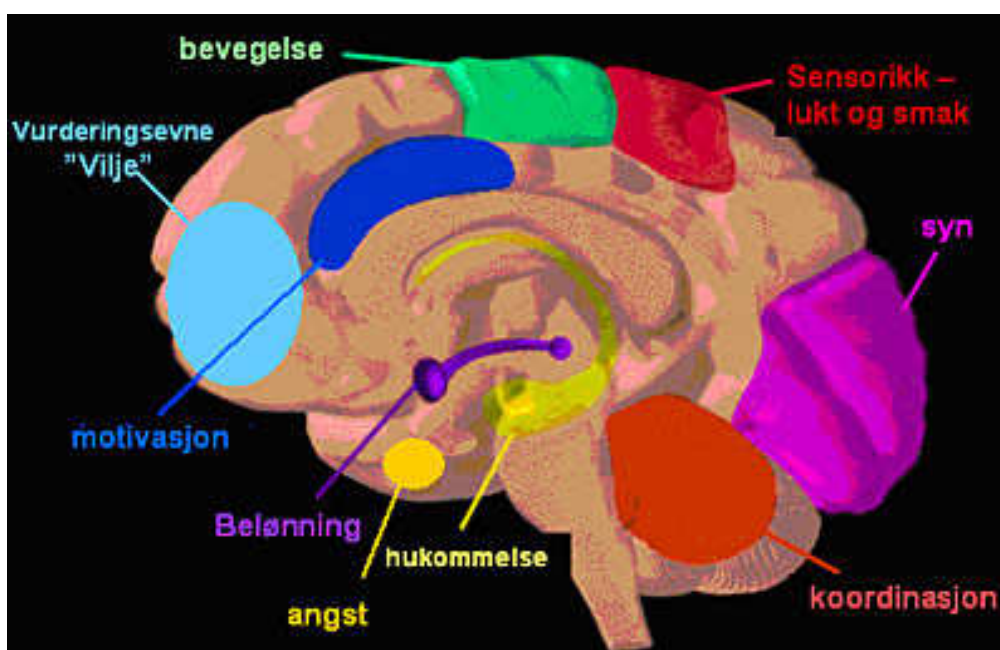


Pris kr. 100

Alternativet

Rusgiftpolitisk studiehefte



Utgitt av Forbundet Mot Rusgift, Oslo 2010

Innholdsfortegnelse:

Del I: Om alkohol, narkotika, ideologi, og folkehelse.

Kapittel 1. FMR – en organisasjon for spesielt interesserte? s. 4

Innledning: s. 4

Trenger vi en egen kamp mot rusgift? s. 5

Avhold eller måtehold? s. 5

Individuelt avhold – betydning s. 8

Alkoholfritt omgangsliv s. 9

Men kan man ikke drikke med måte? s. 9

Kapittel 2: Om avhold og ideologi

Ta det personlig – om avhold og måtehold s. 9

Alle har et naturgitt behov for rus s. 19

Positiv rus s. 24

Kan rusmiddelbegrepet overleve? Mot en ny terminologi s. 27

Kapittel 3: Hvor farlige er farlige stoffer

Farlighetskriterier for rusgifter - eller hva gjør farlige stoffer farlige? s. 29

Kapittel 4: Forebygging – hva er det?

Mål for samfunnets rusgiftforebyggende innsats: s. 36

Utsatt alkoholdebut og redusert totalforbruk - eller opplæring i lykkepromille?

Del II: Avhengighet og behandling

Kapittel 5: Hva er avhengighet? s. 43

Avhengighet i et nevrobiologisk perspektiv? s. 43

Hvem blir avhengige - et sosiologisk perspektiv s. 49

Kapittel 6: Innsats overfor de mest langtkomne s. 59

Innspill til en helhetlig rusgiftpolitikk s. 59

Kapittel 7: Alternativer til straff s. 64

Narkolovbrudd og straff s. 64

Del III Legalisering/skadereduksjon

Kapittel 8: Legalisering/avkriminalisering s. 69

Cannabis – legalisering eller forbud s. 69

Cannabis som gateway drug s. 69

Hasjforbudet er riktig s. 78

Vet vi alt om cannabis' virkninger? s. 79

Cannabis som medisin? s. 85

Legalisere, avkriminalisere eller rekriminalisere? s. 93

Kapittel 9: Sprøyterom

FMR sier nei til fortsatt sprøyterom s. 98

Kapittel 10: Heroinutdeling og LAR

Heroinutdeling - hva nå? s.104

Akutt heroin overdose s.107

Studieplan til Rusgiftpolitisk Studiehefte s.112

Del I: Om alkohol, narkotika, ideologi og folkehelse.

Kapittel 1. FMR – en organisasjon for spesielt interesserte?

Innledning:

Forbundet Mot Rusgift ble startet i 1904 som Norges Studerende Ungdoms Avholdsforbund. I 1973 skiftet organisasjonen til det navnet den har i dag. Men tilknytningen til de høyere lærestedene har holdt seg helt opp til de siste årene. Årsmøtet i 2010 vedtok av man fortsatt skulle ha de høyere lærestedene som én av målgruppene, men at organiseringen av FMR-lag nå skal ta utgangspunkt i geografi. Dermed får vi Brønnøysund FMR, Follo FMR og andre geografiske navn på de lokale FMR-lagene. I mange år allerede har medlemmene og sympatisørmedlemmene blitt med i organisasjonen, uansett om de har vært studenter, akademikere, skoleelever, eller har tilhørt andre grupper som arbeidsfolk, bønder, fiskere, næringsdrivende, folk innen behandlingfeltet, forskning, administrasjon, media eller har hatt en egen bakgrunn som rusgiftavhengige.

FMRs viktigste talerør utad er tidsskriftet Mot Rusgift og nettsiden www.fmr.no, som var den første rusgiftpolitiske nettsiden som så dagens lys i Norge. Allerede høsten 1994 var den på plass, og den er i dag en av de mest omfangsrrike rusgiftnettstedene i landet, med et vell av rusgiftpolitisk informasjon.

I tillegg virker FMR i sine lokalsamfunn og –miljøer gjennom sine medlemmer og sympatisørmedlemmer, som er med på å føre ut FMRs rusgiftpolitikk.

FMR har et internt meldingsblad, ”Kamp & Kunnskap”, som går ut til alle medlemmer og sympatisørmedlemmer, enten pr. post, eller pr. epost som pdf.

Hva er det som særpreger FMR?

- Med bakgrunn i sin tilknytning til høyere læresteder og forskningsmiljøer, har FMR alltid lagt vekt på vitenskapelighet og dokumentasjon i sin informasjonsvirksomhet. Dvs. at når FMR går ut med et standpunkt, så har det sin bakgrunn i forskningsbaserte fakta. En annen sak er at det selvsagt er mulig å trekke flere konklusjoner på bakgrunn av denne dokumentasjonen.
- FMR har en verdimeslig forankring. Denne forankringen finnes i FMRs prinsipp-program, hvor det framgår at organisasjonen knytter an til demokratiske og humanistiske prinsipper. Du finner disse prinsippene nedfelt i programmet her: <http://www.fmr.no/fmrs-allmene-verdigrunnlag.96055-16187.html>
- FMR har i alle år markert seg som tilhenger av en restriktiv narkotikapolitikk, og har drevet en omfattende informasjonsvirksomhet for å øke oppslutningen om en

slik politikk. Temaer hvor FMR har markert seg, har bl.a vært spørsmålet om legalisering eller fortsatt forbud mot narkotika, spesielt i spørsmålet om cannabis, i spørsmålet om sprøyteromsloven, i spørsmålet om LAR og eventuell forskrivning av heroin, og i spørsmål som gjelder forebygging. På det siste området er det bl.a. blitt gjennomført aksjoner for å forbedre russefeiringen, og avholdt egne arrangementer i forbindelse med fadderukene på høyere læresteder. På alle disse områdene har vi også prøvd å holde så vel egne medlemmer og sympatisørmedlemmer som media og publikum generelt oppdatert på politiske nyheter og forskningsnyheter på rusgiftfeltet og om FMRs aktiviteter.

