

# Narkotikapolitisk program

Narkotikaproblemet • Hva er avhengighet? • En helhetlig narkotikapolitikk  
Forebygging • Behandling • Legemiddelassistert rehabilitering – LAR  
Lavterskel helse- og omsorgsorienterte tiltak • Lovhåndhevelse og sanksjoner  
Forbudets betydning • Forskning og dokumentasjon • Internasjonal narkotika-  
politikk • Organisering av offentlig narkotikapolitikk



## Forord

**Narkotikaproblemet er et stort og vanskelig tema. På den ene siden bruker ungdom mindre narkotika enn tidligere. Norge ligger faktisk lavest i Europa når det gjelder narkotikabruk blant 15–16 åringer. På den andre siden har Norge et høyt nivå i europeisk sammenheng når det gjelder narkotikarelatert dødelighet.**

At det kan bli enda verre kan vi få et inntrykk av ved å se til USA som har en fem ganger høyere overdosedødelighet enn Norge igjen, og en mer liberal narkotikapolitikk.

Norge har tradisjonelt hatt en restriktiv narkotikapolitikk – noe som innebærer at både omsetning, innehav og bruk av narkotika er forbudt og straffbart. Strafferammene har ligget fast siden 1984, men straffeutmålingene er blitt langt lavere i løpet av årene siden da. I tillegg er det i løpet av de siste årene blitt utviklet nye reaksjonsformer som Narkotikaprogram med domstolskontroll, ungdomsstraff, og påtaleunntatelse på vilkår. Det er ingen som blir satt i fengsel kun for bruk og besittelse av narkotika til egen bruk. Men narkotikabruk har ofte også tilknytning til andre former for kriminalitet, som tyverier, bedrageri, innbrudd, vold og narkotikaomsetning. Dette er handlinger som samfunnet ikke kan akseptere. Dette innebærer at det i norske fengsler også sitter mange med et narkotikaavhengighetsproblem. Forbundet Mot Rusgift mener innsatte med stoffavhengighet skal få tilbud om behandling utenfor fengselet dersom det er sikkerhetsmessig forsvarlig. Bl.a. Straffegjennomføringslovens § 12 åpner for dette.

Men det store flertallet av narkotikabrukere er ikke avhengige. De bidrar likevel til at den svarte økonomien blomstrer. De sprer også narkotika til sine venner og bekjente. Ca. 80 prosent av unge cannabisbrukere sier at de har fått eller kjøpt sin narkotika fra kjente. Forbudet mot narkotika kan bidra til å holde denne aktiviteten nede, og at færre

vil begynne med narkotika. Det er stort sett enighet om at en avvikling av forbudet vil føre til økt tilgjengelighet, økt bruk og dermed økte nivåer av narkotikaskader.

Det er derfor et paradoks at mange av ungdomspartiene går inn for en mer liberal narkotikapolitikk, og også noen av de etablerte partiene er inne på det samme.

Forbundet Mot Rusgift har foretatt en analyse av de ulike sidene av narkotikapolitikken i det foreliggende programmet. Vi mener det kan være en veiviser for politikere, forebyggere, behandlere, forskere og journalister, ved siden av opinionsdannere i det frivillige organisasjonslivet. Ved siden av å behandle de viktigste stridsspørsmålene innen narkotikapolitikken, gir programmet også en helhetsframstilling som knytter de ulike sidene og hensynene sammen. En helhetsforståelse er en forutsetning for å kunne innta riktige standpunkter.

Vi ønsker derfor leserne til lykke med gjennomgangen av denne publikasjonen, og håper den vil være til nytte.

Oslo 25. mars 2017

**Knut T. Reinås**  
Forbundsleder i FMR

# Innhold

Narkotikaproblemet .....	4
Hva er avhengighet? .....	6
En helhetlig narkotikapolitikk .....	7
Forebygging.....	8
– Virkemidler og tiltak.....	9
<b>Behandling</b> .....	10
– Virkemidler og tiltak.....	11
<b>Legemiddelassistert rehabilitering – LAR</b> .....	12
– Virkemidler og tiltak.....	13
<b>Lavterskel helse- og omsorgsorienterte tiltak</b> .....	14
– Virkemidler og tiltak.....	15
<b>Lovhåndhevelse og sanksjoner</b> .....	16
– Virkemidler og tiltak.....	17
<b>Forbudets betydning</b> .....	18
– Virkemidler og tiltak.....	19
<b>Forskning og dokumentasjon</b> .....	20
– Virkemidler og tiltak.....	20
<b>Internasjonal narkotikapolitikk</b> .....	21
– Virkemidler og tiltak.....	21
<b>Organisering av offentlig narkotikapolitikk</b> .....	22
– Virkemidler og tiltak.....	23

UTGITT AV Forbundet Mot Rusgift, 2017

REDAKSJON  
Forbundet Mot Rusgift  
Boks 6723 St. Olavs plass,  
0130 Oslo Tel: 940 08 830  
post@fmr.no / www.fmr.no

PRODUKSJON  
Lynx Porter Novelli, turid@lynx.no

DESIGN  
Lynx Porter Novelli / Forside: AdobeStock

*Forbundet Mot Rusgift arbeider for å beskrive både rusgiftproblemet, årsakene og mulighetene til å bekjempe det. Bladet Mot Rusgift formidler kunnskap om dette fagområdet i fire utgivelser i året.*



# Narkotikaproblemet

**I Norge har bruk av narkotiske stoffer ingen historisk og kulturell forankring. Likevel har narkotika på kort tid blitt et stort samfunnsmessig, kulturelt, sosialt, medisinsk og kriminalpolitisk problem. Narkotika rammer både brukerne og deres pårørende, men også mange i brukernes omgivelser.**

Alt tyder på at narkotikaproblemet ikke kommer i stedet for, men i tillegg til alkoholproblemet. Dette forverrer situasjonen ytterligere for allerede utsatte grupper. Dersom narkotikabruk skulle bli like utbredt som alkoholbruk, ville vi altså få en enda sterkere samfunnsmessig rusgiftbelastning, med en større andel av befolkningen i en passivisert og marginalisert tilværelse.

På verdensbasis har den illegale narkotikaomsetningen et omfang som økonomisk kan måle seg med våpenindustri og olje. Fortjenesteinteresser som investerer penger i produksjon, eksport, import og transport av narkotika er en viktig drivkraft bak narkotikaproblemet. Fortjenestemulighetene er så store at bakmennene er villige til å ta betydelig risiko for å opprettholde og utvide sin virksomhet.

I en del tilfeller henger narkotikaproduksjon og –trafikk nært sammen med væpnede konflikter i den tredje verden, f.eks. ved at krigsherrer finansierer sine våpenkjøp med narkotikapenger, og at rivaliserende mafiagrupper kriger mot hverandre om markedsandeler. I slike situasjoner blir den fattige lokalbefolkningen også offer for narkotikatrafikken, mens korrupsjon, bestikkelser og vold truer med å bryte samfunnsstrukturen ned.

Verdensomspennende nettverk og kriminelle organisasjoner sørger for at forsyninger av narkotika kommer fram til de store markedene på gatenivå i Vesten. Store beslag gjort av toll og politi kan bidra til midlertidig reduksjon i forsyningen, men i det store og hele vil enhver narkohai som blir tatt, bli erstattet av en ny på grunn av markedets etterspørsel. Og det er tvilsomt om politi og toll beslaglegger mer enn en brøkdel av det som kommer inn.

Markedet utgjøres av narkotikabrukere på gateplan, både narkotikaavhengige og regelmessige og sporadiske brukere uten avhengighet. Uten et slikt marked ville import og omsetning av narkotika være uinteressant for profitører. I et folkehelse-

perspektiv vil en se at narkotikaskadene som oppstår hos ikke-avhengige brukere faktisk utgjør det største problemet. Rundt 10 prosent av dem som bruker f.eks. cannabis, vil oppleve avhengighetsproblemer. Men jo flere brukere, jo flere problemer. De avhengige utgjør en relativt liten andel av brukerne, omtrent 10 prosent. Og de fleste problemene med cannabis oppstår derfor hos det store flertallet av brukere som ikke er avhengige., Det betyr at nedsatt hukommelse, risikofylt kjøring, psykose, lungeproblemer og plutselig hjertedød i høyere grad vil ramme ikke-avhengige enn avhengige. Vi kan altså ikke behandle oss ut av problemer knyttet til cannabis.

