar, førebygging av smitte og infeksjonar osv. Personalet skal også gi individuell rådgiving i samband med inntak. Verken dei tilsette eller andre brukarar kan hjelpe brukaren med sjølve injiseringen.

Brukarane skal også få informasjon om helsetenester og sosiale tenester. Tilbod om helsetenester i eller i tilknytning til brukarrommet, kan omfatte sårstell og visse typar undersøkingar og helse­rådgiving osv. Det kan også tilbydast andre tenester, som moglegheit til å dusje.

Vaktsjefen i brukarrommet skal ha relevant utdanning innan helsefag. På kvar vakt skal det vere minst éin tilsett med utdanning innan helsefag og éin tilsett med kunnskap om skadereduksjon. Bemanninga skal til kvar tid vere slik at dei ulike funksjonane i brukarrommet kan ivaretakast samtidig.

Det skal fastsetjast husordensregler for åtferda til brukarane i brukarrommet. Ved brot på husordensreglene kan ein brukar bli bortvist frå forbruksrommet for ein bestemt periode.

Forskrifta om brukarrom opnar også for at helsedirektoratet kan gi kommunen mellombels løyve til å nytte ein spesialutstyrt bil som brukarrom inntil brukarrom blir opna i faste lokale.

Det har i periodar frå 2022 vore drive brukarrom i Reykjavik. Som eit eittårig pilotprosjekt frå mars 2022 blei det drive brukarrom i ein bil. I denne perioden blei det registrert om lag 120 brukarar, og det blei gjort om lag 1 400 narkotikainntak. Frå august 2024 blei det opna brukarrom i faste lokale. Brukarrommet blir drive av Røde Kors etter avtale med Reykjavik kommune, slik også det mellombelse mobile brukarrommet blei.⁸⁸

2.10.5 Sverige

Det er ikkje oppretta brukarrom i Sverige.

SOU 2023:62 *Vi kan bättre! Kunskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus* omtaler ulike former for skadereduksjon. I SOUen blir regjeringa anbefalt å «inkludera frågan om brukarrom och drug checking inom ramen för en eventuell översyn av narkotikastrafflagen» (s. 44).⁸⁹

I punkt 21.3.3 om brukarrom heiter det mellom anna (s. 664):

«Vi bedömer att det krävs ett undantag från gällande straffrätt för att möjliggöra införande av brukarrom som reguljär verksamhet. Utan ett sådant undantag kan inte verksamhet bedrivs på ett sådant sätt att den patient som besöker verksamheten kan försäkras straffrihet. Värde­et av insatsen bör beaktas inom ramen för den översyn av narkotikastrafflagen som vi lämnar som bedömning i kapitel 22.

⁸⁸ Islands Røde Kors: [Allir sammála um þörfina fyrir skaðaminnkun - Rauði krossinn á Íslandi](#) (Omsett ved hjelp av kunstig intelligens.)

⁸⁹ Lenke: [Vi kan bättre! Kunskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus, SOU 2023:62 \(regeringen.se\)](#)

[...]

Vi tar inte stilling til om det finns behov av att införa denna insats i dagsläget. För det fall att behov finns eller uppkommer lokalt eller regionalt, eller om exempelvis narkotikamarknaden förändras, kan dock behov uppkomma som behöver hanteras skyndsamt, inte minst för att kunna utveckla nödvändiga kontaktytor eller hantera oavsiktliga förgiftningar.»

Brugarrom, rusmiddelanalysetenester og andre skadereduserande tiltak i ulike land er omtalte i punkt 12.5.3 (s. 343 flg.). Om analyse av rusmiddel i Sverige står det berre (s. 355):

«I Sverige delar brukarföreningar på olika platser ut snabbtester for att upptäcka innehåll av fentanyl, så kallade fentanylstickor.»

I punkt 21.3.4 (s. 665–666) heiter det innleiingsvis:

«Drug checking är inom gällande straffrätt ej möjligt

Bedömning: *Vi bedömer att det krävs ett undantag från gällande straffrätt för att möjliggöra införande av drug checking som reguljär verksamhet. Utan ett sådant undantag kan inte verksamhet bedrivas på ett sådant sätt att den patient som besöker verksamheten kan försäkras straffrihet. Värde av insatsen bör beaktas inom ramen för den översyn av narkotikastrafflagen som vi lämnar som bedömning i kapitel 22.»*

Sjå også punkt 21.3.5 om mogleg lovregulering av brukarrom og rusmiddelanalysetenester.

Det blir også foreslått ei tilskotsordning for metodeutvikling osv. knytt til ulike skadereduksjonstiltak, mellom anna «pilotutveckling av nya insatser i en forskningskontext såsom brukarrom, drug checking eller liknande», jf. punkt 21.4.2 (s. 668–670).

2.10.6 Finland

Det er ikkje oppretta brukarrom i Finland.

I dokumentet «*Diskussionsunderlag 15/2022 - Finlands modell for forebyggande av narkotikadödsfall - Rekommendationer for att forebygga narkotikadödsfall*» frå ei ekspertgruppe oppnemnt av det statlege Institutet for hälsa och välfärd (THL) heiter det i punktet «Brugarrom» (s. 7) mellom anna:

«Expertgruppen föreslår att det stiftas en temporär speciallag som möjliggör försök med övervakade brukarrom.»

I same dokument heiter det i eit punkt om «Övriga förslag» (s. 13):

«Även analyseringstjänster för droger eller snabbtest som delas ut skulle kunna ge värdefull information om de droger som är i omlopp i Finland. För närvarande kommer den aktuella informationen om narkotikamarknaden från Tullens och polisens beslagsstatistik samt THL:s avloppsvattenundersökningar. Om det blir möjligt att analysera prover från

användarna, kan identifieringen av nya ämnen och i synnerhet farliga kombinationer påskyndas. Detta kan underlätta beredskapen inför de olägenheter de orsakar.»⁹⁰

Etter ein pilotstudie i 2018–2019 gjennomførte ein stiftelse (A-klinikstiftelsen) i perioden 2022–2024 eit forskingsprosjekt med analyse av narkotika med tittelen "Frå gata til laboratoriet". Prøver av rusmiddel kunne leverast inn fem ulike stader i Helsingfors. Prøvene blei analyserte i laboratoriet til Institutet för hälsa och välfärd (THL) ein gong i månaden. Tenestebukarane kunne kome tilbake for å få analyseresultata og ein skadereduksjonskonsultasjon.⁹¹ Det kjem fram at det med gjeldande regelverk er rettslege utfordringar også med rusmiddelanalysetenester.⁹²

Eit forslag («medborgarinitiativ») om å innføre lovgiving som tillèt brukarrom har vore under utgreiing og behandling i riksdagen frå 2023 til 2025.⁹³ Forslaget fekk ikkje fleirtal i riksdagen.

2.11 Narkotikakonvensjonane og andre folkerettslege forpliktingar osb.

2.11.1 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.⁹⁴ 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 vitskapelege 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

⁹⁰ Lenke: [Finlands modell för förebyggande av narkotikadödsfall. Rekommendationer för att förebygga narkotikadödsfall \(julkari.\)](#)

⁹¹ SERAFs rapport nr. 3/2024 s. 10. Sjå også: [Fra gate til lab - A-Clinic Foundation \(a-klinikkasaatio.\) \(Omsett ved hjelp av kunstig intelligens.\)](#)

⁹² Lenker: [Från gatorna till labba – så här fungerer igenkänning av narkotika – Hufvudstadsbladet \(hbl.\)](#)
[Operasjonslokale under tilsyn - A-Clinic Foundation \(a-klinikkasaatio.\) \(Omsett ved hjelp av kunstig intelligens.\)](#)

⁹³ Sak MI 3/2023 rd: Övervakade injektionsrum för narkomanar – Lagstiftning.

⁹⁴ Konvensjonen blei forandra ved ein protokoll i 1972.

artikkel 7 er statane forplikta til å forby all bruk av nærare oppførte stoff, sett bort frå for vitskapelege 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 tilvergingsstoffer (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 sjølve 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.⁹⁵ 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 INCBs 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.

⁹⁵ Ot.prp. nr. 56 (2003–2004) punkt 3.2 og 16, Ot.prp. nr. 59 (2008–2009) kapittel 5 og Prop. 13 L (2018–2019) punkt 2.10.

“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.»⁹⁶

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.»⁹⁷

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.

⁹⁶ International Narcotics Control Board, Supervised drug consumption rooms, E/INCB/2018/Alert.

⁹⁷ Report of the International Narcotics Control Board for 2023 (E/INCB/2023/1) punkt I.C.6 (avsnitt 37, s. 9–10, og avsnitt 57 s. 14). Sjå også avsnitt 58.

2.11.2 Menneskerettar og internasjonale tilrådingar

Utgreiinga frå Rusreformutvalget omtalte folkerettslege forplikningar og internasjonale tilrådingar i narkotikapolitikken.⁹⁸ Sjå også Rushåndhevingsutvalgets utgreiing, NOU 2024: 12 kapittel 6.

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.⁹⁹

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 eller rusmiddelanalysetenester er nemnde.¹⁰⁰

ØSK-komiteén 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.»¹⁰¹

WHO har mellom anna peikt på at skadereduserande tiltak er viktig også overfor personar som bruker narkotika på andre måtar enn injisering.¹⁰²

⁹⁸ NOU 2019: 26 kapittel 7.

⁹⁹ Sjå m.a. NOU 2019: 26 punkt 7.4, NOU 2024: 12 punkt 6.2 og Norges institusjon for menneskerettigheter: *Rus og menneskerettigheter*. (2022) NIM-R-2022-007, punkt 2.1.

¹⁰⁰ Sjå m.a. International guidelines on human rights and drug policy (utgitt 2019 etter samarbeid mellom fleire FN-organ og andre instansar) s. 8 (punkt II.I.I).8 (punkt II.). Sjå òg NOU 2019: 26 punkt 7.5.3.3.

¹⁰¹ Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Concluding observations on the sixth periodic report of Norway (2020), E/C.12/NOR/CO/6.

¹⁰² World Health Organization (WHO): Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations, (2014), jf. oppdatert versjon 2016 punkt 3.2.2.

Noregs institusjon for menneskerettar (NIM) gav hausten 2022 ut rapporten *Rus og menneskerettigheter*.¹⁰³ 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 *hjelpesperspektiv*, og en rettighetsbasert tilnærming til ruspolitikk. Uttalelsene gir samlet sett uttrykk for at avkriminalisering av bruk og besittelse av narkotika og skadereuserende 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.»¹⁰⁴

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.¹⁰⁵

NIM uttaler i rapporten at det har skjedd ei positiv utvikling mellom anna med omsyn til auka tilgang til skadereuserende tiltak i Noreg¹⁰⁶, men uttaler seg ikkje spesielt om brukarrom eller rusmiddelanalysetenester.

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 eller rusmiddelanalysetenester. På den andre sida er det ikkje noko som tilseier at brukarrom eller rusmiddelanalysetenester er i strid med nokre av menneskerettane.

3 Behovet for endringar i brukarromregulverket og dei overordna vurderingane til departementet

3.1 Utfordringar og behov for endringar – innleiing

Behov for endringar i regelverket for brukarrom har vore tatte opp frå ulikt hald.

Eit representantforslag om endring av brukerromsloven blei behandla i Stortinget våren 2023.¹⁰⁷ Sjå punkt 2.7 om dette og utsegner frå Legeforeningen og helse- og omsorgsministeren i samband med dette. Forslaget blei ikkje vedtatt, men eit fleirtal i helse- og omsorgskomiteen uttalte at dei er opptatte av at det blir gitt eit verdig tilbod som bidrar til skadereduksjon for rusmiddelbrukarar. Eit anna fleirtal uttalte at også andre kommunar enn Oslo og Bergen kan ha nytte av brukarrom, og at krav i regelverket kan

¹⁰³ Norges institusjon for menneskerettigheter: *Rus og menneskerettigheter*. (2022) NIM-R-2022-007.