- FMR har på ulike vis prøvd å påvirke alkoholpolitikken både nasjonalt og i kommunene i restriktiv retning. I Oslo har organisasjonen gjennomført kurs for kommunepolitikere om alkoholpolitiske tiltak.
- FMR har hvert år en fagdag, med vekslende innhold. I 2005 var temaet ”Kvinner og alkohol”, noe som førte til at FMR tok initiativet til det som nå er blitt ”Samarbeidsnettverk for kvinner i alkohol- og narkotikasporsmål” – SKAN.
- FMR arrangerer også selvhjelpskurs for mennesker med alkoholproblemer, og har utviklet en egen selvhjelpsguide: ”Alkohol – Kutt ned – Kutt ut?”.
- FMR har utviklet et eget ideologisk konsept, ”Positiv rus”, som baserer seg på nyere nevrobiologisk forskning. (Mer om dette i egen artikkel lenger ut).
- Som følge av dette bruker FMR også en litt annen terminologi enn store deler av det øvrige rusgiftfeltet. (Mer om dette i egen artikkel lenger ut).
- FMR er en avholdsorganisasjon? Det betyr at vi stiller krav til medlemmene om ikke å bruke alkohol eller andre rusgifter. Dette er ikke bare en historisk tradisjon – men også et krav om å opptre i samsvar med det vår rusgiftpolitiske analyse er kommet fram til, at alkohol har flest negative effekter, at den er et samfunnsproblem som det på det politiske plan gjelder å regulere mest mulig, og på det individuelle plan gjelder å ta avstand fra bruken av. (Mer om dette i egen artikkel).

Trenger vi en egen kamp mot rusgift?

Vi har organisasjoner for miljøvern, kvinnesak, utviklingsarbeid, oppvekstpolitikk, barnevern, helsepolitikk, sosialpolitikk, kriminalpolitikk. Rusgiftpolitikk er en del av alt dette. Erfaring har vist at når man prøver å rekruttere frivillige til å ta i et tak, så velger de fleste ut fra det synet at rusgiftpolitikken er mindre viktig enn for eksempel kvinnesak, miljøvern, partipolitikk osv. Det betyr at rekruttering til rusgiftpolitisk innsats er svært vanskelig. På den andre siden ser vi også at politiske partier, kvinneorganisasjoner, miljøorganisasjoner og andre frivillige bevegelser ikke er i stand til å ta inn over seg det komplekse i det rusgiftpolitiske arbeidet, som spenner over forebygging, kontrollpolitikk, behandling, omsorg/rehabilitering og internasjonalt arbeid og samarbeid. Det er derfor en påstand at rusgiftpolitisk helhetsforståelse bare kan bygges opp innenfor en organisasjon/instans/bevegelse som har rusgiftspørsmålet som spesialområde. Altså: Vi trenger rusgiftpolitiske organisasjoner.

Avhold eller måtehold?

Flere organisasjoner som tidligere har krevd totalavhold fra alkohol og narkotika av sine medlemmer, er nå gått bort fra dette. Men Forbundet Mot Rusgift er fortsatt en avholdsorganisasjon.

Selv om FMR krever totalavhold av sine medlemmer, har vi også en tilknytningsform for personer som støtter FMRs rusgiftpolitikk, men som ikke ønsker å forplikte seg på en avholdspraksis. Disse er sympatisørmedlemmer. De har mange av de samme rettighetene som medlemmene, men kan ikke velges til tillitsverv, og har heller ikke stemmerett. Bl.a. sympatisørmedlemmenes mulighet til innflytelse har også vært noe av diskusjonstemaene i FMR.

To spørsmål kan stilles:

1. Er avhold riktig og måtehold galt?
2. Skal en organisasjon som FMR kreve totalavhold av sine medlemmer?

I sitt prinsippprogram har FMR definert formålet med sitt arbeid:

”Forbundet Mot Rusgift vil gjennom sitt rusgiftpolitiske arbeid trekke mennesker med i kampen for å skape en rikere, rusgiftfri kultur, et tryggere samfunn og en styrket velferd for alle.

Det er en oppgave for FMR å mobilisere enkeltmennesker til å ta ansvar for seg selv, for samfunnsutviklinga og for sin egen og samfunnets framtid. FMRs aktiviteter bygger på prinsippet om totalt avhold fra alkohol og andre rusgifter.”

Prinsippprogrammet definerer også rusgiftbegrepet. Her heter det:

- ” Med "rusgifter" mener FMR alle bevissthetsendrende kjemikalier. Disse kjemiske stoffene har også evnen til å skape avhengighetsutvikling og fremmer unnvikende og passive holdninger i forhold til personlige, kollektive og samfunnsmessige problemer.
- Bruken av rusgifter som alkohol, narkotika, visse oppkvikkende og beroligende medikamenter og sniffemidler inngår ofte i en brukerkultur, der kjemisk rus, flukt og passivt konsum er formålet med bruken. Dette forsterker rusgiftenes passiviserende effekt.
- Med "bruk av rusgifter" mener FMR enhver bruk som ikke tjener medisinske formål.
- Alkohol-, narkotika-, medikament- og sniffeproblemet kan synes ulike både i omfang og karakter, men har likevel som viktigste fellestrekk en omfattende passivisering av brukerne, og en kjemikalisering av menneskenes behov for nye opplevelser og endrede bevissthetstilstander. I vår del av verden er det likevel ingen tvil om at alkoholproblemet er det dominerende rusgiftproblemet, og at vår rusgiftkultur i all hovedsak er en alkoholkultur.
- Med "Alkohol" menes i dette programmet alle drikker som inneholder mer enn 0,7 volumprosent alkohol. ”

Dersom vi skal finne en begrunnelse for et avholdskrav, vil vi først og fremst finne det under punkt 2, i prinsipp-programmet: "Kamp mot rusgiftkulturen".

Under punkt 2 heter det:

" Idag vil rusgiftmotstanden i all hovedsak være en ideologisk kamp. Denne må gå ut på å bryte med all aksepterende rusgiftideologi, avsløre og bekjempe måteholdskulturen og å reise krav og debatt om restriktive krav. På kort sikt vil dette kunne redusere spredninga og bruken av rusgifter og på lang sikt vil det kunne skape opinionsgrunnlag for å stanse all produksjon og spredning av rusgifter i Norge. Det må drives et tålmodig opplysningsarbeid blant folk flest. Rusgiftprofitørenes propaganda må avsløres. Vi må vise at måteholdslinja er feilaktig ut fra hvem den tjener, og få folk flest til å interessere seg for rusgiftspørsmål.

Vi vil også kritisere folk som har en feilaktig rusgiftpraksis, som følger måteholdslinja for alkohol, som eksperimenterer med narkotika eller på andre måter støtter rusgiftkulturen og rusgiftspredninga. Det er viktig å avgrense seg fra synet at totalt avhold har noe med god eller dårlig "moral" i snever forstand å gjøre, men poengtere at det er et viktig kampmiddel og et spørsmål om sosialt, samfunnsmessig og politisk standpunkt.

Men vanlige alkoholbrukere er ikke FMRs hovedmotstandere. Tvert imot vil både rusgiftmotstandere og måteholdsbrukere fort kunne bli enige om at alkoholindustrien og andre som tjener penger på omsetning av rusgifter er de virkelige ødeleggerne. Felles innsats f.eks. for alkoholfrie oppvekstmiljøer, alkoholfrie steder å være, rusgiftfrie soner rundt alle barn og mot gatevold og fyll, vil kunne forsterke følelsen av felles interesser. I en slik sammenheng vil betydningen av, og respekten for totalavholdsstandpunktet også lettere kunne få gjennomslag.