Cannabis blir ofte påstått å være mindre farlig enn alkohol. Selv om det skulle være tilfelle, er bruk av cannabis på ingen måte helsefremmende. Cannabisbruk innebærer farer på følgende områder:

- Nedsatter kognitive funksjoner. Akutt vil man bli dårligere til å bedømme, lære og har dårligere arbeids-hukommelse. Dette gjenvinnes bare delvis ved avholdenhet, i hvert fall hos unge.
- Øker faren for schizofreni. Langt de færreste vil oppleve det, men cannabisbruk dobler risikoen, og mye bruk betydelig mer. Hos disponerte får vi en tidlig sykdomsdebut, og bruken hos syke forverrer forløpet.
- Man kan bli avhengig. Tallene varierer sterkt, og avhengighetspotensiale er mindre enn for enkelte andre stoffer, som alkohol. Men noen vil slite med avhengighet. Antallet som søker behandling for cannabis-avhengighet, er økende. I aldersgruppen under 20 år vil 16 prosent av brukerne bli avhengige.
- Øker risikoen for trafikkulykker, også dødsfall på norske veier. Det ser vi hvert år.
- Øker risikoen for lungesykdommer. Også her diskuteres omfang, men vi må advare mot å røyke cannabis.
- Øker også antagelig sannsynligheten for hjertesykdom.
- Cannabisavhengighet er svært vanskelig å bli kvitt.

Sammenligningene med alkohol halter likevel på flere områder. Mens 38 prosent av verdens befolkning har brukt alkohol det siste året, har ca. 4% brukt cannabis. I Norge ligger brukerprosenten for alkohol blant voksne på ca. 82 prosent, mens brukerprosenten for cannabis ligger på ca. 4 prosent. Undersøkelser viser også at cannabis vanligvis ikke kommer istedenfor alkohol, men i tillegg (Rusmidler i Norge 2016). Og cannabisbrukere drikker i gjennomsnitt langt mer alkohol enn ikke-cannabisbrukere. Til tross for at alkohol er mye vanligere enn cannabis, viser tall fra mange land at langt flere unge får problemer med cannabis enn med alkohol. Av alle unge under 25 år som søker avhengighetsbehandling i Holland, søker 51 prosent behandling med cannabis som hovedrusgift, mens 19 prosent søker behandling med alkohol som hovedrusgift. I USA søker 11–12 prosent av 12–17-årige rusgift-pasienter behandling for alkohol, mens 70–75 prosent søker behandling for cannabisproblemer. På denne bakgrunnen kan det reises innvendinger mot at cannabis skulle være mindre farlig enn alkohol, spesielt for unge.

Narkotika blir i enkelte miljøer ansett som attraktivt og ”in”, noe som fører til en viss utbredelse og eksperimentering med narkotikabruk. Media bruker slike trender til å promotere en analyse av samfunnsbildet som samsvarer lite med virkeligheten. Det utbreder seg med dette en majoritetsmisforståelse, hvor ”alle” tror at eksperimentering med narkotika er vanlig, til tross for at undersøkelser blant 15–16-åringer viser at «bare» 2 prosent har prøvd cannabis siste år (ESPAD 2015)... Dette kan igjen føre til at terskelen for å prøve blir lavere, og at andelen ungdom som prøver narkotika øker. Brukeres behov for å legitimere egen bruk av narkotika gjennom bagatellisering av farene og alminneliggjøring av bruken, bidrar ytterligere til å rive ned ungdomsmiljøets motforestillinger mot å eksperimentere med og bruke narkotika.

En internasjonal legaliseringsbevegelse, finansiert av mektige pengekrefter, har også sine utløpere i Norge. Disse er med på å bagatellisere faremomentene ved narkotika generelt, og cannabis spesielt, og har fått sterkt fotfeste i enkelte media, som Dagbladet, Bergens Tidende og andre media. Disse er med på å bryte ned vaktomheten mot narkotika hos så vel ungdom, som politikere og folk flest.

Majoritetsmisforståelsen, sammen med personlig og kulturell påvirkning, fører ofte til at deltakere i deler av ungdomskulturen også blir utsatt for et jevnaldringspress i retning av å bruke slike stoffer. Siden disse stoffene er behovs- og avhengighetskappende, vil en viss andel av dem som eksperimenterer, gjennomgå en behovs- og avhengighetsutvikling, som også kan ha sterke negative sosiale og helsemessige følger. En av følgene er at behovet ofte kan bli sterkere enn den personlige økonomien tåler. Dette kan resultere i kriminalitet, salg av stoff og andre ureglementerte aktiviteter for å skaffe penger til stoff. Denne aktiviteten blir en viktig drivkraft i å opprettholde og utvide narkotikamarkedet. Der som den andelen av ungdomsbefolkningen som eksperimenterer, bruker og blir avhengige av narkotiske stoffer øker, vil også markedet bli mer attraktivt og langernes aktivitet større. En reduksjon i narkotikaproblemet kan derfor best oppnås ved en reduksjon i antall aktive stoffbrukere på gateplan, ved forebygging, behandling og integrerende virksomhet, samtidig som en bred innsats fra politi og tollvesen gjør narkotikatrafikk på alle nivåer så risikabel som mulig.

I norsk narkotikadebatt har det vært bred enighet om at man skal ta «de store haiene», mens man skal tilby behandling til de avhengige. Dette er ikke feil. Men man gjør en stor feil dersom man undervurderer den rollen som ikke-avhengige brukere spiller.

De 90 prosent av narkotikabrukerne som ikke har et avhengighetsproblem spiller en stor narkotikapolitisk rolle. Noen av dem vil på sikt utvikle et avhengighetsproblem, og dermed gå over fra produktive til hjelpetrengende samfunnsborgere. De ikke-avhengige brukerne utgjør også en del av markedet for narkotika, og bidrar dermed til opprettholdelsen av en svart, økonomisk kriminalitet.

Men det viktigste er at rekruttering til narkotikabruk i hovedsak foregår ved at nye brukere får sin narkotika av og blir opplært i bruk av personer som allerede er inne i bruken, og som framstår som f.eks. venner, kjærester eller søsken av nybegynneren.

En undersøkelse viser at i aldersgruppen 16–30 år fikk 57 prosent av brukerne sin cannabis fra kjente ved siste gangs bruk, mens 31 prosent fikk kjøpt fra kjente.



# Hva er avhengighet?

Alle narkotiske stoffer har den egenskapen at de kan framkalle kjemisk rus og rusbehov – som er en lengsel etter å gjenta samme opplevelse. Jo bedre og sterkere en slik kjemisk rus oppleves, jo sterkere vil også lengselen etter å gjenta opplevelsen bli.

Dersom stofftilgjengeligheten er stor og dette gjentas ofte, vil behovet kunne bli så sterkt at egenkontrollen med bruken blir svekket, og den kjemiske ruslengselen vil gradvis overskygge andre behov og prioriteringer i den enkeltes liv. Dette er i hovedsak et innlært, psykisk behov, som også kan spores som bestående nevrobiologiske endringer i hjernens funksjoner. I tillegg vil det for enkelte narkotiske stoffers vedkommende også oppstå en gradvis fysisk tilvenning, hvor kroppen og hjernen venner seg til å fungere med en viss mengde av stoffet, og reagerer med uvelhet og abstinensreaksjoner hvis ikke stofftilgangen videreføres. Den fysiske og psy-

kiske avhengigheten kombineres også som oftest av en sosial miljøavhengighet, dvs. at man er avhengig av et miljø av likesinnede for å kunne fortsette sin narkotikabruk og opprettholde sine forsyninger. Avhengighetens negative konsekvenser for individet, pårørende og samfunnet er åpenbare. Utstøting og marginalisering og manglende livsmestring blir resultatet for mange. Behovet for å forebygge at personer kommer i en slik tilstand, og for å bidra til å hjelpe dem som er kommet i et slikt uføre ut av avhengighetstilstanden igjen, er bakgrunnen for at Forbundet Mot Rusgift aktivt engasjerer seg i narkotikapolitisk aktivitet.



# En helhetlig narkotikapolitikk

## VISJON:

**Forbundet Mot Rusgift arbeider for et narkotikafritt samfunn**

”Et narkotikafritt samfunn” er en visjon om et samfunn hvor stoffbruk forblir en uakseptabel adferd og et marginalt fenomen. Det blir en målestokk som den førte narkotikapolitikken kan vurderes i forhold til: Fører nye narkotikapolitiske tiltak til at vi nærmer oss eller fjerner oss fra målet? I tillegg er det uttrykk for et optimistisk menneskesyn: Stoffavhengige har selv ressurser til, sammen med gode hjelpere, å kjempe seg ut av avhengighet og narkotikapreget liv og over i en rusgiftfri tilværelse. Familier, nabolag, organisasjoner og andre nettverk har, sammen med myndighetene, beredskap og vilje til å holde de narkotiske stoffene ute av sine omgivelser og sin samværskultur.

Visjonen ”Et narkotikafritt samfunn” er ikke til hinder for at noen narkotiske stoffer (for eksempel morfin eller metadon) kan brukes i en medisinsk berettiget sammenheng.