¹⁰⁴ NIMs rapport punkt 2.3. Sjå også rapporten punkt 2.2 og NOU 2019: 26 s. 166–169 og 182–187.

¹⁰⁵ NIMs rapport punkt 3.1.2.

¹⁰⁶ NIMs rapport punkt 1.1.

¹⁰⁷ Dokument 8:157 S (2022–2023) om endring av brukerromsloven.

vere ein barriere for etablering av fleire brukarrom. Dei meinte det er behov for å vurdere endringar i brukerromsloven og tilhøyrande forskrift.¹⁰⁸

Rusreformutvalget nemnde brukarrom som eit av fleire område med behov for ytterlegare utgreiing:

«Utvalgets sekretariat har i møter med ulike tiltak, blant annet i Oslo kommune, hørt argumenter for at det i tilknytning til lavterskel botilbud eller lignende, der beboerne i stor grad er aktive brukere av narkotika, bør etableres lokale brukerrom med lavere krav enn det ordningen forutsetter i dag. Utvalget mener regelverket for brukerrom bør vurderes med tanke på å muliggjøre desentraliserte brukerrom der det kan være et behov for slike.»¹⁰⁹

Departementet er òg kjent med at det er eit vedvarande høgt press på det eine av dei to brukarromma som finst. Kapasitetsproblema ved brukarrommet i Oslo er i årsrapporten for 2023 beskrivne slik:

«Brukerrommet har store kapasitetsutfordringer. Dette vises i form av stengt inntak, avviste enkeltbrukere og stopp i registrering av nye. Utfordringene er rapportert og meldt, og det har vært utredet mulighet for et brukerrom nummer to i Oslo.

Inntaket stenger når lokalet blir fullt og kaotisk eller uoversiktlig, samt for å håndtere overdoser. Dette er nødvendig for å sikre trygghet for de som bruker tiltaket og de som er på jobb. I løpet av 2023 stengte vi døren inn 1 345 ganger, og 5 842 ganger ble ringeklokken avvist (uvisst antall personer; det kan være samme person som ringer på flere ganger eller flere som sammen ringer på). Med avvist ringeklokke menes at de som ringer på får beskjed om å komme tilbake om litt. Omkringliggende steder, blant annet nærliggende parkeringshus, benyttes for injisering når vi må holde stengt, hvilket bidrar til en ekstra belastning for personalet, som kjenner til dette og risikoen en utsetter seg for ved å gjemme seg bort for inntak. Ved store ansamlinger utenfor går personalet runder ute, to og to sammen, med medbrakt sekk med utstyr for å håndtere eventuelle overdoseringer; denne gjennomgås og klargjøres for formålet i oppstart av hvert vaktlag daglig.

102 nye personer registrerte seg på Brukerrommet i 2023, på tross av at vi store deler av året ikke foretok registrering av nye grunnet kapasitetsutfordringene. 579 ganger er personer som har ønsket å registrere seg ved tiltaket blitt avvist.

Tidsmessig har vi vært stengt i 447 timer og 57 min. I tillegg har vi vært stengt 38 timer grunnet utbedringer av ventilasjonsanlegget, totalt 485 timer, som utgjør hele 37 dager.»¹¹⁰

Vidare vil departementet peike på utbreiinga av nye syntetiske opioid som er høypotente, og behovet for ulike tiltak i arbeidet med å førebygge overdosar og overdosedødsfall, jf. stortingsmeldinga om førebyggings- og behandlingsreforma.¹¹¹ Både at fleire kan få tilgang til brukarrom, jf. punkt 3.2 og 3.3, og tilbod om rusmiddelanalyse i brukarrom, jf. punkt 3.4, kan bidra i denne samanhengen. Overdosar i brukarromma i Noreg har ikkje ført til dødsfall.

¹⁰⁸ Innst. 434 S (2022–2023).

¹⁰⁹ NOU 2019: 26 punkt 17.5.2.3.

¹¹⁰ Oslo kommune: Prindsen mottakssenter – Årsrapport 2023, s. 32.

¹¹¹ Meld. St. 5 (2024–2025) punkt 4.

Det er også frå fleire hald foreslått å fjerne kravet om «helseskadelig injeksjonspraksis» som vilkår for tilgang til brukarrom, jf. punkt 3.3.

Som nemnt i punkt 2.9.1 skal det gjennomførast ei evaluering av brukarromma i Oslo og Bergen. Basert på den situasjonsskildringa som finst, meiner departementet at det likevel er grunnlag for å sende på høyring dei forslaga til endringar i brukarromregelverket som blir omhandla i dette høyringsnotatet utan å vente på resultatet av evalueringa.

3.2 Krav til brukarromordningar osv.

Det er som nemnt i punkt 3.1 påpeikt at krava i regelverket kan vere ein barriere for etablering av fleire brukarrom. Dette på grunn av kostnadane forbundne med å fylle alle krava til innhald i tenesta, lokale og bemanning, og eventuelt også på grunn av problem med tilgang på eigna lokale og tilstrekkeleg kvalifisert personell.

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. Departementet legg også til grunn at avvising frå og stenging av brukarrom som omtalt i punkt 3.1, fører til at fleire vel å bruke narkotika på offentlege stader eller åleine, med høgare risiko for overdosedød. Sjølv om det er mange overdosar også i brukarromma, har ingen av dei ført til dødsfall.

Departementet har vurdert endringar i regelverket med tanke på å legge til rette for etablering av brukarrom i fleire kommunar og fleire brukarrom i kommunar der det kan vere behov for meir enn eitt.

Departementet meiner at brukarromordningar framleis bør vere ei valfri teneste for kommunane. Det blir derfor halde fast ved ordninga i loven med at det er opp til den enkelte kommunen å ta stilling til om han ønsker å etablere brukarrom.

Derimot ser departementet ikkje grunn til å oppretthalde kravet om at kommunen sjølv må drive brukarromordninga. Moglegheit for å inngå avtale med privat aktør vil for nokre kommunar truleg kunne bidra til å gjere det enklare å få oppretta og drive brukarrom.

Departementet legg til grunn at kostnadane ved å etablere og drive brukarrom i tråd med krava i dagens regelverk kan vere ei hindring for at fleire kommunar etablerer brukarromordningar, sjølv om behovet kan vere tilstades. Dersom krava blir forenkla, kan det også gjere det noko lettare å tilby fleire brukarrom i Oslo og andre større byar der behovet tilseier det, eventuelt med differensierte tilbod for ulike brukargrupper.

På denne bakgrunnen meiner departementet det bør givast moglegheit for å gjere unntak frå nokre av krava til brukarromordningar. Sjå nærare i punkt 5.2 om departementet sitt forslag til slike endringar.

Samtidig vil departementet understreke at brukarrom uansett ikkje kan erstatte andre tilrettelagde helsetenestetilbod til målgruppa. Uavhengig av om ein kommune har brukarrom må kommunen yte anna nødvendig og forsvarleg helsehjelp til personar med rusmiddelproblem.

3.3 Brukarkrins og type narkotiske stoff

Departementet meiner utviklinga tilseier nokre endringar i reglane om kva for personkrins brukarromma skal vere tilgjengelege for, og kva stoff som kan inntakast i brukarrom.

Skadereduksjon generelt, og brukarrom spesielt, er ikkje lenger like kontroversielt som det var, verken i Noreg eller internasjonalt. Sjå punkt 2.11 om narkotikakonvensjonane og FN-organet The International Narcotics Control Board (INCB) sitt syn på brukarrom, og om tilrådingar frå andre internasjonale organ om skadereduksjon.

Det har allereie vore ei viss utvikling i reglane om brukarkrins, type narkotika og inntaksmåtar, frå sprøyterom som opphaveleg berre var opne for injisering av heroin, til dagens brukarrom. Departementet meiner det no er tid for nokre nye endringar.

I dag er brukarromma reserverte for personar som har fylt 18 år og har «langvarig narkotikaavhengighet og en helseskadelig injeksjonspraksis», jf. brukerromsforskriften § 1. Det kan berre inntakast «narkotiske stoffer som injiseres», jf. forskrifta § 4. Men stoff av den typen som ofte blir injisert, kan no inntakast på andre måtar også i brukarrommet.

Det er frå ulikt hald foreslått å fjerne kravet om «*injeksjonspraksis*». Det er påpeikt at det er uheldig dersom registrerte brukarar som går over frå injisering til inhalering eller andre meir skånsame inntaksmåtar, blir stengt ute frå brukarrom. Dette kan skje etter dagens reglar. Brukarrommet i Oslo opplyser om ein jamn auke av inhalering, jf. punkt 2.9.2.

Sjølv om brukarar med «helseskadelig injeksjonspraksis» er dei som i aller størst grad har nytte av brukarrom med tanke på førebygging eller handtering av overdosar og førebygging av infeksjonar og smitte, meiner departementet brukarrom bør vere opne også for andre som har ein helseskadeleg og risikofylt bruk av narkotika, og uansett kva stoff dei bruker. Målet om å bidra til skadereduksjon, tryggleik og verdigheit bør omfatte alle med så alvorlege rusmiddelproblem.

Det er ein viss smittefare ved å dele brukarutstyr også ved andre inntaksmåtar enn injisering. Og opplæring og motivering for skånsamare inntaksmåtar er blant formåla med brukarromordninga. Dette gjeld både overgang frå injisering til andre inntaksmåtar og meir skånsam praktisering av den enkelte inntaksmåten.

Auka moglegheit for kontakt mellom brukarar og personell, inkludert samtalar med sikte på motivering for tverrfagleg oppfølging og behandling, er også blant formåla med loven. Dette er viktig uansett inntaksmåte og type narkotika.

Vidare kan det stillast spørsmål om «*narkotikaavhengighet*» er ei formålstenleg avgrensing av kven som skal ha lovleg tilgang til brukarromordninga. Avhengnad er ein diagnose innanfor spekteret av rusmiddellidingar, men det er inga klar avgrensing mellom avhengnad og skadeleg og risikofylt bruk. Ein person kan over tid gå mellom avhengnad og risikofylt bruk, og uansett vere utsett for overdosedød og annan skade som følge av bruken.

Det er ikkje krav om at ein brukar må ha ein avhengnadsdiagnose, sett av helsepersonell, for å ha lovleg tilgang til brukarrom. Det er ei skjønsmessig vurdering som ligg til grunn,

basert på ein grundig samtale med brukaren og ein meir «folkeleg» tolking av vilkåret «narkotikaavhengighet» enn diagnosekriterium. Departementet meiner det også kan vere formålstenleg med ei formulering av tilgangsvilkåra utan bruk av begripen avhengnad.

På denne bakgrunnen foreslår departementet nokre endringar i kriteria for tilgang til brukarrom. Det synest klart at fleire personar med alvorlege rusmiddelproblem enn dei som no har tilgang til brukarromma, kan ha nytte av slike ordningar. Brukarrom er eit av fleire skadereduserande tiltak. Trygge omgivnader for inntak av narkotika, sterilt brukarutstyr, rettleiing om mindre skadelege inntaksmåtar og tilsyn under inntak osb. bidrar både til å førebygge skadar av narkotikabruk og til meir verdigheit. Å førebygge skade er eit gode i seg sjølv, men er også viktig for framtidige rehabiliteringsløp.¹¹²

Tilgjengeleg kunnskap viser at skadereduserande tiltak som brukarrom og tilgang til brukarutstyr ikkje fører til auka omfang av narkotikabruk, jf. punkt 2.10.1.