FMR hevder at totalt avhold fra alkohol og andre rusgifter er det eneste riktige. Enten er en en del av rusgiftkulturen og er med på å holde kjemikaliepresset oppe, eller så er en ikke en del av rusgiftkulturen og da motarbeider en den. Alle mennesker påvirker andre med atferden sin. Dersom en bruker rusgift, påvirker en som regel også andre i retning av å gjøre det samme. Bruker en ikke rusgifter, påvirker en ofte andre til å la være. Enten så blir en en del av løsningen eller så blir en en del av problemet. En kan ikke holde seg nøytral i dette spørsmålet mer enn i andre spørsmål. Det er måteholdslinja og den aktive spredningen av den som narrer folk til å tro at det er mulig med rusgiftbruk uten at det oppstår rusgiftskader. Dersom vi virkelig vil velge side i dette spørsmålet, står valget mellom avhold eller måtehold. Spørsmålet om totalavholdsstandpunktet er derfor ikke bare et personlig spørsmål, men i hovedsak et spørsmål om politisk og samfunnsmessig standpunkt. Det er ikke et individuelt spørsmål om en skal holde på med å styrke rusgiftkulturen eller om en skal motarbeide eller svekke den.

- Ved konsekvent å nekte bruk av alkohol eller andre rusgifter oppnår vi å bryte det drikkepresset vi til daglig blir utsatt for. Vi oppnår at det blir debatt om spørsmålet der vi ferdes og at flere tar til å tenke over saken.

- Ved å bygge ut og kjempe for rusgiftfrie miljø, og selv gå foran med gode eksempler, kan vi være med på å overbevise andre om at en rusgiftfri livsstil er mulig og ønskelig, og dermed også gi dem lyst og mot til å prøve selv.
- Totalt avhold er en metode for å vise solidaritet med alle rusgiftskadde, og med alle dem som kommer til å bli det som følge av rusgiftspredninga.
- Totalavhold er konsekvensen av at det ikke er "alkoholismen" og "narkomanien" som er hovedproblemet, men de akutte rusgiftskadene blant mer og mindre måteholdne brukere, og rusgiftpassiveringa.
- Totalt avhold er ikke bare en effektiv kampmetode, men et prinsipp-spørsmål. Vil en fullt og helt velge de undertrykte og rusgiftskaddes side i dette spørsmålet, da finnes det ingen annen rusgiftpraksis enn totalt avhold.”

Så langt FMRs prinsipp-program som sist ble endret i 1992.

Individuelt avhold - betydning

Vi må først slå fast at alkohol ikke er noen nødvendighet. Flertallet i befolkningen er promillefri storparten av sin våkne tilværelse, i flertallet av situasjoner. Vi blir født alkoholfrie. Fravær av alkohol er en naturtilstand. Det motargumentet vi gjerne hører er at ”Menneskene har alltid ruset seg” Det er riktig at mennesker har et naturlig behov for rus og løftede sinnstilstander. Vi har et innebygget belønningssystem i hjernen. Men det er ikke ensbetydende med at mennesker har dekt dette behovet med alkohol eller andre rusgifter. Mange rusituasjoner er rusgiftfrie. Det er mye av det samme som skjer i hjernen enten mennesker får et kick av å spille på en spilleautomat, de opplever seiersrus eller kjærlighetsrus, seksuelle høydepunkter eller religiøs ekstase. Kanskje noen vil hevde at rusgifter er så mye sterkere og virker i en klasse for seg. Men det er grader av kjemisk beruselse også. Man blir ikke overstadig lykkelig av et glass øl. Mange rusformer som ikke baserer seg på tilførte kjemikalier, virker langt mer tilfredsstillende enn det. Noen vil kanskje dra argumentasjonen videre og hevde at ”mennesker har alltid ruset seg på alkohol eller andre rusgifter”. Det er nok riktig at rusgifter i en eller annen form har fulgt de fleste folkeslag opp igjennom historien, men aldri i det omfang og med den hyppighet som den industrielle storproduksjon og konsum de siste par hundre år har skapt grunnlag for. Alkohol var en luksus- og knapphetsvare i tidligere tider, som store deler av befolkningen ikke hadde adgang til. I mange sammenhenger ble det bare brukt i sjeldne og rituelle sammenhenger, for eksempel de fire gangene i året da vikingene hadde blot og religiøs høytid. Selv om fyll og vold fulgte i alkoholens kjølvann også den gangen, var det kanskje ikke like innlysende at alkoholen var et onde, slik den må betraktes i dag. Og ”Et samfunns-sonde innskrenker man ikke, det avskaffer man”, som Kyrre Grepp sa på Arbeiderpartiets landsmøte i 1911. Arbeiderbevegelsen greide ikke å avskaffe dette ondet, fordi flertallet av befolkningen ville beholde det. Men dette forhindrer ikke at alkoholen stadig vekk er et onde, som det gjelder å redusere betydningen av så mye som mulig. En metode i dette arbeidet er selv å holde seg borte fra alkohol. Hvordan skal vi få gehør for at alkohol hovedsakelig er et onde, dersom vi selv bruker det?

Alkoholritt omgangsliv

Som en naturlig følge av at alkohol blir oppfattet som et samfunnsnode, vil det være naturlig å gå inn for alkoholfrie soner, og alkoholfrie arrangementer. ”Av og til” (tidligere Alkokutt) går inn for alkoholfrie soner rundt barn, under graviditet, i forbindelse med idrett, i trafikken, i samband med båtllv. Men da møter vi argumentet: ”Uten alkohol ville ikke folk komme (på fest, kafe, kino, møte), de sjenerte ville aldri få det til med sex, og omgangsklimaet ville bli dystert”

Dersom folk må drikke alkohol i de situasjonene, viser det jo at det allerede er oppstått en situasjonsavhengighet av alkohol. Den som ikke drikker må også møte de samme situasjonene og lære seg å takle dem uten alkohol. Det er akkurat samme læringsprosess som mange tidligere alkoholavhengige må igjennom, når de skal lære seg å takle situasjoner på nytt, uten alkohol. Ville det ikke være like smart å gjennomgå denne læringen uten å gå veien om alkoholavhengighet først?

Men kan man ikke drikke med måte?

”Men, hva er galt med å drikke litt alkohol, så lenge en gjør det med måte?” Dette argumentet møter vi ofte. Men alkohol er potensielt skadelig og farlig for alle. De fleste alkoholbrukere har noen gang vært fulle. Så lenge alkoholbruken aksepteres, vil en del av brukerne uunngåelig havne i fyllesituasjoner, sporadisk eller regelmessig.

Fylla representerer en belastning for brukerens kropp og helse, og er en livskvalitetsreducerende faktor for alle som av og til eller ofte er utsatt for andres fyll.

Enhver fyllesituasjon er en risikosituasjon for brukeren selv eller for andre.

Måteholdsargumentet og måteholdspraksisen bidrar her til å opprettholde selve alkoholkulturen, som forteller folk når, hvor, hvorfor og hvordan de skal drikke alkohol.

Alle som bruker alkohol, selv om det er moderat, bidrar til å opprettholde mytene om at man kan drikke alkohol med måte. Individuelt sett kan noen (til og med mange) drikke med måte, men i en befolkning som aksepterer alkoholbruk, vil mange mennesker uunngåelig havne i vanskelige fyllesituasjoner, eller utvikle et helseskadelig storforbruk av alkohol. Faktisk er fyllesituasjonene og de derav følgende skadene en større belastning for helsevesenet enn de helseskadene som følger av et langvarig storforbruk. Ved selv å velge ikke å drikke alkohol, gjør man opprør mot den alkoholkulturen som er noe av grunnlaget for alkoholskadene.

Kapittel 2: Om avhold og ideologi

Ta det personlig – om avhold og måtehold

Selv i dag, hvor alkohol er blitt mer akseptert enn i tidligere generasjoner, kan det være på sin plass å minne om den banale sannhet at flertallet av nordmenn er promillefri storparten av sin våkne tilværelse, i arbeids- og hverdagsliv, under sport, friluftsliv og flertallet av rekreasjonssituasjoner.