## MÅL:

**Forbundet Mot Rusgift vil arbeide for å stoppe spredning, bruk og skader av illegale narkotiske stoffer**

**Delmål a:** Bidra til å gjøre barns oppvekstmiljø narkotikafritt

**Delmål b:** Bidra til å gjøre en narkotikafri livsstil naturlig for alle unge

**Delmål c:** Bidra til å gi alle narkotikaavhengige en sjanse til å komme ut av sin avhengighet og over i en stofffri tilværelse.

## STRATEGIER:

**Forbundet Mot Rusgift vil motarbeide narkotika-problemet gjennom følgende strategier**

- a. Bidra til å bygge brede allianser av enkeltpersoner, organisasjoner og instanser til støtte for å opprettholde en restriktiv narkotikapolitikk og visjonen om et narkotikafritt samfunn.
- b. Bidra til å høyne kunnskap og øke legitimitet for narkotikafrihet i alle organisasjoner, idrett og andre fritidsarenaer, på arbeidsplassen og i skolen, gjennom formidling av kunnskaps- og verdibasert informasjon.
- c. Stille krav til lokale og sentrale myndigheter om en enhetlig narkotikapolitikk, basert på kunnskaper om epidemiologiske sammenhenger.
- d. Arbeide lokalt, nasjonalt og internasjonalt for en opplutning om FNs narkotikakonvensjoner og FNs barnekonvensjon om barns rett til en narkotikafri oppvekst.
- e. Narkotikapolitikken må i mange sammenhenger ses i lys av politikken overfor tobakk og alkohol (særlig i forbindelse med holdningspåvirkende forebyggingsprogrammer).
- f. Forbundet Mot Rusgift vil arbeide for et bredt og differensiert hjelpeapparat som gjennom effektiv gjennomføring og oppfølging kan bidra til å redusere antallet aktive stoffbrukere i samfunnet.
- g. Forbundet Mot Rusgift vil arbeide for at narkotikaavhengige med omfattende lovbrudd bak seg skal tilbys å sone i behandling sin istedenfor i fengsel der dette er sikkerhetsmessig forsvarlig.
- h. Forbundet Mot Rusgift vil arbeide for at ungdom blir engasjert som ressurs og viktige aktører i arbeidet mot narkotika.



# Forebygging

Narkotikaforebyggende tiltak kan ikke isoleres til en enkelt etat eller organisasjon. Både familie, lokalsamfunn, skole og nasjonale instanser og organisasjoner må ta et ansvar her.

Forebygging kan oppnås ved å bygge opp gode generelle velferdsordninger som reduserer sårbarheten i grupper som tradisjonelt har vært utsatt. Men det er også nødvendig med spesielle narkotikaforebyggende tiltak som tar sikte på å forsterke og skape avvisende holdninger til narkotikabruk og redusere tilgjengelighet og sosial akseptering av narkotika.

I tillegg trenger man tiltak for tidlig inngripen overfor personer som til tross for god forebygging i første instans er i ferd med å gli inn i en brukerkarriere og en stoffavhengighet.





» Det er også nødvendig med spesielle narkotikaforebyggende tiltak som tar sikte på å forsterke og skape avvisende holdninger til narkotikabruk.

## VIRKEMIDLER OG TILTAK:

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Midler til narkotikaforebyggende virksomhet legges inn som øremerkede midler til alle kommuner.</li> <li>b. Opplæring i sosiale og helsemessige sider av rusgiftspørsmålet samt metodikk i AN-undervisning må inn som obligatoriske deler av lærer-, helse- og sosialutdanningene.</li> <li>c. Forebygging av narkotikabruk skal med i utdanningsløpet/ profesjonsutdanningen for alle som skal arbeide med barn og unge.</li> <li>d. Obligatorisk rusgiftundervisning på alle klassetrinn i grunn- og videregående skole, med aktivt deltagende lærere. Det skal utpekes en AN-lærer på hver skole.</li> <li>e. Skolen har hovedansvaret for å legge opp den narkotikaforebyggende virksomheten på den enkelte skole.</li> <li>f. Ung til ung-programmer med kontinuerlig forebyggingsvirksomhet introduseres i alle skoler.</li> <li>g. Rusgiftfrie arenaer i alle kommuner og bydeler og lovfestet rett til fritidsklubber i kommunene.</li> <li>h. Offentlig støtte til rusgiftfrie miljøtiltak i regi av kommuner og frivillige organisasjoner.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Offentlige tilskudd til narkotikaforebygging i lokale og landsomfattende organisasjoner.</li> <li>j. Det er et offentlig ansvar, så vel som et frivillig organisasjonsansvar å arbeide for en rusgiftfri fest- og samværskultur, bl.a. ved å legge til rette for rusgiftfrie miljøtiltak, samlingslokaler og serveringssteder, samt rusgiftfri møtevirksomhet.</li> <li>k. Idrettsbevegelsen har et spesielt ansvar for å skape en rusgiftfri idrettskultur.</li> <li>l. Sosial-, helse-, barneverns-, skole- og politimyndigheter må komme inn tidlig og samarbeide om støtte og forebyggingstiltak overfor barn og unge i en risikosone.</li> <li>m. Sterkere samordning av den forebyggende innsatsen i kommunene og tett og samordnet oppfølging fra skole, barnevern, sosial- og helsesektor og politi overfor elever med atferdsproblemer.</li> <li>n. Påtaleunntatelse med vilkår, ungdomsstraff og andre alternative reaksjoner bør anvendes overfor eksperimenterende narkotikalovbrytere som blir tatt av politiet tidlig i stoffkarrieren.</li> </ul> |
|---|--|



# Behandling

**Forbundet Mot Rusgift krever at behandlingspolitikken i samfunnet skal ivareta og bygge opp under stoffavhengiges verdighet og likeberettigelse. Mennesker med avhengighetsproblemer er like forskjellige som alle andre mennesker.**

Det tilbudet som passer én, passer kanskje ikke den annen. Det må derfor eksistere et differensiert behandlingstilbud, som kan håndtere avhengighetsproblemer av alle avhengighetstyper og alvorlighetsgrader – poliklinisk, så vel som langtids døgntilbud. En avhengighetsutvikling pågår som regel over lang tid. Det er derfor nødvendig å gi tilbud som kan gi tilstrekkelig tid til å behandle alle de problemene som ligger bak eller er forårsaket av den langvarige skjevutviklingen. Behandling må skje parallelt med, og i samarbeid med kommunal oppfølging når det gjelder bolig, skole/jobb og rusgiftfritt nettverk.

Forbundet Mot Rusgift legger spesielt vekt på at alle med behandlingsbehov får tilrettelagt tilbud som også gir den enkelte mulighet til å få utløp for egne ressurser og interesser, bli en del av et fellesskap og på sikt etablere et sosialt nettverk gjennom aktivitet og deltakelse. Forbundet Mot Rusgift ser

det som nødvendig at rustiltaksapparatet, uansett sektortilknytning og forvaltningsnivå, samhandler tettere med selvhjelpsgrupper og andre aktivitetstilbud i frivillig sektor. Vi er alle sosiale vesener som trenger å integreres i og være del av et fellesskap for å fungere. Alkohol- og stoffavhengige har de samme sosiale behov som alle andre.

Forbundet Mot Rusgift henviser til § 10-4 i Helse- og omsorgsloven, som gir behandlingstilbud mulighet til å inngå en avtale om «frivillig tvang» ved innleggelse. dvs. at pasienten går med på å eventuelt holdes tilbake med tvang i tre uker dersom han/hun ønsker å droppe ut fra behandlingen. Drop out er mest vanlig de første to-tre ukene etter innleggelsen, noe som medfører at behandlingen ikke kan fullføres, og at vedkommende pasient igjen trer inn i behandlingsskøen. FMR ønsker at denne ordningen skal tas i bruk som en ordinær prosedyre ved alle behandlingstiltak.