Ei utviding av brukargruppa og andre regelendringar som likestiller ulike inntaksmåtar og stoff, harmonerer med den strafferettslege utviklinga der rusmiddelavhengige ikkje blir straffa for å bruke narkotika og ha mindre mengder narkotika til eigen bruk på seg eller hos seg. Dette gjeld alle typar narkotiske stoff og alle inntaksmåtar. Sjå punkt 2.5.

Departementet sine forslag til endringar i reglane om brukarkrinsen og kva for narkotiske stoff det skal vere høve til å nytte i brukarrom, blir omtalte i punkt 4.

Dersom antalet brukarar aukar som følge av at ein forandrar kriteria for tilgang, må ein rekne med at det vil bli noko større pågang til brukarromma, men det er vanskeleg å anslå omfanget. Det kan forsterka dei nemnde kapasitetsproblema i brukarrommet i Oslo. Dette er eit dilemma, men må sjåast i samanheng med forslaget om moglegheit for å gjere unntak frå nokre av krava til brukarrom for å gjere det noko lettare å opprette fleire brukarrom, eventuelt med ulikt omfang av tenestetilbod.

3.4 Rusmiddelanalyseteneste i brukarrom

Det er i Meld. St. 5 (2024–2025) peikt på rusmiddelanalysetenester som eit mogleg grep, særleg med tanke på dei potente rusmidla som no også blir oppdaga i Noreg. Det er vist til at tiltaket både kan vere eit sentralt skadeførebyggande tiltak og inngå i system for overvaking av rusmiddelsituasjonen lokalt og nasjonalt.

Analyse av rusmiddel for å finne ut kva dei inneheld, kan vera eit skadeførebyggande tiltak overfor den enkelte brukaren. Brukaren blir sett i stand til å fatte meir informerte val i samband med narkotikainntaket dersom det blir klarlagt kva stoffet inneheld og eventuelt om stoffet er forureina med andre farlege stoff eller har uvanleg høg styrke/reinleik.

Når brukarar får kjennskap til at eit stoff inneheld noko anna enn det er utgitt for, eller har ei anna styrkegrad, kan dei tilpasse inntaket sitt. Dette kan potensielt bidra til reduksjon i talet på overdosar og eventuelt andre skadeverknadar. Kjennskap til innhaldet kan også

¹¹² Meld. St. 5 (2024–2025) punkt 3.5.1.

vere til nytte dersom det oppstår uventa reaksjonar. Dette gjeld både i det enkelte tilfellet og ved at det blir spreidd kunnskap om kva stoff som er i omløp, og særleg då nye eller svært potente stoff. Dette kan bidra til at helsepersonell kan gi betre og raskare hjelp.¹¹³

Som nemnt i punkt 2.3 meiner Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) ved Universitetet i Oslo at litteraturoppsummeringa deira om rusmiddelanalysetenester viser behov for meir og betre forskning, men også gir støtte til at slike tenester bidrar til skadereduksjon og potensielt sett overdoseførebygging.¹¹⁴

SERAF har peikt på ulike målgrupper for rusmiddelanalysetenester og meiner det er relevant å prioritere brukarrom og andre etablerte tenestetilbod til rusmiddelbrukarar ved lokalisering av rusmiddelanalysetenester, for å nå dei som har størst risiko for overdose.¹¹⁵

FN-organet The International Narcotics Control Board (INCB) har uttalt seg positivt til rusmiddelanalysetenester med skadereduksjon som formål, jf. punkt 2.11.1.

Analyseresultata kan også inngå i eit system for innhenting og samanstilling av data for overvaking av trendar i narkotikamarknaden og varsling om nye eller særleg farlege stoff osv. Regjeringa ønsker å etablere eit system for heilskapleg overvaking av rusmiddelsituasjonen og innføre ein beredskapstenking på rusmiddelområdet. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å greie ut eit slikt system.¹¹⁶ Sjå punkt 2.3.

Svært farlege stoff som nitazener¹¹⁷ og fentanyler¹¹⁸ er no i omløp også i Noreg. Desse kan vere høypotente og svært vanskelege å dosere. Det er derfor høg risiko for alvorleg forgifting og død ved bruk av slike stoff.¹¹⁹ European Union Drugs Agency (EUDA) har peikt på at brukarrom er lågterskeltilbod i frontlinja og kan vere dei første til å få innsikt i nye bruksmønster og identifisere nye og byrjande trendar blant høgrisikobrukarar av ulovlege rusmiddel.¹²⁰

På denne bakgrunnen kan det vere formålstenleg å legge til rette for at analyse av rusmiddel kan tilbydast brukarar av brukarrom. Dette kan også knytast opp mot eit eventuelt system for heilskapleg overvaking av rusmiddelsituasjonen.

¹¹³ Foreningen Tryggere Ruspolitikk: Tryggere med kunnskap – Anbefalinger til implementering av rusmiddelanalysetjenester i Norge, 2020, punkt 2.3.2 og 2.3.3.

¹¹⁴ SERAFs rapport nr. 3/2024 s. 35.

¹¹⁵ SERAF: Et forslag til plan for rusmiddeltestingstjenester i fire norske byer; på oppdrag fra Helsedirektoratet (SERAF rapport nr. 1/2025), punkt 4 (s. 13) og punkt 8 (s. 20).

¹¹⁶ Meld. St. 5 (2024–2025) punkt 10.6.1, jf. også punkt 4.

¹¹⁷ Oslo universitetssykehus (nettside): «Nitazener er morfinlignende rusmidler (opioider) som er opptil 100–1000 ganger sterkere enn morfin.»

¹¹⁸ Helsebiblioteket (nettside): «Fentanyl er et svært potent opioid.»

¹¹⁹ Meld. St. 5 (2024–2025) punkt 2.3.1.

¹²⁰ EUDA: [Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence | www.euda.europa.eu](https://www.euda.europa.eu)

Det kan nemnast at brukarrommet i Bergen har eit koordinerande ansvar for varsling om narkotiske stoff i omløp i området, med formål å førebygge overdosar og overdosedødsfall, og dessutan redusere faren for rusrelaterte skadar. Sjå nærare i punkt 2.9.3. Bergen kommune har òg vist interesse for moglegheita for å tilby rusmiddelanalysetenester mellom anna i brukarrommet.¹²¹

Departementet meiner det bør givast reglar om høve til å tilby analyse av narkotika i brukarromma utan å vente på ytterlegare utgreiingsarbeid og eventuell forskning, jf. punkt 2.3. Brukarane av brukarrom er i høgrisikograppa for overdose. Mange av dei mest overdoseutsatte brukarane av ulovlege rusmiddel bruker eit breitt spekter av dei til kvar tid tilgjengelege stoffa.¹²²

Rusmiddelanalyse er eit skadereduserande tiltak som passar saman med dei andre tilboda i brukarrom føresett at dei testmetodane som blir valde er tilpassa målgruppa.

Brukarrom er dessutan regulert i eit eige regelsett der det passar å ta inn føresegner om analyse av narkotika. Dette vil sikre at analyse kan utførast lovleg.

Departementet foreslår derfor ei føresegn om analyse av rusmiddel i brukarromregelverket, sjå nærare i punkt 6.

Analyse av rusmiddel i brukarrom vil òg kunne gi erfaring som kan vere til nytte ved tilbod om rusmiddelanalysetenester til andre målgrupper. Helsedirektoratet skal greie ut eit heilskapleg system for overvaking av rusmiddelsituasjonen og innføring av beredskapstenking innan rusmiddelområdet og vurdere korleis ei rusmiddelanalyseteneste kan inngå i dette. SERAF har på oppdrag frå direktoratet skissert ein modell for korleis rusmiddelanalysetenester kan leggjast opp i Noreg. Fleire kommunar har gitt uttrykk for at dei ønsker å ha eit tilbod om rusmiddelanalyse. Sjå punkt 2.3. Utforminga av tenestene må tilpassast målgruppene, og rettslege forhold må avklarast.

4 Tilgang til brukarromordninga og kva stoff som kan inntakast og korleis

4.1 Gjeldande rett

Brukarromordninga skal bidra til auka verdigheit for menneske med «langvarig narkotikaavhengighet», jf. brukerromsloven § 1.

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.

¹²¹ Brev til departementet 21. mars 2023.

¹²² Meld. St. 5 (2024–2025) punkt 4.1.

Personalet i brukarromordninga avgjer om kriteria for registrering er oppfylt. Leiaren av ordninga avgjer om ein person skal nektast registrering, jf. forskrifta § 2.

Opphavelag omfatta brukarromordninga berre injisering av heroin. Ved lov- og forskriftsendringar som tredde i kraft frå 2019 blei det opna for andre stoff og for å nytta andre inntaksmåtar enn injisering.

Loven omfattar no «narkotika» utan nærare spesifisering av typar narkotiske stoff. Men ei viss avgrensing følger av at straffridomen berre gjeld «narkotiske stoffer som injiseres», jf. forskrifta § 4 første ledd som lyder:

Straffriheten i brukerromsordningen omfatter én brukerdose narkotiske stoffer som injiseres.

Ifølge forarbeida til endringane omfattar dette narkotiske stoff som vanlegvis blir injiserte, og stoff som ikkje er meint for injisering, men som likevel blir brukte på den måten. Korleis stoffet blir inntatt i det enkelte tilfellet er ikkje avgjerande. Formuleringa avgrensar mot «cannabis eller andre ulovlige rusmidler som ikke injiseres av brukerne og som ikke er forbundet med samme overdosefare».¹²³

Sjølve regelen om straffridom i brukarrom er av mindre betydning etter den rettslege utviklinga som inneber at rusmiddelavhengige normalt skal møtast med straffutmålingsfråfall eller ubetinga påtaleunnlating for å ha hatt å gjere med mindre mengder narkotika til eigen bruk, jf. punkt 2.5. Den nye rettspraksisen omfattar også andre stoff enn dei som blir injiserte. Føresegna i forskrifta § 4 må uansett bli forstått som ei avgrensing av kva stoff ein kan innta i brukarrom.

Endringane frå 2019 innebar ikkje at ordninga fullt ut omfattar alle inntaksmåtar på lik linje med injisering. I forarbeida blei det presisert at brukarane skal kunne prøve ut andre inntaksmåtar som ledd i opplæring og overgang frå injisering til andre meir skånsame inntaksmåtar. I loven og forskrifta er høvet til å nytte andre inntaksmåtar ikkje uttrykkeleg avgrensa på ein slik måte. Men kriteriet «langvarig narkotikaavhengighet og en helseskadelig injeksjonspraksis» blei oppretthalde som krav for å bli registrert som brukar av ordninga.

Det blei i forarbeida presisert:

«Personer som ikke injiserer vil da ikke kunne bli registrert som bruker av ordningen.

I den grad brukere av ordningen endrer inntaksmåte, vil personalet i ordningen måtte gjøre en skjønnsmessig vurdering av om og eventuelt når endret inntaksmåte skal føre til at brukeren ikke lenger skal ha adgang til å bruke sprøyteromsordningen.»¹²⁴

¹²³ Prop. 13 L (2018–2019) punkt 2.5.3.

¹²⁴ Prop. 13 L (2018–2019) punkt 2.7.3.

Kommunen kan ikkje fastsette andre reglar om kva stoff eller inntaksmåtar som kan nyttast i brukarrommet enn det som følger av loven og forskrifta, men kan i noka utstrekking fastsette tilleggskriterium for registrering som brukar ut frå saklege omsyn.

Oslo kommune har bestemt at brukarromordninga berre er open for personar med «Oslo-tilhørighet». Departementet forstår dette slik at personar som ikkje er busette i Oslo eller som ikkje har fast, lovleg opphald i landet, blir nekta registrering og dermed tilgang. Av kapasitetsomsyn har det i periodar vore stengt for registrering òg av nye brukarar som fyller vilkåra. Brukarrommet i Bergen har ikkje tilsvarende vilkår om at ein må høyre til i kommunen.