Fravær av alkoholbruk er en naturtilstand. Men det å ikke bruke alkohol i det hele tatt, fra vugge til grav, eller i lange perioder av det voksne livet, har også vært en framtreende

praksis for mennesker i Norge i alle tider. Dette har vært en følge av manglende tilgang på alkohol for folk i bestemte samfunnsposisjoner eller geografiske regioner i lange perioder av vår historie, eller en følge av manglende ønske om å bruke alkohol, eller rett og slett som følge av en ideologisk overbevisning om at det ikke er riktig å bruke alkohol. Gjennom de siste 150 år har dette siste vært beveggrunnen for medlemmer og tilhengere av avholdsbevegelsen. Det at mennesker har et naturlig behov for rus og løftede tilstander er altså ikke ensbetydende med at mennesker har dekt dette behovet med alkohol eller andre rusende gifter.

At en del mennesker mener det er galt å bruke alkohol, og i praksis tar konsekvensen av dette, har av utenforstående ofte vært sett på med blandede følelser, fra positiv velvilje og beundring til mistenksomhet, uvilje eller mangel på forståelse. Mens avholdsbevegelsen som samfunnsfaktor ofte blir rost for sin forebyggende innsats, blir medlemmer av denne bevegelsen ofte karakterisert som fanatiske, puritanske, moralistiske, intolerante, trangsynte og i utakt med tida. Totalavholdstanken som prinsipp blir oppfattet som umoderne. Selv folk som ser med velvilje på avholdsbevegelsens historiske innsats, tror at framtidens forebyggende arbeid mot alkoholskader vil ta andre former. Avholdsbevegelsen blir oppfattet å være på vei ut. I mange land er den også allerede forsvunnet.

I festtaler og stortingsdokumenter hylles avholdsbevegelsen fortsatt for sin samfunnsinnsats, men det er tydelig at i myndighetenes, massemedias og opinionens øyne blir den ikke lenger regnet med. Også innenfor avholdsbevegelsen selv er det identitetskrise, og mange medlemmer er begynt å tvile på bevegelsens idegrunnlag. Man ønsker å drikke lettøl for å være som de andre, og man diskuterer å avskaffe avhold som medlemskrav for å kunne virke attraktivt på flere potensielle medlemmer. Man fører en defensiv kamp, og da med argumenter først og fremst knyttet til den alkoholpolitikk man vil samfunnet skal føre. Avholdskravet og -standpunktet er noe som nærmest kommer med på kjøpet av tradisjon eller gammel vane.

Det kan være av interesse å spørre hvilke grunner som kan anføres for å fastholde totalavholdsprinsippet idag, for organisasjoner, eller som et livsstilsprinsipp for enkeltpersoner.

La oss først slå fast at et prinsipielt totalavhold representerer et avvik i dagens voksensamfunn. Et avvik forutsetter en norm. Avholdsmannen eller -kvinnen er en avviker i forhold til den gjengse normen i Norge som sier at når du er blitt "tørr bak øra", da skal du drikke alkohol. I vikingetida ble en mann regnet som voksen når han var "kvinnefør" og "ølfør". Som symbol for voksenalder gjelder alkoholbruken fortsatt. En avviker fra alkoholbruksnormen er en som andre mennesker må forholde seg til og innrette seg etter som "annerledes", noe det også knytter seg spesielle assosiasjoner og myter til. Mytologien gir gjerne avholdsmannen eller -kvinnen en negativ valør, som beskrevet ovenfor. Han eller hun må "bevise" at han/hun ikke er "som de andre avholdsfolkene", dvs. som myten tilsier.

De fleste avholdsfolk jeg kjenner vil nikke gjenkjennende til utsagn som "jeg visste ikke at avholdsfolk kunne være sånn", dvs. at de er akkurat like muntre/triste/selskapelige/humoristiske som alle andre. Tvert imot føler mange vanlige måteholds- konsumenter av alkohol seg litt utrygge i samvær med erklærte avholdsfolk, spesielt før skikkelig bekjentskap er blitt etablert, og spesielt i alkoholforbrukssituasjoner, hvor disse

totalistene er til stede. Vanlige alkoholbrukere føler at de må ta spesielle forholdsregler, som når de får vegetarianere på besøk, eller må passe seg for å banne når presten er til stede. Avholdsmenneskets nærvær oppleves på et vis litt truende, eller krevende.

Dette kan være en følt belastning både for avholdsmannen og for de øvrige festdeltakerne. Det skapes en ekstra barriere som den avholdende må bryte før han/hun eventuelt blir opptatt i det gode selskap, og da vanligvis under den forutsetning at han/hun holder en lav og aksepterende profil. Samme reaksjoner oppstår ikke dersom et avholdsmenneskes prinsipielle holdning til alkohol ikke er kjent f.eks. i en festsammenheng. Det å ikke drikke alkohol kan ha så mange slags forklaringer, fra graviditet til bilkjøring. Det er først når det er kjent at et menneske har en prinsipielt negativ innstilling til alkoholbruk, når han/hun mener at det er galt å bruke alkohol, at disse reaksjonene oppstår.

Dersom samvær med et slikt menneske ikke er til å unngå i en alkoholbrukssituasjon f.eks. på et kurs eller i en arbeidsplass-sammenheng, vil den måteholdne ofte passe ekstra godt på sitt måtehold, og være på vakt mot alle reaksjoner hos avholdsmennesket som kan tolkes som tegn på mishag eller fordømmelse. Eller en kan velge varianten hvor en gjør alkohol til tema for diskusjonen, eller uttrykker beundring eller respekt for den avholdnes standpunkt, samtidig som en understreker sin egen kontroll over alkoholforbruket og sitt eget minimale konsum. Og dersom en kan velge selv hvem som skal være med på utdrikningslaget, eksamensfeiringa eller innvielsen av ny leilighet, er sannsynligheten for at avholdsmannen skal bli invitert mindre jo lengre handlelista på Vinmonopolet blir.

Totalavhold som prinsipp og praksis er altså et avvik - et frivillig avvik. Men hva skal til for at folk frivillig skal gå inn i eller forbli i en slik avvikssituasjon? Det er spørsmålet den norske avholdsbevegelsen må finne svaret på, om den vil overleve som folkebevegelse.

Det kan først være nærliggende å stille spørsmålet om vi lever i en tid hvor det i det hele tatt er moderne å ha prinsipper. I vår kultur er det å være prinsippfast ofte blitt oppfattet som et positivt trekk ved et menneske. Prinsippløshet er tilsvarende blitt oppfattet som negativt. I en periode hvor en tilbakelemt livsholdning er utbredt, og hvor samfunns- og adferdsforskere er bekymret over tiltakende normløshet og mangel på integrerte leveregler i den vestlige kultur, bør det kanskje sees som positivt dersom et menneske, en gruppe av mennesker eller en hel bevegelse inntar et livsstilsprinsipp og/eller et sosialt reformprinsipp som virker befordrende for helse, personlig utvikling, sosial orden, samfunnsmessig engasjement og positiv utvikling av helse- og sosial- politikken.

"Ta det ikke personlig", sier vi gjerne. Kanskje det er *det* vi i større grad burde gjøre. Totalavhold er å ta alkoholproblemet personlig. Det er også mitt problem, og jeg vil gjøre noe med det.

Men for at et prinsipp skal være verdt å hevde, må det gjelde noe mer enn småting. Dersom et menneske velger å alltid kle seg i blått eller rødt så er det en smakssak. Å alltid avstå fra alkoholbruk er derimot en prinsippsak, fordi det gjelder ett av de viktigste helsemessige, sosiale, kulturelle og politiske spørsmål i vårt samfunn.

I dette kapittelet er ikke oppgaven å dokumentere alle alkoholens skadevirkninger, det er gjort grundig andre steder. Men kort kan sies at alkoholbruken har konsekvenser i

samfunnet som de fleste av oss til daglig ikke tenker over. Dette gjelder både på det individuelle og kollektive planet. På individplanet kan det nevnes at alkoholbruken innebærer risiko for, eller fører til akutte atferdsskader, fører i stor utstrekning til vanedannelse, situasjonsavhengighet av alkohol, i noen tilfeller til mer generell avhengighet, og kan føre til innsnevring av hver enkelts interessesfære og hindre personlighetsutvikling. Kollektivt sett skaper alkoholen miljøproblemer av forskjellig slag, som f.eks. forringelse av det sosiale miljøet, brutalitet, uttrygghet, forflatning av det kulturelle miljøet (ikke så farlig med tilbudets innhold dersom det bare er øl å få), forsøpling av naturmiljøet (skjødesløshet og flaskeknusing f.eks.).