» *Forbundet Mot Rusgift legger spesielt vekt på at alle med behandlingsbehov får tilrettelagt tilbud som også gir den enkelte mulighet til å få utløp for egne ressurser og interesser, bli en del av et fellesskap og på sikt etablere et sosialt nettverk gjennom aktivitet og deltakelse.*

## VIRKEMIDLER OG TILTAK:

- |   |  |
|---|--|
| <p>a. Omsorgen for og behandlingen av alkohol- og narkotikaavhengige skal ha en nasjonal koordinering, ved at koordineringsgruppen på departementsnivå, gjennom Helsedirektoratet, og i forståelse med Stortinget, gir rammer og minstekrav for behandlingen.</p> <p>b. Tiltakskjeden innenfor behandlingsapparatet for stoffavhengige må også være integrert med polikliniske og heldøgns psykiatritilbud, med sikte på å kunne gi et tilbud til alle dem som i tillegg til rusgiftproblemer også har psykiske problemer.</p> <p>c. Blandingsbruk av ulike narkotika, medikamenter og alkohol betinger at behandlingsapparatet for stoffavhengige også har oppmerksomheten rettet mot problematikk som skriver seg fra legale rusgifter, medikamenter, spillproblematikk og andre beslektede avhengighetstilstander.</p> <p>d. Målet med behandling skal som hovedregel være rusgiftfrihet og tilfredsstillende funksjon i forhold til bolig, skole/arbeid og sosialt nettverk.</p> <p>e. Lovkravet om utredning og en individuell plan for behandlingen må følges opp.</p> <p>f. Det er nødvendig med differensierte behandlingstilbud som kan motsvare den forskjellighet som stoffbrukere representerer.</p> <p>g. Langtids institusjonsbehandling og varig omsorg må være en stor del av det totale tilbudet til stoffavhengige.</p> | <p>h. Institusjonsbehandling må sees i sammenheng med avgiftning, dagbehandling og poliklinisk behandling, slik at det blir kontinuitet i behandlingsarbeidet.</p> <p>i. Dersom en stoffavhengig tas inn til avgiftning og har behandlingsbehov, skal overføring til behandling skje uten ventetid.</p> <p>j. Poliklinisk behandling av stoffavhengige skal skje uten egenandeler.</p> <p>k. Ingen stoffavhengige skal kunne skrives ut fra behandlingsopplegg uten å være sikret oppfølging.</p> <p>l. Flere instanser har et slikt oppfølgingsansvar. Men disse instansene skal for hver enkelt person i behandling/rehabilitering/oppfølging være knyttet sammen i ansvarsgrupper eller "case management"-opplegg, med én hovedansvarlig instans.</p> <p>m. Narkotikalovbrytere som samtidig har et avhengighetsproblem, skal som hovedregel sone i behandlingsinstitusjon og ikke i fengsel, dersom sikkerheten gjør dette forsvarlig.</p> <p>n. Frivillig tvang etter Helse- og omsorgslovens §10-4 gjøres til ordinær prosedyre ved innleggelse i behandlingsinstitusjon.</p> <p>o. Plassering i behandlingsinstitusjon mot klientens vilje må kunne forlenges i inntil tre måneder av gangen, uten utskrivning og avbrudd i behandlingsopplegget.</p> |
|---|--|



# Legemiddelasstert rehabilitering – LAR

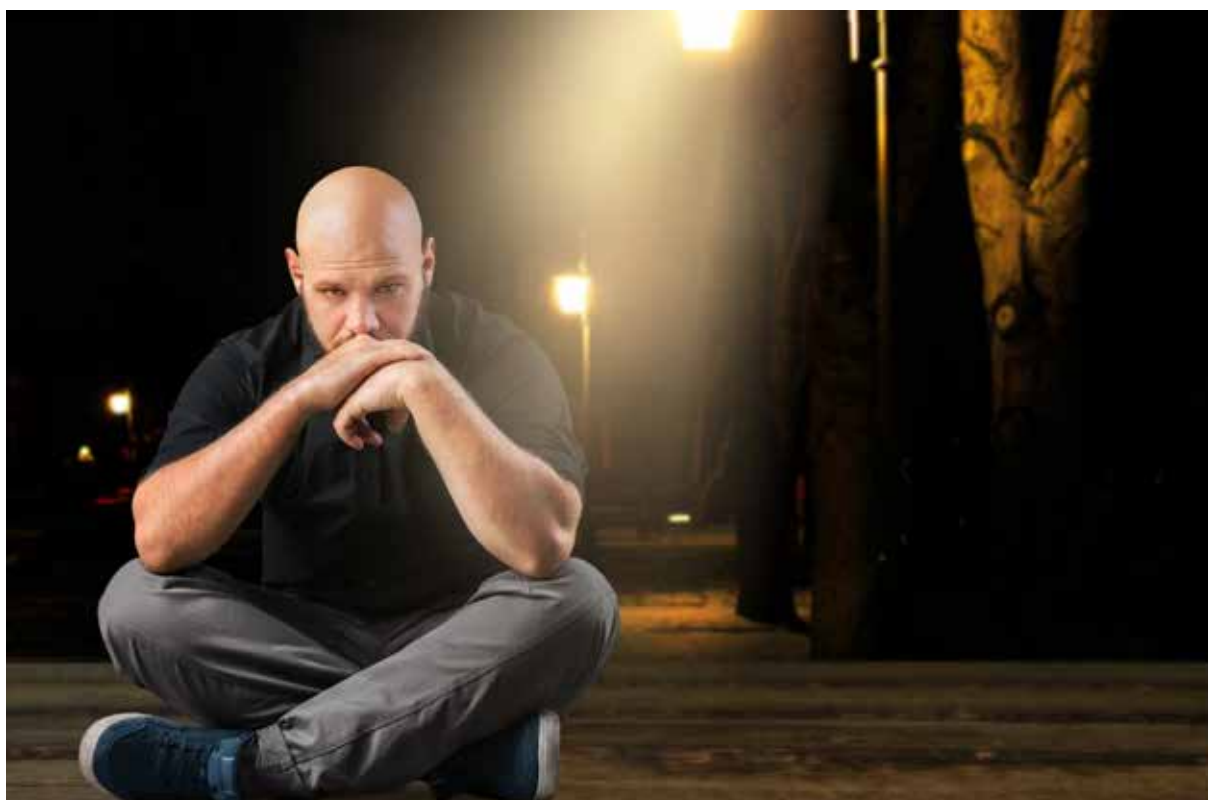
LAR ble iverksatt som et nasjonalt behandlingsområde i 1998, og var ment å være et tilbud for ca. 800 av de tyngste opioidbrukerne. Antallet personer innrullert i LAR er pr. 2017 ca. 8000, dvs. ti ganger så mange.

Filosofien er at for å kunne bli tilgjengelig til psykososial behandling må pasienten kunne holde abstinensene i sjakk. Dette kan oppnås med medikamenter som f.eks. metadon og buprenorfin, som må inntas en gang i døgnet, sju dager i uken. Men medikamentell behandling er ikke tilstrekkelig, og oppfølging i form av bolig, skolegang/arbeid og rusgiftfritt nettverk var en del av LAR-opplegget. Dette har sviktet i mange kommuner, som ikke har avsatt nødvendige ressurser til oppfølging av denne gruppen.

En forutsetning var også i starten at ingen tilleggsbruk av andre rusgifter skulle forekomme. Vi vet nå imidlertid at en del LAR-pasienter har et visst forbruk av stoffer som cannabis, benzodiazepiner og sentralstimulerende stoffer, i tillegg til alkohol. De opprettholder på denne måten sitt avhengig-

hetsmønster, sin tilknytning til narkotikamiljøet og gjør rehabilitering mindre sannsynlig. Det er derfor nødvendig, gjennom urinprøver og på annen måte å føre kontroll også med denne tilleggsbruken, for å kunne si noe om hvor vellykket LAR-behandlingen av den enkelte pasient er.

På den andre siden vet vi at mange LAR-pasienter etter mange år med metadon eller buprenorfin begynner å bli medikamenttrøtte, og ønsker å gå ut av LAR. Mange behandlere har frarådet dette, fordi overdosefaren etter utskrivning fra LAR er ansett for å være mye høyere. FMR mener at LAR-pasienter som ellers klarer seg bra, bør få en mulighet til nedtrapping og til å gå ut av LAR dersom de ønsker det, og at det bør legges til rette for at dette kan skje poliklinisk eller i institusjon.