Ei avgjerd om tilgang til tenestene eller bortvising frå brukarromordninga er ikkje enkeltvedtak etter forvaltningsloven, jf. brukarromsloven § 6 første ledd og brukarromsforskriften § 3 andre ledd.

4.2 Vurderingane og forslaga frå departementet – brukarkrins, stoff og inntaksmåtar

4.2.1 Innleiing

Departementet meiner som nemnt i punkt 3.3 at gode grunnar taler for å endre nokre av vilkåra i føresegnene om kven som skal ha tilgang til brukarromordninga. Dei endringane som blir foreslåtte vil innebere at brukarromma blir tilgjengelege for ein noko større krins av personar med alvorlege rusmiddelproblem.

Departementet meiner at det framleis bør vere ei registreringsordning og at brukarkrinsen framleis bør vere avgrensa til personar over 18 år med omfattande og alvorleg rusmiddelproblematikk. Brukarrom bør ikkje vere tilgjengelege for personar som meir sporadisk bruker ulovlege rusmiddel eller som ønsker å prøve narkotika i trygge omgivnader.¹²⁵ Blant premissane for å tillate brukarrom er at inntaket av narkotika ville skje uansett, men at det kan skje i tryggare og meir hygieniske og verdige forhold i brukarrom enn til dømes utandørs.

Dei forskriftsbestemte tilgangsvilkåra «langvarig narkotikaavhengighet og en helseskadelig injeksjonspraksis» blir drøfta i punkt 4.2.2 og 4.2.3.

Vidare meiner departementet det kan vere grunn til å gjere endringar i føresegna om kva for narkotiske stoff ein kan innta i brukarrom, sjå punkt 4.2.4. Inntaksmåtar og moglegheit for differensiering av tilbod i ulike brukarrom osb. blir omtalte i punkt 4.2.5 og 5.2.2.

¹²⁵ I NOU 2019: 26 punkt 4.2.1 deles personer som rapporterer bruk av narkotika, inn i tre grupper: «eksperimentbrukere», «rekreasjonsbrukere» og «problembbrukere». Sjå nærare i punkt 4.2.3.

4.2.2 Kravet om «injeksjonspraksis»

Hovudvilkåra for å bli registrert som brukar er «langvarig narkotikaavhengighet og en helseskadelig injeksjonspraksis», jf. brukerromsforskriften § 1.

Departementet foreslår å fjerne kriteriet «injeksjonspraksis». Dette kravet utelukkar personar som ikkje injiserer narkotika, men som inhalerer eller inntar narkotika på andre måtar. Registrerte brukarar som på permanent basis går over frå injisering til inhalering kan i dag miste tilgangen til brukarrommet. Departementet er ikkje kjent med at dette har skjedd, men moglegheita er nemnd i forarbeida, som sitert i punkt 4.1.

Det er vanskeleg å vite om gjeldande regelverk medfører at nokon faktisk held fram – eller begynner – å injisere med tanke på tilgang til brukarromordninga, men i så fall er det uheldig. Departementet meiner uansett at kravet om «injeksjonspraksis» bør gå ut. Det vil harmonere med formålsparagrafen i loven, der eit av formåla med brukarromordninga er å motivere til meir skånsame inntaksmåtar.

Loven og forskrifta har ikkje føresegner som direkte regulerer inntaksmåte i brukarrom. Også i dag kan narkotika inntakast på ulike måtar i brukarrommet såframt ein er registrert brukar. Loven krev at det også skal finnast eit inhalasjonsrom i brukarromordninga, og personalet skal tilby brukarane generelle råd om både injeksjonspraksis og meir skånsame inntaksmåtar.

Brukarrommet i Oslo opplyser om ein jamn auke av inhalering. I 2021 var delen inntak fordelt med drygt 90 prosent injisering, 8 prosent inhalering og 1 prosent annan inntaksmåte (nasalt, oralt eller rektalt). I 2022 utgjorde injisering om lag 75 prosent og inhalering 24 prosent. I 2023 og 2024 auka delen inhalering ytterlegare, til 32 og 34 prosent.¹²⁶ Alle overdosane i brukarrommet hende etter injisering.¹²⁷

Departementet meiner no at heller ikkje høvet til å bli registrert som brukar bør vere knytt til injisering som bruksmåte.

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 bruker narkotika på andre måtar. 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

¹²⁶ Velferdsetaten, Oslo: Helhetlig russtatistikk, Oslo (Oppdatert september 2024) s. 48, og epost frå Oslo kommune 5. mars 2025.

¹²⁷ Årsrapportar frå Oslo kommune, Prindsen mottakssenter.

sosiale tenester og eventuelt motivere for tverrfagleg oppfølging og behandling. Dette er av vesentleg betydning òg overfor brukarar av ulovlege rusmiddel som ikkje injiserer.

I tillegg til dei generelle farane ved å bruke narkotika, medfører ulike bruksmåtar 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.¹²⁸

Ei slik utviding av brukargruppa vil òg harmonere med den strafferettslege utviklinga der *rusmiddelavhengige* ikkje blir straffa for å ha brukt eller hatt å gjere med mindre mengder narkotika til eigen bruk. Dette gjeld uavhengig av inntaksmåte og type narkotika, og ikkje basert på ei medisinfagleg utgreiing av om personen er rusmiddelavhengig.

Kriteriet «langvarig narkotikaavhengighet» blir omtalt i punkt 4.2.3.

Sjå òg punkt 4.2.4 om forslag til endringar i reguleringa av kva for stoff som skal kunne inntakast i brukarrom og punkt 4.2.5 om inntaksmåtar.

4.2.3 Kravet om «langvarig narkotikaavhengighet»

Departementet meiner kravet «langvarig narkotikaavhengighet» bør forandrast, jf. kriteria for tilgang til brukarrom i forskrifta § 1. Omgrepet er også brukt i formålsføresegna i loven § 1.

Vurderingane gjeld både kravet om *varighet* og spørsmålet om det er formålstenleg med ei avgrensing ut frå begripen *avhengnad*.

Departementet meiner det er alvorsgraden av den notidige bruken av ulovlege rusmiddel og faktorar ved helsetilstanden til mennesket, som må vere utslagsgivande for om vedkomande skal ha tilgang til brukarromordninga. Departementet foreslår derfor at kravet «langvarig» ikkje blir vidareført.

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 behandlingresultat dersom brukaren går inn i eit behandlingssløp.

Som nemnt i punkt 3.4 er det no også i Noreg i omløp 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.

¹²⁸ Bramnes og Madah-Amiri, 2017. [Notat - Bruk av rusmidler på ulike måter – ulik risiko - Senter for rus- og avhengighetsforskning \(uio.no\)](#). Sjå også Helsedirektoratet: Nasjonale faglige råd, Overdoseforebyggende arbeid i kommunen: [Overdoseforebyggende arbeid i kommunen - Helsedirektoratet](#)

Vidare foreslår departementet at vilkåra for tilgang til brukarrom blir formulerte utan bruk av omgrepet «narkotikaavhengighet».

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 Verdhelseorganisasjonens (WHO) diagnosesystem.¹²⁹ Avhengnad er i denne samanhengen den alvorlegaste forma for rusmiddellidingar, på eit spekter som også omfattar skadeleg bruk:

«Skadelig bruk av rusmidler innebærer bruk av rusmidler som har gitt fysiske eller psykiske helseskader enten akutt eller over en periode.

Rusmiddelavhengighet kjennetegnes av at brukeren har et sterkt ønske om å innta rusmiddelet og har vansker med å kontrollere bruken. Brukeren opprettholder bruken til tross for skadelige konsekvenser, og prioriterer rusmiddelinntak foran andre aktiviteter og forpliktelser. Avhengighet kan også innebære behov for økende doser (toleranse) og noen ganger avvenningssymptomer (abstinenser) når bruken opphører en periode. Symptomene varierer med typen rusmiddel og omfanget av bruk.»¹³⁰

Vurdering av ein avhengnadsdiagnose i helse- og omsorgstenesta skjer ut frå nærare kriterium.¹³¹

Tilgang til brukarrom føreset ikkje at brukaren er greidd ut i helse- og omsorgstenesta og har fått stilt ein avhengnadsdiagnose. Som nemnt i punkt 3.3 skjer vurderinga ut frå ein grundig samtale med brukaren, og det blir lagt til grunn ein meir «folkeleg» forståing av begripen narkotikaavhengnad.

Når det gjeld forståinga av omgrep som «avhengig» og «avhengighet» i andre samanhengar enn medisinsk, sjå også punkt 2.5 og punkt 2.6 om høvesvis Høgsteretts forståing av omgrepet «rusavhengig» og Rushåndhevingsutvalgets forslag til innhald i omgrepet «rusmiddelavhengig» i strafferettsleg samanheng. Der blir heller ikkje føresett at personen har fått stilt ein avhengnadsdiagnose.

Det kan også nemnast at det opphavelege kriteriet for tilgang til sprøyterom var at brukaren måtte vere «tungt belastet heroinmisbruker». Ordlyden blei i 2009 forandra til «langvarig heroinavhengighet og en helseskadelig injeksjonspraksis» utan at dette var meint som ei realitetsendring.¹³²

¹²⁹ [avhengighet – Store medisinske leksikon](#)

¹³⁰ Folkehelseinstituttet: Folkehelse rapporten (2022).

¹³¹ Sjå ICD-10, F10–F19 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer, F1x.2. Avhengighetssyndrom.

¹³² Helse- og omsorgsdepartementet: Høringsnotat – Forslag til endring i lov om ordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) og forskrift om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning), 31. oktober 2008, s. 45–46.

Departementet meiner det framleis bør vere slik at det ikkje er krav om ein avhengnadsdiagnose. Dette vil bli tydelegare ved bruk av andre omgrep som vilkår for tilgang til brukarrom.

På denne bakgrunnen foreslår departementet ei anna utforming av føresegnene i forskrifta § 1 og formålsparagrafen i loven enn i dag.

Departementet foreslår at tilgangskriteria blir «helseskadelig og risikofylt bruk av narkotika». Det vil framleis vere tale om personar som må antakast å vilje bruke narkotika uansett. Tilgang til brukarrom vil ikkje oppmode til bruk, men kan bidra til å redusere skadeverknadane ved bruk som uansett vil finne stad. Departementet meiner som nemnt òg at det ikkje bør vere avgjerande kor lenge ein person har hatt ein slik bruk av ulovlege rusmiddel.

Departementet ser at det kan innvendast mot den foreslåtte formuleringa at all ulovleg bruk av narkotika kan vera helseskadeleg og risikofylt i større eller mindre grad, og at forslaget dermed vil opne for ein svært vid brukarkrins. Bakgrunnen for den svært restriktive reguleringa av narkotika, der også bruk er ulovleg og strafflagd, er faren for helseskade og annan skade. Med skadeleg bruk av rusmiddel meinast bruk som kan gi helseproblem eller som har negativ effekt på utdanning, økonomi, familie- og sosiale relasjonar, eller som medfører skadar og ulukker og auka risiko for kriminalitet relatert til rusmiddelbruken.¹³³

Rusreformutvalget skreiv:

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

– *eksperimentbrukere*, det vil si de som bruker / har brukt narkotika én eller noen få ganger og så slutter / har sluttet

– *rekreasjonsbrukere*, det vil si de som bruker / har brukt narkotika mer eller mindre jevnlig, men uten at det nødvendigvis fører / har ført til nevneverdige problemer

– *problembrukere*, det vil si de som bruker / har brukt narkotika i et omfang som fører til helsemessige, sosiale og/eller økonomiske problemer

Akutte skader som følge av bruk kan inntreffe blant alle de tre gruppene, men risikoen for negative konsekvenser vil vanligvis øke med hva og hvor mye som brukes, samt varighet av bruken. [...]»¹³⁴

I brukarromsamanheng vil det vere mest relevant å legge vekt på helsemessige konsekvensar.