Helsemessig er det klart at sykehuskøene og køene i primærhelsetjenesten i altfor høy grad er forårsaket av den belastning som akutte atferdsskader og kroniske alkoholsykdommer utgjør for vårt helseapparat. Likeledes er det et kjent fenomen at en svært stor andel av alle barnevernssaker, sosialomsorgssaker og kriminalsaker henger sammen med avhengighets- og/eller atferdsproblemer hos klienter og/eller pårørende. Kollektivt sett må en også se det som et problem at de alkoholtradisjoner vi har videreføres fra generasjon til generasjon gjennom stadig nyrekruttering av alkoholbrukere, og nyutvikling av problemer som igjen henger sammen med den generelle alkoholbruk i samfunnet. Endelig må det også fra et politisk ståsted sees som betenkelig dersom alkohol kan brukes som et politisk maktmiddel. Makthaveres undertrykking av folk gjennom spredning av alkohol er historisk godt kjent både fra vårt eget land og fra aktuell utvikling i den tredje verden.

Alkohol kan betraktes som et kjemisk kontrollmiddel, som holder folk i passivitet, skaper splittelse mellom folk som fra før er undertrykt og trenger å stå sammen. Sist, men ikke minst, utgjør alkohol naturligvis også en stor belastning på mange menneskers økonomi, samtidig som alkoholbruken påvirker helse- og sosialapparatets evne til å prioritere . 100 000 alkoholrelaterte innleggelsler i norske sykehus hvert år gjør det vanskelig å avvikle sykehuskøene.

Alkohol blir idag ikke produsert for å dekke menneskelige behov. Vi blir ikke født med noe alkoholbehov. Formålet med alkoholproduksjonen er først og fremst å tjene penger for produsentene og omsetterne. Behovene skapes gjennom omfattende markedsføring, produksjon og spredning av alkohol i kombinasjon med det drikkepress som alkoholkulturen utøver. Fordi alkoholbruk i så sterk grad er vanedannende og avhengighetsskapende, blir alkoholomsetning særlig lønnsom. Dette innebærer at alkoholprodusentene kaster helsemessige og sosiale hensyn overbord, dersom de ikke blir tvunget av folkelig motstand og reguleringer fra det offentlige.

Som råvarer brukes korn og andre matvarer som det i verdensmålestokk er mangel på. Økonomiske, teknologiske og arbeidskraftmessige ressurser blir brukt på å produsere i masseomfang et stoff som menneskeheten ikke trenger, som tvert imot påfører menneskene utallige lidelser, skader og død. Rusgiftmotstandernes praksis innebærer et prinsipielt oppgjør med den forurensning av menneskenes livsmiljø, helsemessige, sosiale, kulturelle og politiske nivå som denne aktiviteten innebærer. Dette er et standpunkt og et prinsipp som det ikke burde være vanskelig å få forståelse og respekt for.

Forståelsen og respekten har det imidlertid ofte vært så som så med. Årsaken til dette må sannsynligvis søkes i det faktum at alkohol av folk flest blir sett på som et gode, som

riktignok skaper noen problemer, men ikke verre enn en rekke andre små og store samfunnsproblemer som vi har lært oss å leve med. Er alkohol verre enn den kommersielle ungdomskulturen, spør folk. Er det verre å ta seg en øl på en uterestaurant enn å sitte og glo på TV, eller video? Mange politisk aktive mennesker sier alkoholen er et lite problem, sammenlignet med de samfunnsproblemer de selv er opptatt av. Er ikke rasismen eller pornografien et problem vi burde ta langt mer alvorlig enn alkoholen? Burde ikke folk heller engasjere seg i kampen mot atomkraft (for ikke å si atomvåpen), nedbrytinga av ozonlaget, utryddelsen av de tropiske regnskogene eller de utslipp som fører til sur nedbør, eller mot nedbygginga av velferdsstaten, i stedet for å befatte seg med småting som alkohol?

Folk som hevder slike meninger, er ofte ikke uenige i at alkohol gjør skade og at det er fint at noen arbeider mot alkohol (bare de slipper selv). Men utsagnene har det viktige fellestrekket at de reduserer betydningen av kampen mot alkoholen til fordel for ett eller flere andre offentlige eller frivillige innsatsområder som framheves som "langt viktigere". Dersom alle skulle prioritere på samme måte, ville alkoholmotstanden alltid havne nederst på prioriteringslista, og dermed i praksis bli nedlagt.

Sannheten er vel imidlertid at vi trenger innsats mot forurensning både av naturen og av menneskenes helse og sosiale miljø. I en slik sammenheng hører alkoholmotstanden utvilsomt hjemme, og det er derfor nødvendig at noen - så mange som mulig - prioriterer også å gjøre en innsats på alkoholområdet. Dessuten er det få områder hvor det er så lett å være aktivist. Ved å la være å bruke alkohol kan en oppnå å påvirke mennesker i alle miljøer der en ferdes, samtidig som en kan gjøre full innsats f.eks. i miljøvernarbeid e.l. Det bør vel nevnes at mange som stiller spørsmålsteget ved å "kaste bort tid" på alkoholmotstand selv er alkoholbrukere. Her trer den kjente psykologiske mekanisme inn at det klanderverdige ved egen adferd ofte blir forsøkt redusert/ bortforklart eller benektet.

Er det så noe som tilsier å sette alkoholen i en særstilling, i forhold til andre politiske og kulturelle kampområder, som rettferdiggjør at alkoholmotstanden skal opprettholdes som et eget innsatsområde idag? Kort kan her nevnes at alkoholbruken har stor samfunnsmessig utbredelse. Ca. 85-90 prosent av alle voksne mennesker i Norge er alkoholbrukere. I en stor del av brukstilfellene drikkes det for rusens skyld. Alkoholen har viktige funksjoner i Norge når det gjelder å tillate og rettferdiggjøre adferd som går ut over andre. Alkoholen virker ofte svært sløvende på brukere og på miljøer. Splittelse og brutalitet, akutte skader og helsemessig svekkelse som følge av alkoholbruk har langt større omfang enn hva som kan følge av f.eks. kommersiell ungdomskultur, ukebladromantikk, videokultur, rasisme osv.

Viktigere er det at alkoholen inngår som en intim del av eller forekommer sammen med de fleste av disse forskjellige negative kulturinnslagene. Det er mye som tyder på at det ikke ville vært mulig å opprettholde f.eks. den overflatiske sjekkestilen i diskotek-kulturen dersom folk begynte å stille krav til innholdet i de tilbudene de skulle benytte. Satt på spissen gjør alkoholen i alt for stor grad at folk finner seg i det tilbudet de får, hvor dårlig det enn måtte være. På samme måten virker alkohol passiviserende i forhold til andre kampsaker det er viktig å få tatt opp. Alkoholmotstand er altså nettopp viktig for å øke oppslutningen om de nevnte innsatsområdene. Det er i alle fall ikke noe samfunnsmessig motsetningsforhold mellom å være rusgiftmotstander og å være

engasjert i miljøvern, atomkraftmotstand, fagforenings- aktivitet eller annen samfunnsorientert innsats. Snarere tvert imot.

En rekke andre kulturinnslag virker på linje med alkoholen passiviserende. Disse innslagene får vi stort sett utenfra som impulser som våre øyne, ører og forstand må registrere og kan ta stilling til. Alkohol påvirker hjernen vår kjemisk, og forstyrrer dermed fra innsida det apparatet som skulle kunne

brukes til å skille bra fra dårlig. Dette er helt spesielt for alkohol og andre rusgifter, og skiller dem ut fra andre passiviseringsmidler. Dersom vi tar med at det til alkoholbruken også er knyttet en kultur som innebærer forståelse og tilgivelse for adferd som ellers ville være helt uakseptabel, skjønner vi at den virkelighetsfordreining som alkoholbruken representerer (og som strekker seg langt utover den tid en er kjemisk påvirket av alkoholen) utgjør en alvorlig hindring for folks egenaktivitet, samfunnsmessige og politiske deltakelse.