» *Men medikamentell behandling er ikke tilstrekkelig, og oppfølging i form av bolig, skolegang/arbeid og rusgiftfritt nettverk var en del av LAR-opplegget. Dette har sviktet i mange kommuner, som ikke har avsatt nødvendige ressurser til oppfølging av denne gruppen.*

Noen innenfor rusgiftfeltet har også ønsket å ta i bruk forskrevet heroin som erstatningspreparat for illegal heroin. Deres begrunnelse for dette har vært at det er noen pasienter som mislykkes innenfor det LAR-programmet vi har, enten fordi de har psykiske problemer eller på andre måter ikke finner seg til rette med den medisineringsen de blir tilbudt. Ønske hos en del pasienter om å få den raske rusopplevelsen som en heroininjeksjon kan gi er også en del av bakgrunnen for at noen velmenende personer innenfor feltet går inn for dette. Men:

- Heroin er et korttidsvirkende preparat – tre-fire injeksjoner pr. døgn er nødvendig for å holde abstinensene unna – mens LAR-preparatene vanligvis gis en gang daglig, eller til og med en gang annenhver dag. Innføring av nye preparater i LAR bør fortrinnsvis skje ved flere langtidsvirkende preparater som i større utstrekning muliggjør skole, jobb og fritidssysler.
- Heroin er det eneste preparatet i substitusjonsbehandling som fortrinnsvis injiseres. Injeksjon er den mest risikable inntaksmåten.
- I de landene som har prøvd, har det vist seg at man ikke når de hardest rammede gruppene, fordi de ikke kan greie å tilpasse seg et regime som er nødvendig ved heroinutdeling (bl. a. oppmøte 2–3 ganger daglig).
- Det er ikke vist at heroin gir bedre resultater enn de LAR-preparater man allerede har på de fleste måleparametre. Dødeligheten er for eksempel ikke signifikant forskjellig. Det rapporteres om flere alvorlige hendelser som overdoser og epileptiske anfall blant deltakerne i heroinassistert behandling enn i vanlig LAR-behandling. Dette krever en tett og nitid overvåkning for å forhindre dødelige eller svært skadelige utfall. Det er selvfølgelig en noe større nedgang i bruk av gateheroin – fordi deltakerne får tilstrekkelig heroin i klinikken. Men til tross for dette fortsetter den illegale heroinbruken hos en del, og det rapporteres om en vedvarende tilleggsbruk. Frafallet i behandling er også betydelig, opptil 50 prosent i en studie.
- Legemiddelassistert rehabilitering er ikke skikkelig utbygd i Norge – det vil være mer fornuftig å bygge ut denne, slik at R-en i LAR blir en realitet for de ca. 8 000 LAR-pasientene – enn å satse på utbygging av et nytt heroinbasert forskrivningstilbud – som i enda større grad vil fokusere på medikamentet og vedlikeholde avhengigheten av både heroin og hjelpeapparat.
- Både norske og utenlandske beregninger viser at kostnadene pr. pasient i heroinassistert behandling vil være langt høyere enn i LAR.

## VIRKEMIDLER OG TILTAK:

- |   |  |
|---|--|
| <p>a. Medikamentassistert, så vel som medikamentfri, institusjonsbasert og poliklinisk behandling skal ha en kommunal oppfølging i form av bolig-, sysselsettings-, utdannings- og nettverksorienterte tiltak.</p> <p>b. Legemiddelassistert rehabilitering skal godkjennes av de regionale LAR-sentrene.</p> | <p>c. Primærleger skal ikke forskrive morfinerstatningsmidler til pasienter dersom det ikke skjer i samarbeid med et regionalt LAR-senter.</p> <p>d. Heroin er lite egnet som substitusjonsmedikament p.g.a. kort virketid, og må derfor ikke tas inn i de norske LAR-programmene.</p> |
|---|--|



# Lavterskel helse- og omsorgsorienterte tiltak

Tiltak med lav terskel både innen helse- og sosialtjenesten har lang tradisjon i Norge, men først og fremst på alkoholsiden. I mange år er slike tiltak også blitt utviklet overfor langtkomne stoffavhengige.

Slike tiltak har flere formål. Gjennom feltpleiestasjoner, vaksinasjonsprogrammer og overnattings-tilbud bidrar man til at de stoffavhengige hele tiden står i hyppig og nær kontakt med hjelpeapparatet og kan formidles videre til behandling og rehabilitering i det øyeblikket de ønsker det. Slike tiltak kan også bidra til å opprettholde en bedre helsetilstand og redusere risikoen for uopprettelige skader og død som følge av narkotikabruk. I utgangspunktet er slike lavterskeltiltak et uttrykk for et samfunnssyn som innebærer at intet menneske skal overlates til seg selv for å gå til grunne, men at ethvert individ har utviklingspotensiale og mulighet til et verdigere liv.

Noen lavterskeltiltak kan sies å være mindre hensiktsmessige enn andre, eller det er tvil om effekten. Allerede på slutten av 1980-tallet begynte noen sosialarbeidere å dele ut rene sprøyter til injeksjonsbrukere. Senere er dette blitt en fast virksomhet i mange kommuner. Hensikten er å forebygge fare for smitte av HIV og Hepatitt C, som smitter bl.a. gjennom deling av sprøyter. Norge har hatt en lav forekomst av HIV-smitte blant injiserende stoffbrukere, mens smittegraden av HepC har vært høy (ca. 60–80 prosent). Sammenlignende forskning fra Sverige har vist at byer uten sprøyteutdeling, som Stockholm har hatt en tilsvarende lav smittefrekvens av HIV blant injiserende stoffbrukere, og en tilsvarende utbredelse av HepC. Sprøyteutdeling kan sees som et bidrag til å opprettholde den injeksjonskulturen som alle er enige om er et viktig bidrag til høy overdosedødelighet, og Forbundet Mot Rusgift krever derfor at sprøyteutdelingsvirksomheten blir evaluert, med hensyn på om den forebygger smitte, og/eller om andre metoder, som HIV-testing og rådgivning kan gi like gode eller bedre virkninger.

*„ Allerede på slutten av 1980-tallet begynte noen sosialarbeidere å dele ut rene sprøyter til injeksjonsbrukere.*

Sprøyterom har vært et annet lavterskeltiltak som har vært introdusert, hvor aktive stoffbrukere kan komme og injisere sin ulovlig anskaffede heroin i et kommunalt rom, under tilsyn av helsepersonell, og med tilgang til rådgivning og videreformidling. I Norge ble det første sprøyterommet startet i Oslo i 2005, og et nytt ble startet i Bergen i 2016. Sprøyteromsvirksomheten i Oslo har vært evaluert i to omganger, og det er lite som tyder på at den har hatt noen betydning for overdosedødeligheten. Men det har vært mange ikke-dødelige overdoser. Overdoser i sprøyterom kan føre til varige hjerneskader selv om de ikke ender med døden. Dette kan være et undervurdert hensyn i debatten om sprøyterom.

En overdose av heroin og kombinasjoner av heroin/benzodiazepiner/alkohol er i utgangspunktet et resultat av at respirasjonscenteret i hjernen bedøves eller lammes. Respirasjonsstans fører til surstoffmangel til hjernen, og kan kompliseres med lavt blodtrykk og/eller hjertestans. Hjernen er det organet i kroppen som trenger mest oksygen. Ved oksygenmangel skades den derfor først. Ingen vet nøyaktig hvor lenge en respirasjons- og/eller sirkulasjonskollaps må vare før det oppstår varig skade, men i hvert fall etter 10–15 minutter kan det oppstå skade av varig funksjonell betydning.

Det er flere slike irreversible hjerneskader som kan oppstå. Noen av heroinbrukerne får dobbeltsidige infarkter i en sentral del av hjernen, hvilket medfører at selv om de overlever en overdose, blir de apatiske, initiativløse og mer hensynsløse. En annen type skade medfører hukommessvikt. Begge typer skader, som kan oppstå etter en eneste heroinforgiftning, er så invalidiserende at en person som har vært utsatt for en slik skade, vil være lite i stand til å greie seg på egen hånd, men vil ha behov for varig omsorg. En undersøkelse ved Rikshospitalet i Oslo av 100 injeksjonsbrukere, som var døde av heroinoverdoser, viste hjerneskader hos 38 av dem, derav 25 med skader som følge av surstoffmangel/ redusert blodtilførsel.

### Følgende kritiske argumenter kan føres i marken mot sprøyterom:

- Sprøyterom kan forsterke injeksjonskulturen, den farligste formen for heroinbruk.
- Ingen forskning har påvist at sprøyterom forebygger overdosedødsfall.
- Et verdig tilbud til stoffbrukere må peke ut over stoffbrukertilværelsen – sprøyterom bidrar til å vedlikeholde bruksmønsteret, avhengigheten og gatetilværelsen.
- Sprøyterom innebærer en formell legalisering av innehav og bruk av narkotiske stoffer på områder hvor politiet blir forpliktet til ikke å gripe inn.
- Rundt sprøyterom kan det danne seg ansamlinger hvor langing og salg av narkotika også foregår.
- Sprøyterom er i strid med de FN-konvensjoner Norge har sluttet seg til.

I den overdosestrategi som myndighetene lanserte høsten 2015 ble ett program opprettet for å få injiserende heroinbrukere til å gå over til å røyke heroinet istedenfor å injisere det.

Tankegangen var at røyking av heroin innebærer mindre fare for overdoser enn injisering. Det er imidlertid svært vanskelig å få en injiserende stoffbruker til å gå over til røyking, fordi røyking krever tre ganger mer heroin pr. dose for å få tilnærmet samme ruseffekt, noe som følgelig krever tre ganger så mange kroner pr. dose.