Folkehelseinstituttet skriv i omtalen sin av «Problembruk av narkotika» mellom anna:

¹³³ Bachs, Liliana: Bachs, Liliana: *skadelig bruk av rusmidler* i *Store medisinske leksikon* på snl.no. Henta 22. januar 2025 frå https://sml.snl.no/skadelig_bruk_av_rusmidler

¹³⁴ NOU 2019: 26 *Rusreform – fra straff til hjelp* punkt 4.2.1.

«EUs narkotikabyrå, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), reviderte i 2012 definisjonen av problembruk av narkotika (problem drug use). Definisjonen, eller begrepet, skal omfatte *«stadig tilbakevendende narkotikabruk som forårsaker faktisk skade (negative konsekvenser) for personen (inkluderte avhengighet, men også problemer med somatisk og psykisk helse/ sosiale problemer) eller setter personen i en situasjon med høy sannsynlighet/risiko for å bli plaget av slike skader»*. Problembruk blir nå ofte kalt «høyrisiko» narkotikabruk (high risk drug use) for å vektlegge en måte å bruke narkotika på som gir høy risiko for problemer og skader.

Risiko for problemer og skader vil avhenge både av hyppighet av bruk, inntaksmåte og type stoff. Dessuten kan samtidig bruk av flere stoffer øke risikoen for skader. [...]»¹³⁵

Departementet understrekar at det ikkje er meininga med forslaget at alle som bruker ulovlege rusmiddel skal få tilgang til brukarrom. Departementet meiner brukarromma framleis bør ha personar med risikofylt og helseskadeleg bruk av narkotika som målgruppe, og ikkje personar med meir sporadisk bruk, sjølv om også desse kunne ha nytte av tenestetilbodet i brukarrom, til dømes rettleiing om mest mogleg skånsam bruk. 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.

Den formuleringa departementet foreslår tar ikkje sikte på å omfatte all potensielt helseskadeleg bruk, men bruk som gjerne medfører helseskade av eit visst alvor eller betydeleg risiko for dette. Helseskadeleg bruk og risikofylt bruk heng tett saman. Risikofylt rusmiddelbruk blir ofte definert som ein bruk av rusmiddel som har potensial for negative konsekvensar og/eller som på sikt kan vere avhengnadsskapande.¹³⁶ 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 skade, eller risiko for skade, som er særleg relevante i vurderinga av dei foreslåtte kriteria helseskadeleg og risikofylt narkotikabruk:

- Overdosar
- Andre akutte skadar som ulukker, vald og suicidal åtferd
- Ikke-smittsomme somatiske sjukdommar som hjarte-karsjukdommar, lungesjukdommar og ulike smertetilstandar
- Psykiske lidingar
- Smittsame sjukdommar som hepatitt B, hepatitt C og HIV.¹³⁷

¹³⁵ FHI: Narkotika i Norge (nettpublikasjon). Sjå også nettsidene til The European Union Drugs Agency (EUDA) som har avløyst EMCDDA.

¹³⁶ Bye, mfl. Rusmiddelbruk blant sysselsatte i Norge (2013–2022) FHI, 2024.

¹³⁷ Babor et al. Drug Policy and the Public Good, 2010.

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 tilgangskriteria 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.

Departementet har vurdert ulike formuleringar som til dømes «helseskadelig og særlig risikofylt bruk» og «særlig risikofylt og helseskadelig bruk» for å vise at det er tale om personar med relativt alvorlege rusmiddelproblem, sjølv om ein ønsker å gå bort frå kravet «langvarig» og begripen «avhengighet». Departementet foreslår formuleringa «helseskadelig og risikofylt bruk av narkotika» og ber om synet til høyringsinstansane på forslaget.

Som omtalt i punkt 4.2.2 blir det også foreslått å fjerne kriteriet «injeksjonspraksis». Departementet foreslår såleis å forandre «langvarig narkotikaavhengighet og en helseskadelig injeksjonspraksis» i forskrifta § 1 andre ledd bokstav a til «helseskadelig og risikofylt bruk av narkotika». Departementet foreslår å bruke den same formuleringa i loven § 1 andre ledd første punktum der det no står «langvarig narkotikaavhengighet». Sjå utkast til lov- og forskriftsendringar i punkt 9.

4.2.4 Kva for narkotiske stoff ein kan innta i brukarrom

Loven og forskrifta har ikkje føresegner som regulerer kva for narkotiske stoff som kan brukast i brukarrom, bortsett frå forskrifta § 4 om at straffridomen gjeld «én brukerdose narkotiske stoffer som injiseres». Som nemnt i punkt 4.1 må dette òg forståast som ei avgrensing av kva stoff brukarane kan innta i brukarrom.

Departementet har vurdert om det er grunn til å gjere endringar i forskrifta § 4 og eventuelt gjere andre endringar i loven eller forskrifta med omsyn til kva stoff ein kan innta i brukarrom.

Departementet foreslår å fjerne kravet om at det skal vere stoff «som injiseres». Departementet ser ikkje grunn til å oppretthalde denne avgrensinga. Det er allereie høve til å nytte andre inntaksmåtar enn injisering i brukarromma, og som omtalt i punkt 4.2.2 blir det foreslått å fjerne kriteriet «injeksjonspraksis» som vilkår for tilgang til brukarrom. Departementet meiner brukarromma bør vere opne for andre inntaksmåtar på lik linje med injisering, og at kva narkotiske stoff ein kan innta heller ikkje bør vere knytt til vanleg eller mogleg bruksmåte. Dette harmonerer også med den strafferettslege utviklinga der rusmiddelavhengige ikkje blir straffa for å bruke narkotika og ha narkotika med seg eller hos seg til eigen bruk, uavhengig av inntaksmåte og type narkotika, jf. punkt 2.5.

Departementet foreslår såleis å oppheve orda «som injiseres» i forskrifta § 4. Med denne endringa inngår i prinsippet alle stoff som blir omfatta av narkotikaforskriften.¹³⁸ Dette

¹³⁸ Forskrift 14. februar 2013 nr. 199 om narkotika (narkotikaforskriften).

inneber mellom anna at det vil bli høve til å røyke cannabis i brukarrom, føresett at personen er registrert som brukar. Som omtalt i punkt 4.2.3 foreslår departementet at vilkåra for registrering blir forandra til «helseskadelig og risikofull bruk av narkotika». Departementet antar uansett at brukarromma i liten monn vil bli brukt for å innta cannabis eller av brukarar som ikkje bruker andre stoff enn cannabis. I praksis vil det truleg vere personar som i første rekke bruker andre narkotiske stoff, med høgare grad av skadepotensial, som vil ønske å nytta brukarromma og som fyller krava for registrering. Departementet legg til grunn at det heller ikkje vil bli nemneverdig pågang av personar som berre ønsker å innta narkotika på andre måtar enn ved injisering eller inhalering/røyking.¹³⁹ Det kan variere over tid kva for narkotiske stoff som oftast vil bli inntatte i brukarrom, mellom anna på grunn av tilgangen til ulike stoff og endringar i dei generelle bruksmønsterane blant brukarar av ulovlege rusmiddel.

Departementet har vurdert om det bør vere opp til den enkelte kommunen å avgjere kva for narkotiske stoff som kan inntakast i brukarrommet, eventuelt innan visse rammer fastsett i brukarromsloven eller -forskriften. Departementet ser ikkje behov for ei slik ordning. Moglegheit til å avgrense kva stoff brukarane kan innta, har isolert sett truleg lita betydning med tanke på å gjere det enklare for kommunane å etablere og drive brukarrom. *Korleis* narkotika skal kunna inntakast har meir direkte betydning for kva typar rom det er behov for og dermed for krava til brukarrom. Sjå punkt 4.2.5 og 5.2 om inntaksmåtar og moglege tilpassingar med omsyn til lokala og andre krav til brukarromordninga.

4.2.5 Inntaksmåtar

Som det kjem fram i punkt 4.2.2 og 4.2.4, foreslår departementet å fjerne tilknytninga til injisering når det gjeld brukarkrins og type stoff ein kan innta i brukarrom. Regelverket vil då i prinsippet likestille alle inntaksmåtar og alle typar narkotika. Departementet meiner dette bør vere hovudregelen for brukarromordningar.

Departementet foreslår derfor òg å endre formuleringa «tilby hygieniske rammer for injisering av narkotika» i loven § 1 andre ledd første punktum. Det blir foreslått ei formulering som omfattar inntak av narkotika utan spesifisering av inntaksmåte. Sjå lovutkastet i punkt 9.1.

Med tanke på kapasitetsproblem i eksisterande brukarrom og målet om å legge til rette for at fleire kommunar vel å etablere brukarrom, har departementet likevel vurdert om det framleis skal stillast krav om moglegheit for både injisering og inhalering/røyking i alle brukarrom, og med separate rom for kvar av desse inntaksmåtane. Om forslag til heimel for unntak frå krava til lokala og moglegheit for differensierte tilbod, sjå punkt 5.2.2. Utover dette meiner departementet det ikkje bør vere høve til å avgrense moglege inntaksmåtar.

¹³⁹ Andre inntaksmåtar (oralt, nasalt og rektalt) utgjorde til saman om lag ein prosent av alle inntak i brukarrommet i Oslo i 2023, jf. Oslo kommune: Prindsen mottakssenter – Årsrapport 2023, s. 30.

5 Krava til brukarromordningar – lokale, innhald, bemanning og drift – unntaksheimlar osb.

5.1 Gjeldande rett

5.1.1 Innleiing

Det er berre kommunar som kan etablere og drive brukarromordningar, sjå punkt 5.1.2.

Brukerromsloven og -forskriften inneheld ei rekke krav til ei brukarromordning. Det er fastsett krav til lokala, bemanninga og innhaldet i ordninga, sjå punkt 5.1.3 til 5.1.5.

Departementet sitt forslag til endringar i reglane blir omtalte i punkt 5.2.

5.1.2 Kommunal drift

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.¹⁴⁰

Dersom kommunen etablerer ei brukarromordning, er ho å sjå på som ein kommunal helse- og omsorgstjeneste, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-6 første punktum og brukerromsloven § 2 første ledd. For brukarar av ordninga skal ho vere eit supplement til dei andre helse- og omsorgstjenestene til kommunen, jf. brukerromsloven § 3 andre ledd. Tilgang til tenestene i brukarromordninga er ikkje nødvendig helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1, jf. brukerromsloven § 6 tredje ledd første punktum.

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

5.1.3 Lokala

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 og utprøving av andre meir skånsame inntaksmåtar enn injisering, jf. punkt 2.1.

Kravet om tilgang til eit behandlingsrom har samanheng med at det skal givast tilbod om individuell 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, er det behov for eit lokale som er eigna og utstyrt for det.

¹⁴⁰ Helse- og omsorgsdepartementets vedtak 18. mars 2010 om delegering av myndighet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet (FOR-2010-03-18-425).

Ved lokaliseringa av brukarromordninga, skal ein ta omsyn til avstanden til og framkomstforholda for ambulansetenesta, jf. forskrifta § 5 tredje ledd.

Ved utforminga av lokala til brukarromordninga, skal det takast omsyn til behova til brukarane, jf. forskrifta § 5 fjerde ledd.

5.1.4 Innhaldet i brukarromordninga

Etter formålsparagrafen i loven (§ 1) skal brukarromordninga bidra til auka verdigheit for menneske med langvarig narkotikaavhengnad ved å tilby hygieniske rammer for injisering av narkotika og motivere for meir skånsame inntaksmåtar. Vidare skal brukarromordninga bidra til auka helsemessig tryggleik, mellom anna førebygge infeksjonar og smitte og gi raskare hjelp ved overdosar, gjennom nærvær og tilsyn av helsepersonell. Det er også eit formål å bidra til auka moglegheit for kontakt og samtaler mellom den enkelte brukaren og hjelpeapparatet med sikte på tverrfagleg oppfølging og behandling.