I situasjoner i livet hvor mennesker opplever sterke følelsesmessige konflikter, trengs det sterk innsats for å bearbeide og løse disse konfliktene, eller sterke fluktmidler. Da hjelper ikke ukebladromaner og TV-titting. Alkohol er imidlertid et slikt sterkt, kjemisk fluktmiddel, som mange tyr til, og som medfører at løsningen av konfliktene blir vanskeliggjort eller til og med umuliggjort.

På bakgrunn av dette synes det klart at alkoholmotstand må betraktes som et viktig, særegent kampområde, og at alle mennesker som ønsker sterk bevisstgjøring, engasjement og innsats på grasrota har felles interesse av å redusere alkoholforbruket i samfunnet. På samme måte burde alle helseinteresserte og alle som er opptatt av å redusere køene i helsevesenet kunne enes om at alkoholforbruket må reduseres.

Grovt sett er det bare en gruppe som har direkte interesse av å øke forbruket, nemlig de som tjener penger på omsetning av alkohol. Dermed skulle det egentlig være duket for brede allianser i alkoholspørsmålet.

De fleste vil ha skadene vekk, og da må også forbruket bli mindre. WHO har derfor anbefalt sine medlemsland å få til forbruksreduksjon. Men hvordan? Her strides de lærde. Folk som har inntatt et totalavholdsstandpunkt har valgt sin måte å bidra på i tillegg til de alkoholpolitiske.

De fleste er enige om at under bestemte forhold skal en ikke bruke alkohol. En snakker om "alkoholfrie soner" eller "punktavhold" f.eks. i tilknytning til bilkjøring, i samvær med små barn, i arbeidslivet, under graviditet og andre risikosituasjoner. I andre situasjoner hvor topp ytelse eller innsats kreves, er også folk enige om at alkohol ikke hører hjemme. Idrett og alkohol er et eksempel. Men når alt kommer til alt, er ikke hele livet en risikosituasjon? Og vil vi ikke alltid være på topp og yte vårt beste? Har ikke våre medmennesker krav på at vi også i sosialt samvær opptrer med mest mulig av våre åndsevner i behold? Dersom så er tilfelle, er det da ikke ganske rasjonelt å kutte ut all alkoholbruk?

Kampanjene mot tobakk her i landet har alltid hatt som målsetting å få folk til å kutte ut tobakken, ikke å bli måteholdne tobakksrøykere. Hva er det som gjør den måteholdne alkoholbruk så mye mer umistelig enn tobakken? Kanskje bør vi snart komme så langt at alkokutt blir like naturlig som å stumpe røyken?

Ovenstående burde i seg selv være nok til å begrunne et avholdsstandpunkt. Men ettersom rusgiftkulturen er så sterk i våre vestlige samfunn, kan det være nødvendig å gjennomgå og bevisstgjøre om de grunner som kan forklare at en del mennesker velger et slikt standpunkt eller en slik praksis, for deler av sitt liv eller for hele livet.

Til tross for at en praksis med totalt avhold fra alkohol vekker undring og reaksjoner hos mange, har det sine klare fordeler både individuelt og kollektivt. For å begynne med de individuelle, så er det klart at avholdsfolk totalt sett reduserer sin risiko for skader, ulykker og svekket helse. (Undersøkelser blant avholdsfolk viser en forlenget forventet levealder på ca. 2 år, sammenlignet med normalbefolkningen.) Et totalavholdsstandpunkt uttrykker ikke bare en vilje til, men også evne til å kunne reagere på og bedømme en situasjon med det maksimale av sin dømmekraft og reaksjonsevne, dersom noe uventet skulle skje.

I arbeiderbevegelsens barndom het det: "Tenkende arbeidere drikker ikke - drikkende arbeidere tenker ikke". Alkoholmotstandere ble ofte valgt til tillitsmenn. Dette er uttrykk for at det også inngir tillit og trygghet hos andre når en person alltid framstår ved sine fulle fem.

Alkohol er, som nevnt, behovs- og avhengighetsskapende. I forbindelse med f.eks. festligheter eller annet sosialt samvær utvikler mange mennesker en situasjonsavhengighet av alkohol. Dette henger sammen med den læringspsykologiske tendensen til å gjenta adferd som har fungert noenlunde tilfredsstillende, dersom en kommer opp i tilsvarende situasjon på ny, noe som igjen forsterker læringen av at alkohol hører til. Det er noe av grunnen til at mange vanskelig kan tenke seg en fest, en høytid, en familiesammenkomst uten alkohol. Men den som bestemmer seg for ikke å bruke alkohol, må søke andre typer løsninger, må lære seg andre typer adferd for å kunne føle seg vel i de samme situasjonene. Det utvikles dermed en uavhengighet av alkohol og andre kjemiske russtoffer. På denne måten kan en kanskje si at alkoholmotstanderen beholder og utvikler sin frihet. Han eller hun blir istand til å nyte sin festglede, sin begeistring, sin seiersrus, sin elskovsrus og andre opphøyede sinnstilstander uavhengig av alkohol.

Alkohol-kulturen tilsier bruk av alkohol også i en rekke andre situasjoner, som når en skal slappe av, når en er nervøs, når en ikke får sove, når en er opprørt, når en har dyp sorg osv. Alkoholmotstanderen møter disse situasjonene i like stor grad som alle andre, og må lære seg til å takle dem uten alkohol. Det skjer dermed en personlighetsutvikling som ikke er noen snarvei, men som gjør at personen i det store og hele blir bedre skikket til å takle livets små og store situasjoner, uten å måtte ty til et kjemisk stoff for å klare det.

Dersom en på en fest opplever at en ikke kan danse, kan det synes mer møysommelig å melde seg på et dansekurs, enn å bli med bak hjørnet og ta en støyt av flasken. Men det er vel liten tvil om hvilken løsning som i lengden vil gi best resultat. Det er en kjent sak at problemer er til for å løses, at hvert livsproblem man greier å bearbeide og løse, at hver krise man gjennomlever gjør at en vokser litt, og står sterkere til neste gang. Alkohol vil i en slik sammenheng ofte hemme og forsinke bearbeidelsen av problemet og dermed også hemme den personlige utvikling.

Mange vil her kanskje hevde at en kan da ikke alltid stå på tå hev og kaste seg inn i et hvert problem. En trenger også å koble av fra problemer. Og en trenger rus. Det er riktig nok. Men da skal en velge avkoblingsmetoder og rusmetoder som gjør at en kommer

sterkere tilbake til virkeligheten etterpå. I den sammenhengen er alkohol dårlig egnet, fordi den svekker både kropp og hjerne, både under og etter alkoholpåvirkningen.

De fleste rusgiftmotstandere vil vel likevel foretrekke å begrunne sitt alkoholstandpunkt ut fra et samfunnsmessig perspektiv. Adferd med samfunnsmessige begrunnelser innebærer alltid moralske verdivalg, en ønsker å opptre på bestemte måter fordi det har betydning for andre enn en selv. I tillegg til det kristne nestekjærlighetsprinsipp, som har vært en begrunnelse for deler av den religiøse avholdsbevegelsen, kan vi utskille i alle fall en del samfunnsmessige begrunnelser:

Solidaritetsaspektet har vært en hovedbegrunnelse for totalavhold. Dette innebærer for det første å vise solidaritet med alle dem som forsøker å holde seg borte fra alkohol p.g.a. avhengighetsproblemer. Det er nå enighet blant avhengighetsterapeuter om at drikkepresset er ett av de største problemene en person som ønsker å få kontroll over sine drikkeproblemer møter. Vår støtte kan i noen tilfeller være positivt avgjørende. Mangel på alkoholfrie miljøer er ofte den største utfordringen mange tørrlagte problemdrikkere møter.

På samme måte er det også mange andre som i forskjellige situasjoner føler et sterkt drikkepress, og som ikke ønsker, kan eller tør drikke alkohol. En eller flere alkoholmotstandere i miljøet vil her være til god støtte.