Det blir langt dyrere å røyke heroin i lengden enn å injisere. Derfor er det som regel sånn at folk som røyker heroin, og dem er det noen av, etter hvert går over til å injisere, for å få mest mulig rus for pengene, mens det er svært sjelden at noen går motsatt vei. Vurderinger av dette prosjektet så langt har heller ikke vist noen markant overgang til heroinrøyking, selv om det finnes noen enkelttilfeller.

## VIRKEMIDLER OG TILTAK:

- |  |   |
|--|---|
| <p>a. Langtkomne rusgiftavhengige skal ha rett til lavterskel helsehjelp og omsorg.</p> <p>b. Lavterskel helsetiltak må ytes integrert i de sosiale og helsemessige tjenestetilbud som ytes overfor stoffavhengige på gateplan, som oppsøkende behandlingsteam og feltpleie.</p> <p>c. Lavterskel hjelpe- og omsorgstiltak må ha målsettinger som peker ut over den stoffbrukertilværelsen som den stoffavhengige i øyeblikket befinner seg i.</p> <p>d. Alle stoffavhengige skal sikres bolig, væresteder, sysselsettings- eller aktivitetstilbud på dagtid og opplæringsmuligheter.</p> <p>e. I den grad langtkomne stoffavhengige ikke greier å oppsøke de hjelpetilbud som finnes, skal mobile behandlingsteam følge dem opp, og hjelpe dem der de befinner seg.</p> | <p>f. Sprøyterom for stoffavhengige er ikke et egnet virkemiddel i narkotikapolitikken.</p> <p>g. Kampanjer for å få injiserende heroinbrukere til å gå over til røyking har vist seg lite fruktbare, og bør avsluttes.</p> <p>h. Motgift i form av Naloxon neseppray bør deles ut til aktive stoffbrukere, pårørende oppsøkende tjenester, politi og andre som møter stoffbrukere, for å kunne forhindre dødsfall ved overdoser.</p> <p>i. Forbundet Mot Rusgift stiller seg kritisk til det store omfang som sprøyteutdelingsvirksomheten har fått i Norge og krever en nasjonal evaluering av virksomheten.</p> <p>j. Forbundet Mot Rusgift krever at HIV-testing og helserådgivning blir viktige satsninger som et alternativ eller supplement til sprøyteutdeling.</p> <p>k. Økt bruk av hepatittvaksinasjon som skadedempende tiltak.</p> |
|--|---|



# Lovhåndhevelse og sanksjoner

Utgangspunktet for norsk narkotikapolitikk har vært og bør være at narkotikabruk skal være forbudt og straffbart. Av dette følger at overtredelser av narkotikalovgivningen er en sak for politi, rettsvesen og kriminalomsorg.

Også de ulike alternative reaksjonene for brudd på narkotikalovgivningen bygger på dette. Alle narkotikaavhengige som ønsker det, kan i dag få hjelp innenfor helsevesenet, og slik skal det også være. Men de 90 prosent av brukerne som ikke har et avhengighetsproblem, har heller ikke behov for behandling, og kan best grensesettes i en rettslig sammenheng.

Norge har valgt å kriminalisere omsetning, innehav og bruk av narkotika for på den måten å redusere omfanget av narkotikabruken. Dette er et viktig prinsipp som handler om hva slags samfunn vi ønsker å leve i. Lovverket er et rammeverk som forteller ha slags samfunns kvalitet vi ønsker oss. Lov og justispolitiske virkemidler må gjenspeile dette. Prinsippet er at alle skal kunne gjøres ansvarlige for sine handlinger. En promillekjører som forårsaker en trafikkulykke, kan ikke slippe unna med en unnskyldning om at han var beruset. Tvert imot, selve kombinasjonen bilkjøring og promille er straffbar.

På samme måte kan ikke en pyroman som forårsaker en brann slippe straff, selv om pyromani kan sies å være en sykdomstilstand. Bruk av narkotika har på samme måte så mange potensielle og reelle skadevirkninger at det er rimelig at både innehav og bruk skal være forbudt og straffbar, også om lovbrøtteren har sykdomstilstanden avhengighet. Men straffetiltakene kan byttes ut med behandling om stoffbrukeren ønsker det.

Med strenge strafferammer på import og omsetning skal vi søke å minske tilgangen til narkotika i Norge.

Målet med straffene må, særlig der den dømte har et avhengighetsproblem, være rehabilitering. Derfor mener vi at alternative straffemetoder bør brukes for å sette folk i en posisjon hvor et annet liv blir mulig. Slike straffereaksjoner er bl.a. ungdomsstraff, ungdomsoppfølging, narkotikaprogram med domstolskontroll. Målet må hele tiden være å





bidra til at lovbrøyteren slår inn på en narkotikafri vei, og kontrollere at dette skjer.

Det er nå enighet om at et flertall av narkotikabrukerne ikke er avhengige. De bruker narkotika sporadisk, men er viktige bidragsytere til å spre en narkotikaliberal stoffkultur og på den måten legge til rette for at nye brukere rekrutteres. De kanalisere penger inn i den svarte økonomien, og bidrar til vekst i organisert kriminalitet.

I tillegg til narkotikalovbrudd, begås det i miljøer hvor stoffbrukere samles ofte også andre typer lovbrudd. Dette kan være innbrudd, simple tyverier, nasking fra butikker, innbrudd i biler, omsetning av tyvegods og ulike voldsepisoder og andre overgrep. I tillegg sjeneres ofte publikum av åpenlyse narkomiljøer, og noen er også redde. Uforstyrrede,

offentlig kjente samlingssteder for aktive stoffbrukere fungerer også som markeds plass og rekrutteringsbasis for eksperimentering med stoffbruk. Oppløsning av slike miljøer må gå parallelt med at de mest aktive brukerne blir tilbudt alternative væresteder og aktivitetstilbud, samt at behandlings- og omsorgstilbud hele tiden må være tilgjengelige.

Nye psykoaktive stoffer er de siste årene begynt å komme på markedet, selv om omfanget fortsatt er lite, sammenlignet med de klassiske illegale stoffene. Disse smugles i stor grad inn fra utlandet gjennom bestillinger via Internett og fysisk levering via posten. FMR mener toll- og politi må få ressurser til å gjennomføre en nitid overvåking av så vel post fra utlandet, som mulige smuglingsforsøk over grensene.

*» Målet med straffene må, særlig der den dømte har et avhengighetsproblem, være rehabilitering. Derfor mener vi at alternative straffemetoder bør brukes for å sette folk i en posisjon hvor et annet liv blir mulig.*

## VIRKEMIDLER OG TILTAK:

- |  |   |
|--|---|
| a. Import, omsetning, innehav og bruk av narkotika skal være forbudt og straffbart.                        | f. Politiet må kommunisere med og samordne sin aktivitet overfor narkotikamiljøene med øvrige hjelpeinstanser.  |
| b. Enhver overtredelse av narkotikalovgivningen må følges opp med reaksjoner fra samfunnets side.          | g. Økt satsing på alternative straffemetoder som yter hjelp og støtte til dømte med rusgiftavhengighet.   |
| c. Import og bruk av nye psykoaktive stoffer må hindres ved nitid kontroll av import.                      | h. Påtaleunntatelse med vilkår bør brukes overfor førstegangs narkotikalovbrytere.  |
| d. Nettsteder som tilbyr illegale narkotika, inklusive nye psykoaktive stoffer må stenges eller blokkeres. | i. Alternativ soning etter Straffegjennomføringsloven og Narkotikaprogram med domstolskontroll bør bli et tilbud til alle narkotikaavhengige lovbrøytere. |
| e. Ingen åpne narkotikaomsetningssteder må tolereres.  |   |



# Forbudets betydning

Norge har, i likhet med det store flertallet av verdens land, valgt å kriminalisere import, omsetning av narkotika, og en del land har også, i likhet med Norge, kriminalisert innehav og bruk. Dette gjelder alle illegale rusgifter, fra hasj til heroin.

Hensikten er å redusere tilgjengeligheten, og på den måten forhindre nyrekruttering og bruk. Men for at kriminaliseringen skal ha noen hensikt, må den håndheves. Dette må skje både ved å forhindre bruk, spredning og organisert salg på gateplan, og ved å forfølge storimportører og grossister, og stoppe narkotikaimport ved grensene. Narkotikatrafikken har ofte sammenheng med andre former for økonomisk kriminalitet, og pengene herfra brukes av kriminelle til å skaffe seg fotfeste i deler av det ordinære næringslivet. De stoffavhengige er en viktig drivkraft i narkotikatrafikken, som selgere og spredere på gateplan. At man innenfor kriminalomsorgen og i spesialisthelsetjenesten og kommunene lykkes i behandlings- og rehabiliteringsinnsatsen for derigjennom å stoppe deres omsetningsvirksomhet, vil være et viktig bidrag til å forhindre nyrekruttering og økt avhengighetsutvikling.