Oppgåvene er konkretiserte i forskrifta § 5 som lyder:

§ 5. Brukerromsordningens innhold

Brukerromsordningen skal omfatte

- a. tilbud til brukerne om generelle råd om injeksjonspraksis og mer skånsomme inntaksmåter enn injisering,
- b. tilbud til brukerne om generelle råd om hygiene og egenomsorg for å forebygge smitte og for å redusere risikoen for skade,
- c. utdeling av rent utstyr for injisering og inhalering til hver bruker,
- d. observasjon av brukerne under og etter inntaket av narkotika,
- e. tilbud om individuell og konkret rådgivning til hver bruker i forbindelse med inntaket av narkotika,
- f. tilbud om enkel individuell helsehjelp, som for eksempel sårstell,
- g. tilbud om rådgivning og informasjon om helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester og
- h. formidling av kontakt med helse- og omsorgstjenesten eller sosialtjenesten dersom brukeren ønsker det.

Brukerromsordningen skal sikre rask tilgang til nødvendig helsehjelp gjennom et nært samarbeid med øvrig helse- og omsorgstjeneste

Ved lokaliseringen av brukerromsordningen, skal det tas hensyn til avstanden til og fremkommeligheten for ambulansetjenesten.

Ved fastsettelsen av åpningstider og utforminga av brukerromsordningens lokaler, skal det tas hensyn til brukernes behov.

Som det kjem fram, er testing av dei narkotiske stoffa brukarane vil innta, ikkje blant tilboda i brukarromordninga. Sjå punkt 6 med forslag om ei ny føresegn om at kommunane kan velje å tilby dette i brukarrom.

Helsepersonelloven gjeld for yrkesutøvinga til personalet i brukarromordninga, jf. brukerromsloven § 7. Dette gjeld mellom anna kravet til forsvarleg yrkesutøving etter helsepersonelloven § 4. Det er presisert at dette kravet ikkje er til hinder for at helsepersonell kan utføre dei oppgåvene som etter brukerromsloven og -forskriften er lagt til personalet i brukarromordninga. Dette har særleg betydning i samband med at personalet skal tilby konkret rådgiving ved inntaket av narkotika, jf. forskrifta § 5 første

ledd bokstav e. Personalet kan likevel ikkje hjelpe brukaren med å sette sprøyta. Derimot kan ein brukar hjelpe ein annan brukar med dette.¹⁴¹

Den som yter helsehjelp i brukarromordninga pliktar i utgangspunktet å føre pasientjournal, men det er ikkje plikt til å føre journal for helsehjelp som nemnt i brukerromsforskriften § 5 første ledd bokstav a til e, g og h, jf. forskrifta § 7.

5.1.5 Bemanninga

Bemanning av brukarrom er regulert i forskrifta § 6.

Blant personalet skal det vere både personar med helsefagleg utdanning og personar med sosialfagleg utdanning. Leiaren av brukarromordninga skal ha helsefagleg utdanning som minst svarer til høgskulenivå.

Kravet om bemanning med både helsefagleg og sosialfagleg personell har samanheng med dei krava som blir stilte til innhaldet i brukarromordninga, jf. punkt 5.1.4. I tillegg til slikt personell kan det også nyttast ufaglært personell.¹⁴²

Kommunen må sørge for at dei tilsette får adekvat rettleiing. Alle tilsette skal regelmessig gjennomgå opplæring i førstehjelp til bruk ved overdosar.

Brukarromordninga skal vere tilstrekkeleg bemanna til samtidig å kunne gjere inngangskontroll, observere under inntak av narkotika, gi individuell og konkret rådgiving i samband med inntak av narkotika, gi individuell helsehjelp og kontrollere forholda i frammøterommet.

5.2 Vurderingane og forslaga frå departementet – krava til brukarrom osv.

5.2.1 Innleiing – utgangspunkt – forslag om unntaksheimel osv.

Det er omfattande og detaljerte krav til brukarromordningar i lov og forskrift. I tillegg til dei krava som er uttrykkeleg fastsette i brukarromregelverket må tenesta oppfylle kravet til forsvarlege tenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Helsepersonell som arbeider i brukarrom må oppfylle kravet til forsvarleg yrkesutøving etter helsepersonelloven § 4.

Departementet ser ikkje behov for endringar i krava til brukarrom av faglege grunnar. Men departementet meiner det bør leggjast til rette for at fleire kommunar etablerer brukarrom dersom dei ser at det vil vere nyttig med den typen tilbod i tillegg til andre

¹⁴¹ Det er i Ot.prp. nr. 8 (2004–2005) punkt 3.2 lagt til grunn at brukarar straffritt, men ikkje lovleg, kan assistere kvarandre i brukarrom, sjølv om medverknad ikkje er regulert i lovteksten. Sjå også Andorsen, K.V.: *Sprøyteromsbruk av narkotika som straffrihetsgrunn*, 2009.

¹⁴² Ot.prp. nr. 8 (2004–2005) punkt 4.5.

tenester til denne målgruppa i kommunen. Som omtalt i punkt 3.1 er det òg vedvarande kapasitetsproblem i det eine av dei to eksisterande brukarromma.

Departementet har derfor vurdert om det bør gjerast endringar i krava for at det skal bli noko enklare for kommunar å etablere og drive brukarromordningar. Departementet har mellom anna vurdert om nokre av dei konkrete krava til lokala og bemanninga bør opphevast og eventuelt bli erstatta av ei meir generell formulering, slik at det blir overlate til den enkelte kommunen å vurdere kva som skal til for å ivareta alle dei nødvendige funksjonane på ein forsvarleg måte.

Departementet fremmer ikkje konkrete forslag om endringar i sjølve dei lov- og forskriftsbestemte krava, men foreslår å innføre heimlar for å gjere unntak frå nokre av krava. Det blir foreslått ei ordning der kommunen kan søke om unntak i samband med søknad om godkjenning ved etablering av brukarrom eller seinare. Myndigheita til å gi unntak bør følge myndigheita til å godkjenne etablering. Departementet si myndighet etter brukerromsloven § 3 er delegert til Helsedirektoratet.

Departementet meiner at dei krava det særleg kan vere aktuelt å gjere unntak frå er dei detaljerte krava til lokala og nokre av tilboda ei brukarromordning skal innehalde. Sjå høvesvis punkt 5.2.2 og 5.2.3. Lette i slike krav vil også kunne ha betydning for bemanningsbehovet, jf. punkt 5.2.4.

I punkt 5.2.5 drøfter departementet spørsmålet om kommunane bør kunne inngå avtale om drift av brukarrom med private aktørar.

5.2.2 Lokala og spørsmålet om differensierte tilbod

Departementet har, som nemnt i punkt 4.2.5, vurdert om det bør gjerast endringar i kravet om å ha både injeksjonsrom og inhaleringsrom, jf. loven § 2 andre og tredje ledd.

Departementet har kome til at det ikkje bør gjerast endringar i sjølve dei lovfesta krava, men foreslår å innføre ei moglegheit for kommunen til å søke om unntak frå dei fastsette krava til lokala. Dette kan gjelde kravet om å ha både injeksjonsrom og inhaleringsrom eller andre tilpassingar. Særleg på stader der pågangen ikkje er svært stor, kan tenesta kanskje innrettast på ein forsvarleg måte utan alle dei romma som loven krev.

Departementet legg til grunn at det berre er inhalering/røyking som 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 formålstenleg å tillate differensiering av tilbod i brukarrom til ulike brukargrupper i kommunar som ønsker å ha meir enn eit brukarrom. Ein kommune med fleire brukarrom bør kunne velje å ikkje tilby moglegheit for alle inntaksmåtar i begge/alle brukarromma. Kommunen bør samla sett tilby brukarrom for både inhalering og injisering, men ikkje nødvendigvis same stad.

Departementet er meir i tvil om det bør opnast for at ein kommune med berre eitt brukarrom skal kunne avgrense moglege inntaksmåtar slik at det berre blir tilbydd moglegheit for injisering eller berre for inhalering. Grunngivinga for ei slik endring må i så fall vere at terskelen for i det heile å etablere brukarrom er for høg med dagens krav, og at det er betre med eit brukarrom utan alle fasilitetar enn inkje brukarrom.

Krava til lokala er éin faktor som kan påverke kor krevjande det er for ein kommune å opne brukarrom. Andre faktorar kan mellom anna vere krava til innhald i brukarromordninga og krava til bemanning, jf. punkt 5.2.3 og 5.2.4.

Etter forslaget skal kommunen kunne søke om unntak i samband med søknad om godkjenning ved etablering av brukarrom eller seinare ved ønske om endring av brukarromordninga. Sjå punkt 9.1 med utkast til endringar i loven § 2.

Ein typisk situasjon der det bør kunne givast unntak, er som nemnt at ein kommune med fleire brukarrom ikkje ønsker å tilby moglegheit for alle inntaksmåtar i begge/alle brukarromma. I praksis vil det vere spørsmål om det skal vere moglegheit for både injisering og inhalering/røyking.

I dei største byane kan det vere formålstenleg å ha meir enn eitt brukarrom, eventuelt med moglegheit for differensierte tilbod for ulike brukargrupper. Som nemnt i punkt 3 kan det til dømes etablerast lokale brukarrom med lågare krav enn det regelverket no krev, i tilknytning til lågterskel butilbod eller liknande, der bebuarane i stor grad er aktive brukarar av narkotika. Eit eventuelt unntak frå kravet om tilgang til behandlingsrom må sjåast i samanheng med unntak frå kravet om tilbod om helsehjelp etter forskrifta § 5 første ledd bokstav f, jf. punkt 5.2.3.

5.2.3 Innhaldet i brukarromordninga

Krava til innhald i brukarromordninga er omfattande, jf. forskrifta § 5. Sjå punkt 5.1.4.

Fleire av oppgåvene eller tilboda som er lista opp i § 5 første ledd er heilt sentrale i eit brukarrom. Men enkelte av tilboda er av ein slik karakter at departementet meiner dei ikkje nødvendigvis treng å vere tilgjengelege i sjølve brukarromordninga.

Dersom kommunen har eit anna lågterskeltilbod som svarer til tilboda i § 5 første ledd bokstav f (enkel individuell helsehjelp, som til dømes sårstell) og bokstav g (rådgiving og informasjon om helse- og omsorgstenester og sosiale tenester), bør det kunna gjerast unntak frå kravet om å ha slike tilbod i brukarrommet. Til dømes vil eit feltpleietilbod i kommunen kunne tilseie at det kan givast unntak frå kravet i bokstav f om å ha tilbod om enkel individuell helsehjelp.

Dersom ein kommune har fleire brukarrom, bør det òg kunne vurderast om det er nødvendig å ha alle tilboda i begge/alle brukarromma. Det bør då vere moglegheit for differensierte tilbod for ulike brukargrupper. Som nemnt i punkt 3 og 5.2.2, kan det til dømes etablerast lokale brukarrom utan alle tilbod som no blir kravde, i tilknytning til

lågterskel butilbod eller liknande kor mange av bebuarane har alvorlege rusmiddelproblem.

Ei slik ordning føreset at dei tilsette i brukarrom som ikkje har alle tilbod, aktivt viser brukarar til stader der dei kan få tilsvarande tenester. Dei tilsette må ha tilstrekkeleg kunnskap om kvar brukarane kan få den aktuelle hjelpa og rådgivinga, og formidle dette på ein formålstenleg måte og eventuelt hjelpe til med å opprette kontakt.