Som foreldre, fritidsledere, lærere eller andre som har med barn og ungdom å gjøre, viser vi ved vårt eksempel at det ikke er nødvendig å drikke alkohol for å bli voksen eller for å være tøff. Vi kan dermed være med på å bidra til å utsette alkoholdebuten for en eller flere unge, vi kan motivere enkelte til ikke å begynne med alkohol, og minsker dermed massiviteten i drikkepresset også i miljøer og aldersgrupper der vi selv ikke hører hjemme. Vår alkoholpolitiske innsats kan være med og legge grunnlaget for at kommende generasjoner kan få en relativt bedre utgangsposisjon enn de ville ha hatt dersom alkoholfloppen hadde fått løpe fritt i alle hjem, fritidsmiljøer, skolefester, idrettslag osv.

Hans Olav Fekjær har hevdet at avholdsbevegelsen ikke ble dannet som en forening til leverens bevarelse, men som en bevegelse til beskyttelse av kvinner og barn mot menns hensynsløshet i fylla (Fekjær 1987). I så måte representerer totalavholdspraksisen en solidarisk handling i forhold til alle som blir utsatt for vold og utrygghet på grunn av andres fyll, og det er ikke få. Det gjelder såvel barn som vokser opp i alkoholisererte hjem, som kvinner som blir banket opp av alkoholpåvirkede og voldsomme ektemenn og samlivspartnere, eller eldre som ikke tør gå utenfor døra om kvelden på grunn av redselen for umotivert vold og trakassering fra alkoholpåvirkede og aggressive unge på vei til eller hjem fra utelivet i bysentrene.

Endelig representerer avholdsmenneskenes innsats også en solidarisk handling overfor folk i den tredje verden som nå blir utsatt for en massiv alkoholundertrykking. Vår boikott av alkoholproducentenes varer og vår kamp mot alkoholkapitalen her i landet kan kanskje gjøre det noe lettere for dem å få kontroll over sine nasjonale alkoholproblemer. Alkoholimperialismen er like internasjonal som annen imperialisme, og rusgiftmotstandernes solidaritet tåler godt å sees i et globalt perspektiv. Ikke minst er det et tankekors at alkohol i all hovedsak blir produsert ved å ødelegge matvarer i en verden der millioner sulter.

Også samfunnsøkonomisk har alkoholbruken mange betenkelige sider. Det må være fullstendig forkastelig å bruke så mye arbeidskraftressurser, råvarer og teknologi på å produsere en vare som folk ikke trenger, og som påfører samfunnet store forebyggings- og reparasjonsutgifter, samtidig som andre nødvendige tjenester i samfunnet ikke blir utført på grunn av ressursmangel.

Riktignok fungerer alkoholen også som et skattleggingsobjekt for staten, som på denne måten får en del penger inn. Men alkoholavgifter er bare én måte å få inn skatt på, og er ikke nødvendige. Andre skattleggingskilder kunne fylt samme funksjon. Alkoholbruken framstår i en slik sammenheng som et luksusforbruk vi samfunnsmessig ikke har råd til og en galskap vi ikke vil delta i. Uten alkohol ville samfunnet også bli mer produktivt, og dermed ville det også skapes større verdier som det kunne svares skatt for.

Redusert arbeidskapasitet hos den enkelte arbeidstaker, redusert kreativitet, svekket arbeidsdisiplin og manglende effektivitet og produksjonskvalitet er erkjente følger av alkoholbruk i arbeidslivet. Redusert produktivitet som følge av skoft, ulykker og vrakproduksjon er en viktig alkoholeffekt både i offentlig og privat sektor. Rusgiftmotstandere i arbeidslivet vil øve positiv innflytelse på arbeidsmiljøet både i kraft av sitt eksempel, ved den effekt totalavholdet har på deres egen arbeidskapasitet og kreativitet, og ved den faglige og politiske innsats de kan gjøre for å forbedre arbeidsmiljøet.

Miljøvern mot alkohol burde inngå som et fast slagord i mange miljøverners vokabular. Noen er opptatt av at maten vi spiser ikke er ren nok p.g.a. forurensning. Vi er opptatt av tungmetaller, radioaktivitet og bestråling av mat, som alt sammen har med forurensning å gjøre. Vi er mot kunstige tilsetningsstoffer i mat, og vi er opptatt av at kosten vår skal være sunn. Mange spiser lite fett og sukker, og mye fiber, slik at de kan få lavt blodkolesterol og et sunt kosthold. Folk reagerte kraftig da det for noen år siden ble kjent at enkelte produsenter hadde tilsatt vinproduktene sine et kunstig søtningsstoff som heter glykol, og som i svært store mengder kan være helseskadelig. Få reagerer på at alkoholen representerer en selvforurensning som er langt skadeligere for mennesker enn de fleste av disse faktorene. I den grad man er opptatt av at folk skal leve et sunt liv, kan en være sikker på at alkohol er ett av de stoffer som forurenser kroppen mest, og er en miljøgift som pr. idag utgjør en langt alvorligere trussel mot folks helse enn f.eks. radioaktivt nedfall, sur nedbør eller svekkelse av ozonlaget. Alkohol fører hvert år til anslagsvis 1100-1700 dødsfall i Norge. I Europa representerer alkoholen like mange dødsfall som 3-4 Hiroshima-bomber årlig (Fekjær 1987).

Men indirekte fører også alkoholbruken til ekstra forsøpling av natur i form av flaskeknusing f.eks. på badestrender, hærverk, tilgrising spy og piss. Om ikke dette akkurat truer livet i naturen, er det i alle fall med på å redusere naturopplevelse og rekreasjon for mange mennesker.

Miljøvernere som røyker hasj og drikker sprit har rett og slett dårlig troverdighet. Troverdigheten øker betraktelig når folk ser at vi tar konsekvensen av vår viten også om alkoholens og andre rusgifters negative miljøvirkninger. Både vårt sosiale og kulturelle miljø blir henholdsvis brutalisert og forflatet som følge av alkoholbruken. Det er dokumentert bortenfor enhver tvil hvordan alkoholen er en viktig årsaksbakgrunn for kvinne- og barnemishandling, slagsmål, kriminalitet, uenighet, krangler og splittelse mellom folk.

Dersom en ser på hvordan alkohol preger mange oppvekstmiljøer og skaper angst, utrygghet og vold, kan vi kanskje også snakke om en form for sosial forurensning. Dersom det var mange totalavholdsfolk i et miljø, ville både brutaliseringa og forflatninga bli mindre utbredt, både som følge av personlig påvirkning, men også som følge av at rusgiftmotstanderne som gruppe ville påvirke hele regelverket for omsetning og forbruk av alkohol i miljøet og for hva som er akseptabel atferd.

Det har vært hevdet at folk ikke vil delta i kulturlivet dersom de ikke samtidig får tilgang til alkohol. Derfor må alt fra kinoer og teatre til konsertlokaler og jazzklubber ha alkoholserving, også serveringssteder i slalåmbakker og skogstuer. Dette må være en fallitterklæring for alle kulturtilbud. Spørsmålet er om folk kommer p.g.a. ølet eller p.g.a. kulturen. De titusenvis av kulturtiltak som blir og tidligere er blitt igangsatt i f.eks. de frivillige organisasjonenes regi beviser at alkohol ikke er en nødvendighet i kulturlivet. Kanskje er den tvert imot med på å hindre utvikling av et bedre kulturtilbud, siden folk kommer og tar det de får bare de får drikke øl og vin.

Nå er det blitt så ille at alkoholfrie arrangementer på utsteder så og si er blitt en umulighet. En organisasjon i Oslo prøvde for noen år siden å få leie lokaler på over 20 steder for å holde et alkoholfritt arrangement 1. mai. Begrunnelsen for avslagene var at en da ikke ville få benyttet skjenkeretten og dermed tape penger. Bra da at det finnes organisasjoner, både avholdsorganisasjoner og enkelte andre, som fortsatt arrangerer alkoholfrie dansearrangementer og andre kulturtilstelninger. Men deres aktivitet avhenger av din og min oppslutning. Et aktverdigg motiv for totalavhold kan rett og slett være et ønske om å støtte og bli en del av den organisasjonsaktivitet, den kulturaktivitet og den øvrige forebyggende aktivitet som avholdsbevegelsen, og deriblant FMR driver.