Noen delstater i USA har vedtatt å legalisere rekreasjonell bruk av cannabis, og noen andre stater er i ferd med å følge etter. Dette er en utvikling som øker tilgjengeligheten til cannabis, for ungdom og voksne og øker antallet brukere, og på den måten også øker skadevolumet. Colorado som var den ene av de to første statene som legaliserte cannabis, erfarer nå en rekke økte skadevirkninger, økt bruk av cannabis blant ungdom og voksne, som økte marihuanelaterte trafikkulykker og dødsfall, økte marihuanelaterte sykehusinnleggelses og legevaktbesøk. Colorado ligger på topp av alle delstater i USA når det gjelder cannabisbruk blant

» Det var få som brydde seg om problemene i Portugal før en rusgiftliberal tankesmie i 2009, Cato Institute i USA, lagde en rapport om Portugal som eksempel på at rusgiftproblemene avtok fordi narkotika til eget bruk hadde blitt avkriminalisert.

så vel unge som voksne I tillegg er det i ferd med å vokse fram en cannabisbasert økonomi, som tjener penger på produksjon og omsetning av cannabis, på produksjon og omsetning av kaker, gotterier og leskedrikker med høyt THC-innhold. Antallet barn som er blitt bragt til legevakt med cannabisforgiftning har økt.

## PORTUGAL

I den norske narkotikapolitiske debatten trekkes stadig Portugal fram som eksempel på vellykket rusgiftpolitikk. De aller fleste har liten informasjon eller statistikk som underbygger politikken, bare at det går bra. For å forstå den politiske situasjonen, bør man kjenne forhistorien. Portugal var et diktatur fram til midten av 1970-tallet. Befolkningen hadde erfaringer med et repressivt politiapparat de ikke hadde tillit til. Etter at narkotikaproblemet hadde vokst i kjølvannet av hjemvendte soldater fra koloniene, fikk man en heroinepidemi på 90-tallet, og økende forekomster av overdoser og HIV-AIDS-tilfeller blant injiserende stoffbrukere. Dette var bakgrunnen for at det i 2001 ble iverksatt en ny, omfattende narkotikastrategi, som også ble fulgt opp med svært store helse – og sosialbudsjetter, øremerket for behandling og omsorg for stoffavhengige.

Portugal avkriminaliserte også bruk, for å unngå at folk skulle være redde for å søke helsehjelp. Det ble en økt satsing på behandling og forebygging, og det ble iverksatt sprøyteutdeling og andre HIV-forebyggende tiltak. Omsetning og bruk av større kvanta enn 10 dagers forbruk er fortsatt ikke straffefritt i Portugal. Det var altså ikke snakk om legalisering, men en praktisk tilnærming til den portugisiske situasjonen og de rusgiftproblemene man hadde. Mange av tiltakene ligner på mye av det vi har gjort i Norge, også hva gjelder unge førstegangsbrukere som ikke blir registrert i politiets arkiv hvis de godtar en ruskontrakt eller får en betinget påtaleunntakelse. I Portugal blir de fremstilt for en nemd, hvor de forklarer seg. De som blir definert som stoffavhengige blir tilbudt behandling.

Det var få som brydde seg om problemene i Portugal før en rusgiftliberal tankesmie i 2009, Cato Institute i USA, lagde en rapport om Portugal som eksempel på at rusgiftproblemene avtok fordi narkotika til eget bruk hadde blitt avkriminalisert. Rapporten spredde seg raskt via en effektiv markedsføring, og plutselig snakket alle om Portugal. Konklusjonene ble også tilsynelatende understøttet av tallmateriale, men her begynner også tvilen å melde seg. Statistikken er mangelfull, men viste at i perioden 2001–2007 minket narkotikabruken i aldersgruppen 15–19 år, mens den økte i alle andre aldersgrupper. Narkotika-relaterte dødsfall ble færre de første årene etter reformen, men økte til det høyeste noensinne i 2008. Så endret man kriteriene for registrering av rusgiftrelaterte dødsfall og det ble umulig å følge utviklingen over tid, og heller ikke å sammenstille tallene med andre europeiske land.

Når dagens statistikk starter med 2008 viser de etterfølgende år reduserte narkotikarelaterte dødsfall, men den sier lite om effekten av reformen fra 2001. Andre undersøkelser om narkotikavaner, som bygger på stabile spørreundersøkelser, viser at det var en økning i alle typer narkotikaforbruk innenfor alle årsklasser hvert år de første 6 år etter reformen og fram til 2007. Deretter minket det frem til 2012. Den all-europeiske skoleundersøkelsen ESPAD som ble publisert i 2015 som bare omhandler 15–16 åringer, viser derimot en stadig økning, særlig av cannabis.

Nå ligger Portugal på gjennomsnittet i EU etter å ha vært på den nedre delen i bruk av cannabis blant 15–16 åringer. I samme tidsperiode har EU-gjennomsnittet vært stabilt, mens Portugal altså har økt. I flere Europeiske land, bl.a. Norge, har cannabisbruken blant 15–16-åringer gått sterkt ned i samme periode. En av hovedarkitektene bak reformen i Portugal sier at det var den samlede innsatsen innenfor helse og rehabilitering, hvor budsjettene økte fra 25 til 75 mill Euro i løpet av kort tid, som ga forbedringer på noen området, og at det ikke er noen årsakssammenheng mellom avkriminalisering og minsket problem. Denne konklusjonen har dessverre ikke kommet frem i den norske debatten. I dag kan man se at narkotika selgerne på Lisboas gater, ofte unge ressursvake menn, har etablert seg med et finmasket detaljsalg hvor alle salgsdoser er innenfor legale mengdegrensener. Politiet registrerer lite og det synes selvfølgelig i kriminalstatistikken, som faller. Men problemene er der, i form av en betydelig økning av personer som søker behandling for sin cannabisbruk.



## VIRKEMIDLER OG TILTAK:

- a. Vi krever at all illegal omsetning og spredning av narkotika må følges opp av politi og rettsvesen.
- b. Vi ønsker å forhindre all etablering av offentlig kjente narkoscener, som tidl. Plata i Oslo og Nygårdsparken i Bergen.
- c. Vi ønsker å styrke tollvesenets innsats for å forhindre smugling av stoff til Norge.
- d. Vi ønsker å styrke politiet, og målrette ressursene både mot gatepatruljering, spaning og etterforskning av narkotikalovbrudd.
- e. Vi ønsker narkotikalovbrudd raskt pådømt, med et behandlingstilbud i den andre enden for alle gjerningspersoner som samtidig har et avhengighetsproblem.
- f. Vi ønsker å styrke etterforskningskapasiteten i forhold til økonomisk kriminalitet, spesielt med sikte på å avdekke sammenhengene mellom illegal narkotikavirksomhet og legal næringsvirksomhet.



# Forskning og dokumentasjon

Det er viktig at det blir formulert forskningsoppgaver som belyser de aggregerte samfunnsmessige virkninger av ulike modeller for narkotikapolitikken på individ- og samfunnsnivå.

Aktuelle emner kan for eksempel være epidemiologisk forskning om bruk av narkotiske stoffer, sammenhenger mellom bruk av ulike typer narkotika, forholdet mellom bruk av narkotiske stoffer og alkohol og tobakk, samt antropologiske studier og andre kvalitative studier om årsakene til individenes ulike veier fra eksperimentering og ”kontrollert” bruk til avhengighet og tilbake til fullstendig stoffrihet. I behandlingsforskningen bør det særlig legges vekt på å evaluere ulike tiltak som kan redusere drop-out og tilbakefall. Det må legges vekt på å evaluere effekten av eksisterende behandlingstiltak, og hva som hindrer pasienter i å oppnå en rusgiftfri tilværelse.



## VIRKEMIDLER OG TILTAK:

- a. Norsk narkotikaforskning og -dokumentasjon må dokumentere effektene av en restriktiv narkotikapolitikk og av restriktive tiltak.
- b. Forsøksvirksomhet på behandlings- og omsorgsområdet skal bl.a. evalueres ut fra om det fører til stoffrihet, høyere livskvalitet og integrering til normal samfunnsdeltakelse.
- c. Forsøks- og forskningsvirksomhet knyttet til primær- og sekundærforebygging må styrkes.
- d. For å stimulere slik forskning bør det opprettes egne finansieringsordninger, innrettet spesielt på forskning og forsøksvirksomhet knyttet til primær- og sekundærforebygging.
- e. Det skal foreligge individbasert behandlingsstatistikk, omsorgsstatistikk og annen klient(pasient)statistikk på årlig basis.
- f. Det skal gjennomføres årlige epidemiologiske undersøkelser for narkotikabruk i forhold til ungdom, hele befolkningen og visse undergrupper.
- g. Spesielle forsknings-/dokumentasjonsprogrammer som tar sikte på å følge utviklingen og gi tidlig varsel om nye trender og fenomener i brukermiljøene og de mest aktuelle miljøene ellers må etableres permanent.
- h. Effekten av sprøyteutdelingsprogrammene må evalueres.