Som nemnt i punkt 2.11.1, har FN-organet INCB understreka mellom anna at brukarrom må drivast innanfor rammer der det også blir tilbydd behandling og rehabiliteringstenester og tiltak for sosial reintegrering, anten direkte eller igjennom aktiv tilvising.

Departementet peiker på at formidling av kontakt med helse- og omsorgstenesta eller sosialtenesta allereie er noko brukarrom skal tilby dersom brukaren ønsker det, jf. § 5 første ledd bokstav h. Brukarromordninga skal òg sikre rask tilgang til nødvendig helsehjelp gjennom eit nært samarbeid med anna helse- og omsorgsteneste, jf. § 5 andre ledd.

Departementet foreslår ikkje ei endring i dei fastsette krava i § 5, men ein heimel for å gjere unntak frå nokre av krava.

Tilsvarande det som blir foreslått om unntak frå krava til lokale, jf. punkt 5.2.2, blir det foreslått at kommunen kan søke om unntak i samband med søknad om godkjenning ved etablering av brukarrom eller seinare ved ønske om endring.

Unntak frå enkelte av krava til innhaldet i tilbodet vil også kunne ha betydning for krava til lokala. Typisk vil unntak frå kravet om enkel helsehjelp (§ 5 første ledd bokstav f) ha betydning for om det bør givast unntak frå kravet om tilgang til behandlingsrom (loven § 2 andre ledd), jf. punkt 5.2.2. Unntak frå krava til tenestetilbodet i brukarrom vil også kunne ha betydning for krava til bemanning, jf. punkt 5.2.4.

Sjå punkt 9.2 med utkast til tilføyning av ei ny føresegn i forskrifta § 5 andre ledd om høve til å gjere unntak.

I punkt 6 foreslår departementet ei ny føresegn om at brukarrom kan tilby brukarane rusmiddelanalyse. Det blir foreslått at kommunane sjølv kan velje om dei vil tilby dette som ein del av innhaldet i brukarromordninga.

5.2.4 Bemanninga

Dei forskriftsfesta krava til personalet i brukarrom gjeld dels kompetanse og dels at det skal vere eit tilstrekkeleg antal tilsette tilstades til å ivareta ei rekke oppgåver samtidig, jf. forskrifta § 6 og punkt 5.1.5.

Kravet om at tenesta skal vere bemanna med både sosialfagleg og helsefagleg personell, har samanheng med krava til innhaldet av brukarromordninga. Mellom anna at det skal vere tilbod om enkel individuell helsehjelp, også utover hjelp i akutte situasjonar, jf.

forskrifta § 5 første ledd bokstav f.¹⁴³ Det skal også vere tilbod om rådgiving og informasjon om helse- og omsorgstenester og sosiale tenester, jf. bokstav g.

Som nemnt i punkt 5.2.3 foreslår departementet at det skal bli mogleg å gi unntak frå nokre av krava til innhaldet i ordninga. Slike unntak kan ha betydning for kompetansebehovet og dermed spørsmålet om dei gjeldande krava til bemanning må oppfyllest. Departementet foreslår derfor at Helsedirektoratet etter søknad òg skal kunne gjere unntak frå krava i forskrifta § 6 første og fjerde ledd i slike tilfelle.

Ein føresetnad for å gi unntak må naturlegvis vere at tenestetilbodet kan ivaretakast på ein forsvarleg måte utan at dei forskriftsfesta krava er oppfylte.

Departementet har vurdert om dei konkrete krava til bemanninga i forskrifta § 6 bør opphevast heilt eller delvis, i staden for at det blir gitt ein unntaksheimel knytt opp mot unntak frå krava til innhald i brukarromordninga. Det kunne eventuelt takast inn ei meir generell formulering om forsvarleg bemanning. Den enkelte kommunen må uansett vurdere kva som skal til for å ivareta tenestetilbodet i brukarrom på ein forsvarleg måte. Departementet har likevel blitt ståande ved forslaget om unntaksheimel. Det blir mellom anna vist til at krava i forskrifta ikkje er profesjonsspesifikke i form av krav om bemanning med spesifiserte helsepersonellkategoriar. Departementet ber om høyringsinstansane sitt syn på spørsmålet.

Sjå punkt 9.2 med utkast til tilføyning av ei ny føresegn om ein unntaksheimel i forskrifta § 6.

5.2.5 Avtale med privat aktør om drift av brukarromordning

Departementet foreslår å fjerne kravet om at brukarromordningar må drivast av kommunen sjølv.

Grunngivinga for kravet om at kommunen sjølv må drive ordninga var at brukarromordninga 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».¹⁴⁴

Ut frå utviklinga på feltet og erfaringane frå dei eksisterande brukarromma kan ikkje departementet sjå at sterke omsyn tilseier at det framleis bør vere slik at kommunen ikkje kan inngå avtale med private om drift av ei brukarromordning.

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

¹⁴³ Sjå m.a. Ot.prp. nr. 8 (2004–2005) punkt 4.6.

¹⁴⁴ Ot.prp. nr. 59 (2008–2009) punkt 11.2.

Truleg vil det i første rekke vere ideelle organisasjonar som er aktuelle dersom det blir opna for at kommunen kan inngå avtale med private aktørar om drift av brukarrom. Departementet antar at det ikkje er mange kommersielle verksemder som vil vere interesserte i å ta på seg drift av brukarrom.

Lov og forskrift 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. Det vil vere kommunen som søker om godkjenning av etablering og eventuelt unntak frå enkelte av krava, jf. ovanfor om forslag til unntaksheimlar. Tenesta må også oppfylle kravet til forsvarlege tenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, og kommunen vil ha det overordna ansvaret for tenesta på tilsvarende måte som ved andre tenester som blir sette ut til private aktørar etter avtale.

På denne bakgrunnen foreslår departementet å endre føresegna i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-6 tredje punktum slik at kommunen kan inngå avtale med private om drift av brukarromordning, sjå lovutkastet i punkt 9.1.

Som nemnt i punkt 2.10.3 og 2.10.4 blir brukarromma i Danmark og på Island drivne av ideelle organisasjonar etter avtale med dei aktuelle kommunane.

6 Analyse av rusmiddel i brukarrom

Som omtalt i punkt 3.4 meiner departementet at det er formålstenleg å innføre moglegheit for å tilby analyse av narkotika i brukarrom.

Det å ha med narkotika å gjere er i utgangspunktet ulovleg og straffbart med mindre ein har lovleg tilgang etter legemiddellovgivinga eller anna regelverk. Det kan reisast spørsmål om det å utføre analyse av narkotika blir omfatta av straffeføresegnene og om den alminnelege rettsstridsreservasjonen inneber at eit slikt tiltak likevel er lovleg ut frå formålet og forholda elles.

Analyse av dei narkotiske stoffa som skal inntakast, er ikkje blant tilboda i brukarrom etter gjeldande regelverk, jf. brukarromsloven og brukarromsforskriften § 5.

Rusmiddelanalysetenester er heller ikkje regulerte i andre regelverk.

Departementet foreslår ei ny føresegn i brukarromsforskriften § 5 om at tilbod om analyse av narkotika kan vere ein del av innhaldet i brukarromordninga. Departementet vurderer det slik at forskriftsheimelen i loven § 8 gir høve til dette. Heimelen gir Kongen myndigheit til å gi nærare føresegner om gjennomføringa av brukarromordninga, mellom anna dei forholda som er lista opp i § 8 bokstav a til h. Rusmiddelanalyse er eit skadereduserande tiltak som passar godt saman med det andre innhaldet i brukarromordningar som fastsett i forskrifta § 5, jf. punkt 5.1.4. Tilbodet vil ligge innanfor formålet med ordninga etter loven § 1, mellom anna «økt helsemessig trygghet». Tilbodet vil gjelde narkotika som brukarane allereie etter gjeldande regelverk kan ha med og bruke straffritt i brukarrommet. Den føresegna som blir foreslått vil ikkje gripe inn i rettar eller pålegge plikter verken for kommunen eller brukarane.

Departementet meiner rusmiddelanalyse ikkje bør vere eit obligatorisk tilbod i brukarrom fordi det i nokon grad vil kunne heve terskelen for å opprette brukarrom. Formålet med nokre av forslaga i dette høyringsnotatet er nettopp å gjere det enklare for kommunar å opprette brukarrom. Det bør derfor vere valfritt for kommunen om rusmiddelanalyse skal inngå blant tilboda i brukarromordninga.

På denne bakgrunnen foreslår departementet at rusmiddelanalyse ikkje blir tatt inn i opplistinga av innhald i brukarromordninga i brukerromsforskriften § 5 første ledd. Det blir i staden foreslått eit nytt tredje ledd i § 5 om at kommunen kan velje å tilby rusmiddelanalyse som ein del av tilbodet i brukarromordninga.

Forholdet til helsepersonelloven vil bli avklart med ei slik forskriftsføresegn. Det er presisert i brukerromsloven § 7 at kravet til forsvarleg yrkesutøving etter helsepersonelloven § 4 ikkje er til hinder for at helsepersonell kan utføre dei oppgåvene som etter brukerromsloven og -forskriften er lagde til personalet i brukarromordninga.

Det kan vurderast om det også bør givast ei uttrykkeleg lovføresegn om at det er tillate for personalet å utføre rusmiddelanalyse. Den kan i så fall takast inn som eit tillegg i brukerromsloven § 4 andre ledd som no presiserer at det er tillate for personalet i brukarromordninga å gi brukarane individuell og konkret rådgiving i samband med inntak av narkotika i brukarrommet.

Departementet meiner at tilbod om rusmiddelanalyse i brukarrom berre bør vere tilgjengeleg for dei registrerte brukarane av brukarrommet. Straffridomen etter brukarromregelverket omfattar berre dei. Det ville også innebere praktiske utfordringar dersom andre skulle ha tilgang til delar av tilbodet i eit brukarrom.

Kapasitetsomsyn kan kanskje tilseie ei avgrensing på kor mange stoff ein registrert brukar kan få analysert ved kvart besøk. Sidan det ikkje er uvanleg med blandingsdosar, bør det vere mogleg å få analysert meir enn eit stoff. Departementet finn ikkje grunn til å ta inn nokon nærare regulering av dette. Kommunen vil sjølv kunne sette slike avgrensingar. Departementet nemner likevel at analysetilbodet og formidlinga av analyseresultat bør vere slik at det i minst mogleg grad ligg til rette for at brukarane får analysert stoff dei ikkje sjølv skal bruke, men som skal seljast vidare.

Brukarrom er å sjå på som kommunal helse- og omsorgsteneste, og helsepersonelloven gjeld for yrkesutøvinga til personalet, jf. brukerromsloven §§ 2 og 7. Gjennomføring av testing og rådgiving ut frå analyseresultatet må oppfylle kravet om forsvarlege tenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og kravet til forsvarleg yrkesutøving etter helsepersonelloven § 4.

Tilbodet må også leggest opp slik at det ikkje medfører fare for personalet eller andre i brukarrommet.

Det må overfor brukarane understrekast at rusmiddelanalyse ikkje er ein garanti for at stoffet er trygt å bruke, men eit analyseresultat som er underlagt dei avgrensingane som gjeld for den analysemetoden som blir nytta og kompetansen til den som gjennomfører analysen.

Det finst ulike typar analysemetodar, og det varierer i kva grad dei krev særskild kompetanse og kostbart utstyr. Val av metode og utstyr må gjerast ut frå målgruppe, typar stoff, kapasitet, behovet for raskt svar osv. Nokre metodar kan gi meir presise svar, både med tanke på innhald og styrkegrad, medan andre berre angir førekomst av eit spesielt stoff.