# Internasjonal narkotikapolitikk

**Narkotikautviklingen er internasjonal og foregår på tvers av alle grenser og kontinenter.**

Norsk narkotikapolitikk må derfor, i tillegg til å ha et nasjonalt perspektiv, også engasjere seg og påta seg en pådriverrolle i internasjonal politikk, med sikte på å forsvare FNs narkotikakonvensjoner og styrke arbeidet med å redusere tilgjengelighet og etterspørsel etter narkotika internasjonalt. Spesielt er utviklingen i Europa og USA av stor viktighet for Norge. Forbundet Mot Rusgift og andre narkotikarestriktive organisasjoner må styrke sin internasjonale profil i arbeidet. Det må bygges opp permanente kontakter med likesinnede organisasjoner i Europa med følgende hovedformål: Informasjonsutveksling, samordning av strategier og kontinuerlig beredskap rundt utviklingen i statlig samarbeid om narkotika i EU, Europarådet (Pompidou-gruppen) og i de europeiske bynettverkene.



## VIRKEMIDLER OG TILTAK:

- a. Norske myndigheter må arbeide i internasjonale fora for å styrke posisjonen til de internasjonale konvensjonene om narkotika og FNs barnekonvensjon.
- b. Norsk narkotikapolitikk må også baseres på kunnskap om forholdene i produksjonslandene.
- c. Norge må også være en aktiv pådriver for en restriktiv narkotikapolitikk i EU og FN når disse organene utvikler sine narkotikapolitiske handlingsplaner.
- d. Norske myndigheter må gi støtte til frivillige organisasjoner som engasjerer seg internasjonalt til fordel for en restriktiv narkotikapolitikk.
- e. Det må gis støtte til internasjonale studier av narkotikapolitikk og tilskudd til internasjonale samarbeidsprosjekter mellom frivillige organisasjoner.
- f. Det må arrangeres årlige, internasjonale "demand reduction"-konferanser på norsk initiativ, med sikte på å kommunisere suksessen ved en restriktiv narkotikapolitikk.
- g. Forbundet Mot Rusgift vil ta initiativ til internasjonalt narkotikapolitisk samarbeid mellom frivillige organisasjoner.
- h. Norske myndigheter må øve press på USA og andre stater som legaliserer rekreasjonsbruk av cannabis om å etterleve FNs narkotikakonvensjoner.



# Organisering av offentlig narkotikapolitikk

Narkotikafeltet er som offentlig innsatsområde et felt som krever en særlig organisering, samtidig som det berører svært mange offentlige instanser.

Det må sikres at sentrale beslutninger på feltet får gjennomslag ved å ha høy prioritet i alle etater som dette angår, på nasjonalt, regionalt og kommunalt plan. Dette kan sikres ved en sentral, nasjonal styring, med politisk forankring på departementsnivå. Denne styringen må ha et perspektiv hvor forebygging, behandling, lov- og ordentiltak

og lavterskeltiltak blir vurdert i sammenheng. Samtidig er det viktig at de frivillige organisasjonene og deres ressurser blir inkludert i den offentlige planleggingen, på nasjonalt og lokalt plan, parallelt med at det eksisterer kanaler for utveksling av impulser, ideer, erfaringer og synspunkter mellom offentlig og frivillig sektor.

*» Samtidig er det viktig at de frivillige organisasjonene og deres ressurser blir inkludert i den offentlige planleggingen, på nasjonalt og lokalt plan, parallelt med at det eksisterer kanaler for utveksling av impulser, ideer, erfaringer og synspunkter mellom offentlig og frivillig sektor.*



» *Styringen må ha et perspektiv hvor forebygging, behandling, lov- og ordentiltak og lavterskeltiltak blir vurdert i sammenheng.*

## VIRKEMIDLER OG TILTAK:

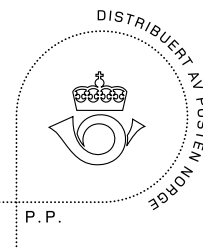
- a. Forbundet Mot Rusgift krever en sentral, nasjonal koordinering av narkotikapolitikken på tvers av departementsnivåene, hvor både justis- og helse vil være sentrale.
- b. Forbundet Mot Rusgift krever en helhetlig planlegging av narkotikapolitikken, hvor forebygging, behandling, lavterskel-, helse- og omsorgstiltak og lov- og ordentiltak må sees i sammenheng.
- c. En nasjonal styring og koordinering av narkotikafeltet sikres ved en politisk ansvars plassering i en styringsgruppe med sentrale politikere, og med et nasjonalt direktorat eller direktoratsavdeling som får et samlet ansvar for alle rusgiftsspørsmål.
- d. Det skal foreligge en rullerende offentlig narkotikapolitisk handlingsplan med hovedvekt på reduksjon av etterspørsel og tilgjengelighet og med klare målsettinger og prioriteringer for behandling, omsorg og oppfølgings-/integreringstiltak.
- e. Forbundet Mot Rusgift krever en samarbeidsreform som skal sikre en lovmessig og organisatorisk samordning av behandlingsinnsatsen på 2.-linjenivå, Tverrfaglig Spesialisert Avhengighetsbehandling og Psykisk Helsevern for barn og unge og for voksne med oppfølgingsarbeidet i sosialtjeneste, primærhelsetjeneste, barnevern, pedagogisk/psykologisk tjeneste og NAV.
- f. Forbundet Mot Rusgift krever at det legges til rette for et forpliktende og planmessig samarbeid mellom skole, politi, helse- og sosialetat på kommunenivå og kriminalomsorg for å sikre samarbeid om integrering og reintegrering av personer med avhengighetsproblemer.
- g. Offentlig narkotikapolitikk må ha som klart mål å samarbeide med frivillige, narkotikarestriktive organisasjoner om forebygging, og med hjelpeorganisasjoner om oppfølging og integrering av narkotikaavhengige.



Returadresse:  
Forbundet Mot Rusgift  
Postboks 6723 St. Olavs plass  
0130 Oslo

**B**

NORGE



# Bli medlem i Forbundet Mot Rusgift

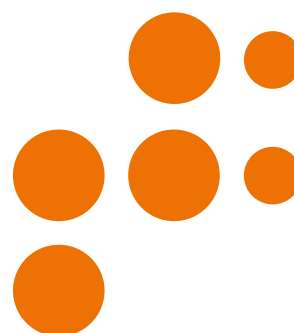
*Du kan støtte vårt viktige arbeide på flere måter.*

1

## MEDLEMSKAP

### i Forbundet Mot Rusgift

- Medlemskap krever avhold fra alkohol og narkotika.
- Kontingent for medlem er **kr 300 pr år**.
- Er du skoleelev, student, arbeidssøkende, minstepensjonist eller uten vanlig inntekt, er kontingenten **kr 100 pr år**.
- Husstandsmedlem **kr 50 pr år**.
- Ungdomsmedlemsskap (til og med 18 år) **kr 50 pr år**.
- Medlemmer av FMR, vil få reduksjon i deltakeravgiften ved FMRs konferanser og kurs.



2

## STØTTEMEDLEMSKAP

### i Forbundet Mot Rusgift

- Personer som støtter FMRs formål og politikk er velkomne til å registrere seg som støtte-medlemmer.
- Kontingent for støtte-medlem er **kr 300 pr år**.
- Støtte-medlemmer av FMR, vil få reduksjon i deltakeravgiften ved FMRs konferanser og kurs.

3

## STØTTESPILLER

### i Forbundet Mot Rusgift

- Bedrifter, organisasjoner, sammenslutninger og kommuner som støtter FMRs formål og politikk er velkomne til å registrere seg støtte-medlemmer.
- Dere kan støtte Forbundet Mot Rusgift med **valgfritt beløp**.
- Støttespillere mottar også Tidsskriftet Mot Rusgift.

Gå til [www.fmr.no](http://www.fmr.no)  
og fyll ut innmeldings-  
eller støttespillerskjema.

Du kan også kontakte oss på  
epost, telefon eller sms hvis  
du vil bli MEDLEM, STØTTE-  
MEDLEM eller STØTTESPILLER:

**Epost: [post@fmr.no](mailto:post@fmr.no)**

**Telefon: +47 940 08 830**

*NB: Medlemskap og støtte-medlemsskap er kr 50 for alle i innmeldingsåret.  
Som medlem eller støtte-medlem får du tilsendt Mot Rusgift – rusgiftpolitisk tidsskrift.*

**fmr.no**