Ulike analysemetodar er beskrivne i fleire norske rapportar.¹⁴⁵ To av desse inneheld også nokre opplysningar om kostnadar ved ulike metodar.¹⁴⁶ Dessutan har SERAF utarbeidd eit forslag til modell for rusmiddelanalysetenester som beskriv korleis ein kan imøtekomme behova til ulike målgrupper av brukarar, inkludert brukarar av brukarrom, med prøvesvar med høg kvalitet og pålitelegheit, samtidig som ein ivaretar eit overvåkingsbehov på samfunnsnivå. Dokumentet inneheld også kostnadsestimater.¹⁴⁷

I brukarrom bør det truleg veljast metodar der analyseresultata blir klare raskt, slik at brukarane får svar i løpet av kort tid. Ein kan anta at mange ikkje vil nytte tilbodet dersom dei må kome tilbake seinare eller vente lenge i brukarrommet på svar. Lang ventetid vil også kunne forverre kapasitetsproblem dersom mange skulle opphalde seg i lokala til brukarrommet i vente på analyseresultat.

7 Oppsummering av forslaga og vurdering av forholdet til menneskerettane og andre folkerettslege forpliktingar

Departementet foreslår å forandre kriteria for å bli registrert som brukar med tilgang til brukarrom. Det blir foreslått å erstatte kriteria «langvarig narkotikaavhengighet og en helseskadelig injeksjonspraksis» med «helseskadelig og risikofylt bruk av narkotika», jf. punkt 4.2.2 og 4.2.3.

Det blir også foreslått andre endringar i loven og forskrifta for å likestille ulike typar narkotika og ulike måtar å innta narkotika på i brukarrom, jf. punkt 4.2.4 og 4.2.5.

Vidare blir det foreslått ein heimel for å gjere unntak frå visse av dei krava til brukarrom som er fastsett i lov og forskrift. Dette gjeld nokre av krava til lokale, innhald/tilbod og bemanning, jf. punkt 5.2.2 til 5.2.4.

Departementet foreslår også å fjerne kravet om at kommunen sjølv må drive ordninga og ikkje kan inngå avtale med privat aktør om å drive brukarromordning, jf. punkt 5.2.5.

Formålet med endringane er at det skal bli enklare for kommunane å etablere brukarromordningar og at fleire personar med alvorlege rusmiddelproblem skal få tilgang

¹⁴⁵ SERAFs rapport nr. 3/2024 punkt 6 og 10 (s. 19–25 og 34) og SERAFs rapport nr. 3/2019 punkt 3 og 4 (s. 12–24). Sjå også Foreningen Tryggere Ruspolitikk (FTR): «Tryggere med kunnskap – Anbefalinger til implementering av rusmiddelanalysetjenester i Norge» (2020) punkt 3 og 5.4 (s. 28–43 og 88–89).

¹⁴⁶ SERAFs rapport nr. 3/2019 punkt 4 (s. 24) og FTRs rapport punkt 3.

¹⁴⁷ SERAF: Et forslag til plan for rusmiddeltestingstjenester i fire norske byer; på oppdrag fra Helsedirektoratet (SERAF rapport nr. 1/2025).

til brukarrom. Dersom det blir oppretta brukarrom i fleire kommunar, vil fleire personar i målgruppa få moglegheit til å nytte brukarrom. Samtidig blir det altså foreslått ei viss utviding av brukargruppa.

Det blir også foreslått ei føresegn om at kommunen kan velje å tilby dei registrerte brukarane rusmiddelanalyse i brukarrom for å finne ut kva stoffa som dei har med, faktisk inneheld, jf. punkt 6.

Brukarromordninga er eit skadereduserande tiltak. Formålet er å bidra til auka helsemessig tryggleik og auka verdigheit for personar med alvorlege rusmiddelproblem. Rusmiddelanalyse kan bidra til dette saman med resten av tilboda i brukarromma. Å førebygge skade er eit gode i seg sjølv, men også viktig i framtidige rehabiliteringsløp.

Skadereduksjon er ikkje lenger så kontroversielt som det var, verken i Noreg eller internasjonalt. Skadereduksjon blir trekt fram som viktig av fleire internasjonale organ, mellom anna som tiltak for å ivareta menneskerettane til brukarane, særleg retten til helse. WHO har peikt på at det er av stor betydning med skadereduserande tiltak òg overfor personar som bruker narkotika utan å injisere. Sjå punkt 2.11.2. Skadereduksjon blir ofte omtalt ganske generelt, og brukarrom og rusmiddelanalysetenester er lite omtalte i dei internasjonale tilrådingane.

The International Narcotics Control Board (INCB) har, som omtalt i punkt 2.11.1, synspunkt på kva som skal til for at brukarrom skal vere i samsvar med FNs narkotikakonvensjonar. INCBs syn har forandra seg over tid og er ikkje like strengt som tidlegare. I 2018 gav INCB uttrykk for at det viktigaste vilkåret er at formålet er skadereduksjon og at tiltaka ikkje fører til auka narkotikamisbruk eller -handel. Tiltaka må drivast innanfor rammer der det også blir tilbydd behandling og rehabiliteringstenester og tiltak for sosial reintegrering, anten direkte eller gjennom aktiv tilvising. Brukarrom må ikkje vere eit substitutt for førebyggingstiltak og behandlingstilbod.

Departementet meiner desse vilkåra er oppfylte med dagens brukarromordningar i Noreg, og at dei også vil vere det med dei endringane som blir foreslåtte her i høyringsnotatet. Det blir foreslått ein unntaksheimel med omsyn til nokre av dei tilboda som i dag skal vere tilgjengelege i brukarrom, men det blir føreset at tilsvarende tilbod skal vere lett tilgjengelege ein annan stad i kommunen. Personalet i brukarrommet må ha kompetanse til å rettleie om kvar slike tenester kan fåast og eventuelt hjelpe til med å opprette kontakt. Det er allereie krav om at brukarrom skal formidle kontakt med helse- og omsorgstenesta eller sosialtenesta dersom brukaren ønsker det, jf. brukarromsforskriften § 5 første ledd bokstav h. Brukarromordninga skal òg sikre rask tilgang til nødvendig helsehjelp igjennom eit nært samarbeid med annan helse- og omsorgsteneste, jf. § 5 noverande andre ledd.

Under føresetnad av at unntaksheimelen og brukarromordningane blir praktiserte i tråd med dette, meiner departementet at forslaga ivaretar ein forsvarleg avveging av dei kryssande omsyna og behova. Departementet kan ikkje sjå at dei normkonfliktane som gjer brukarrom til eit kontroversielt tiltak, vil gjere seg vesentleg sterkare gjeldande med dei endringane i regelverket som no blir foreslått.

Brukarromordninga vil framleis ha same formål som narkotikakonvensjonane, nemleg å redusere dei lidningane og problema som ulovlege narkotiske stoff forårsakar.

INCB har òg peikt på positive sider ved rusmiddelanalyse som eit skadereduserande tiltak, både for den enkelte brukaren og som del av eit overvakings- og varslingsystem. Samtidig understrekar INCB at tiltaka ikkje må oppfattast som «condoning or encouraging drug trafficking» og at førebygging av narkotikabruk må vere eit hovudmål for statane, jf. punkt 2.11.1.

Som nemnt i punkt 2.10.1 har European Union Drugs Agency (EUDA) konkludert med at det ikkje er nokon dokumentasjon som tyder på at brukarrom medfører auka bruk av narkotika, og at brukarrom snarare bidrar til at brukarane raskare begynner med behandling enn omvendt.

Det kan også nemnes at inhalering/røyking av narkotika etter kvart har blitt inkludert i mange brukarrom i andre land, jf. punkt 2.10.1.

Departementet kan ikkje sjå at forslaga i høyringsnotatet skulle vere i strid med Noregs folkerettslege forplikningar. Departementet legg til grunn at det ligg innanfor skjønnsmarginen til statane å fastsette reglar av ein slik karakter.

Avslutningsvis vil departementet understreke at brukarrom ikkje kan erstatte andre tilbod om helse- omsorgstenester til målgruppa. Uavhengig av om ein kommune har brukarrom, må kommunen yte anna nødvendig og forsvarleg helsehjelp til personar med rusmiddelproblem. Det går også uttrykkeleg fram av brukarromsloven § 3 andre ledd at ei brukarromordning skal være eit supplement til dei andre helse- og omsorgstenestene i kommunen.

8 Økonomiske og administrative konsekvensar

Dei lov- og forskriftsendringane 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. Den enkelte kommunen avgjer om han vil ha brukarrom og i så fall kor mange.

Dei foreslåtte endringane i brukarkrins vil medføre 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 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. Endringane som blir foreslåtte kan ha

betydning for utgiftsnivået ved at det kan gjerast unntak frå nokre av krava i regelverket. 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 innsparingar knytt til storleiken og utforminga til lokala osb., mellom anna ventilasjonsanlegg. Det kan også gjelde lønnskostnader mv.

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

Noko av målet med endringane er som nemnt at det skal opprettast fleire brukarrom, noko som føreset nye søknadar om etablering frå kommunen. Det er Helsedirektoratet som behandlar slike søknadar, og det blir foreslått at direktoratet også skal behandle søknadar om unntak frå krav i regelverket. 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.

Den foreslåtte føresegna om rusmiddelanalyse i brukarrom, gir kommunar som har eller opprettar brukarrom, moglegheit til å tilby dei registrerte brukarane analyse av rusmiddel i brukarrommet. Kommunen vel sjølv om dei vil gi eit slikt tilbod i tillegg til dei andre tilboda i brukarrommet, jf. punkt 6.

9 Utkast til endringar i lov og forskrift

9.1 Utkast til endringar i brukerromsloven og helse- og omsorgstjenesteloven

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

§ 1 andre ledd første punktum skal lyde:

Brukerromsordningen skal bidra til økt verdighet for mennesker med *helseskadelig og risikofylt 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 inhaleringsrom*, et injiseringsrom, fremmøterom og samtalerom. I tillegg skal brukerromsordningen ha tilgang til et behandlingsrom.

Departementet kan gjøre unntak fra kravene i andre ledd i forbindelse med søknad om godkjenning etter § 3 eller ved søknad om endring.

I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m. (helse- og omsorgstjenesteloven) blir det gjort følgende endring:

§ 5-6 tredje punktum skal lyde:

Kommunen *kan inngå* avtale med private om drift av brukerromsordning.

9.2 Utkast til endringer i brukerromsforskriften

I forskrift 17. desember 2004 nr. 1661 om ordning med brukerrom for inntak av narkotika (brukerromsforskriften) blir det gjort følgende endringer:

§ 1 andre ledd skal lyde:

For å bli registrert som bruker av ordningen, må en person ha

- a. *helseskadelig og risikofylt bruk av narkotika*, og
- b. *fylt 18 år*

§ 4 skal lyde:

§ 4. *Straffrihet mv.*

Straffriheten i brukerromsordningen omfatter *en mengde* narkotiske stoffer *beregnet til ett enkelt inntak*.

Narkotiske stoffer til bruk i brukerromsordningen skal fremvises for personalet.

§ 5 nytt andre ledd skal lyde:

Departementet kan gjøre unntak fra kravene i første ledd bokstav f og g i forbindelse med godkjenning etter brukerromsloven § 3 eller ved søknad om endring. Et vilkår for unntak er at kommunen har tilsvarende tilbud rettet inn mot målgruppen et annet sted.

§ 5 nytt tredje ledd skal lyde:

Brukerromsordningen kan også omfatte tilbud om rusmiddelanalyse av de stoffene som skal inntas.

§ 5 noverande andre til fjerde ledd blir fjerde til sjette ledd.

§ 6 nytt femte ledd skal lyde:

Departementet kan gjøre unntak fra kravene i første og fjerde ledd når dette kan begrunnes i unntak etter § 5 andre ledd.