Avholdsstandpunktet er blitt moralisert bort fra alkoholdebatten i mange år. Presse og øvrige massemedia har kappes om å latterliggjøre avholdsbevegelsen. Visst kan det tenkes at det finnes latterlige innslag i avholdsbevegelsen, som andre steder, og som fortjener å få latteren utover seg. Men hovedsakelig har avholdsbevegelsen ikke vært latterlig, og det bildet den har fått i media og i folkebevisstheten er ufortjent.

Alkoholprofitørene har imidlertid god grunn til å være fornøyde med at det er slik. Folkelig oppslutning om avholdsbevegelsen og avholdsstandpunktet har alltid virket truende på vinningsinteressene bak alkoholen. Så lenge det finnes en organisert avholdsbevegelse, kan de aldri føle seg trygge.

Det er her nødvendig å si noe om betydningen av å ha en avholdsbevegelse. Vi har sagt at den som bruker alkohol er med på å opprettholde og legitimere alkoholkulturen, mens den som ikke bruker alkohol er med på å svekke og motarbeide den samme kulturen. Totalavholdsmenneskenes innflytelse ville snart drukne i den allminnelige tendensen til alkoholbruk dersom det ikke var for det faktum at alkoholmotstanderne var organisert. Avholdsbevegelsen utgjør et bevisst, organiserende element, som går inn for å holde totalavholdspraksisen og totalavholdsstandpunktet levende. Det siste er viktig. Det kan som sagt være mange grunner til at folk ikke drikker alkohol, og i de fleste samfunn utgjør disse totalt ca. 10-15 prosent av befolkningen. Dette gjelder også i vindrikkende land som f.eks. Frankrike. Men inntar man i tillegg også et totalavholdsstandpunkt, tar en sikte på å oppnå noe med sitt standpunkt og sin praksis. En ungdom med en avholdspraksis, vil i 9 av 10 tilfeller gå over i alkoholbrukernes rekke i 14-18-årsalderen. En ungdom med et totalavholdsstandpunkt vil forsøke å holde på sin gamle

praksis også når voksenrollen krever noe annet, og vil forsøke å påvirke sine venner og kamerater til å gjøre det samme. Holder man fast på sitt standpunkt, vil man fortsette å gjøre motstand mot alkoholkulturen hele livet, noe 10-tusenvis av nordmenn har gjort opp gjennom tidene.

Men totalavholdsstandpunktet og totalavholdspraksisen alene kan ikke forandre verden, og bare i begrenset grad innvirke på den samfunnsmessige alkoholsituasjonen. Alkoholforbruket er svært skjevt fordelt, og det vil alltid være dem som allerede i utgangspunktet har et lavt konsum, eller ikke noe alkoholkonsum i det hele tatt, som vil være rekrutterings- grunnlaget for avholdsbevegelsen. For å oppnå å motarbeide skadene, ligger det som en naturlig forlengelse av avholdsbevegelsens arbeid at den ikke bare vil nøye seg med å få folk til å kutte ut alkoholen.

Ved å få mange til å slutte opp om bevegelsen vil den kunne bli et korrektiv for den offentlige alkoholpolitikken, en viktig reguleringsfaktor for selve alkoholomsetningssystemet, og også på den måten bidra vesentlig til en reduksjon av alkoholforbruket, også hos folk med tendenser til storforbruk og i kretser som tankemessig og politisk står avholdsbevegelsen fjernt.

Det sier seg likevel selv at avholdsbevegelsen aldri vil kunne utgjøre noe flertall i befolkningen, noen endelig seier over alkoholen kan aldri vinnes. Men viktige delgevinster kan høstes underveis, dersom avholdsbevegelsen makter å alliere seg med de delene av befolkningen som er måteholdne alkoholkonsumenter, men som deler avholdsbevegelsens bekymring over skadene og ønsker alkoholfrie oppvekstmiljøer, fritidsmiljøer osv. Slike mennesker vil det alltid være mange av. Men under historiens gang går alkoholforbruket i bølgedaler. Så snart en generasjon har greid å rette opp noe av forrige generasjons alkoholsynder, går de negative alkoholerfaringene og -kunnskapene i glemmeboka hos folk flest. Men fordi det finnes en organisert kjerne av mennesker som samler opp viten, som viderefører kunnskapene om hva problemet består i og hvordan vi som samfunn kan bearbeide det og løse det, slipper hver generasjon å starte på bunnen igjen med sin alkoholmotstand.

Avholdsbevegelsens oppgave er å være et svinghjul i det forebyggende alkoholarbeidet i Norge. Det har den greid hittil. Men det er ingen selvsagt ting at den vil greie det. Det finnes mange samfunn uten avholdsbevegelse. Avholdsbevegelsens framtid, og dermed alkoholskjebnen til mange mennesker i et framtidig Norge avhenger av at det også i framtida vil finnes mennesker som ser viktigheten av å innta et totalavholdsstandpunkt, og som er villige til både å utforske de personlige utviklingsmuligheter et slikt standpunkt gir og samtidig ta den belastning det er å gå frivillig inn i en avvikerrolle.

Alle har et naturgitt behov for rus

(Denne artikkelen sto i Mot Rusgift nr. 77).

Liliana Bachs er overlege ved Nasjonalt folkehelseinstitutt, Divisjon for Rettstoksikologi og Rusmiddelforskning, og spesialist i klinisk farmakologi, dvs. at hun vet hvordan legemidler virker og hvilke prosesser og effekter ulike substanser setter i gang i kroppen. Vi var interessert i en faglig vurdering av hvordan rusen arter seg, rent biologisk, og om

det er noen forskjell på det vi kaller naturlige rustilstander og slike som er framkalt av inntatte kjemikaler, rusgifter.



Hvordan vil du forklare at folk, som ikke har drukket alcohol, likevel føler seg alkoholpåvirket dersom de deltar i et blindforsøk, der de tror at de har fått alkohol?

- Det er i stor grad er en psykologisk effekt. Men avhengighetsprosessen kan jo komme i gang selv uten rusgifter, men med naturlige stimuli som for eksempel sex, mat, gambling og risikosøking. Det er snakk om en betinget læring. Man har hatt en erfaring, som også har avsatt kjemiske og fysiologiske spor i hjernen, og som tilsier at man skal fortsette på samme måte for å få samme effekt. Det er den betingete læringen som setter i gang disse prosessene, som i og for seg er kjemiske prosesser, uten at man behøver å få tilført noe stoff. Vi ser det for eksempel med folk som er vant til å bruke heroin. Dersom de vet at de skal få heroin, så setter kroppen allerede på forhånd i gang en toleranseprosess, som gjør at de kan tåle doser som de ikke ville tåle dersom de fikk i seg dette stoffet uten å vite om det på forhånd.

Men det er vel likevel slik at folk merker om de har fått heroin eller ikke?

- Ja, man gjør jo det. Men det er ved større doser. Og ved betinget læring, hvor det ikke er noe stoff med i bildet, vil man som regel ha svakere responser, og det varer kortere.

Men kan man få en langvarig rus, som ikke er innbilt, og som ikke skyldes inntatte stoffer?

- En rus er per definisjon en kortere, intens følelse av velvære, og det er ingen tvil om at for eksempel spilleavhengige får et kick, et reinforcement - en belønning innimellom - men ikke at de har det hele tiden. Spenningen er der hele tiden, som et slags euforisk velbehag eller oppstemthet/opphisselse som kan vare over noe tid, og så får de et ekstra kick når pengene ruller.

Men disse rusformene, både det intense kick og det mer euforiske velbehag over litt lengre tid, hvilke kjemiske prosesser i hjernen korresponderer disse med?

- Ja, vi vet jo ikke alt om det, men man mener vel at de fleste former for velbehag korresponderer med dopaminfrigjøring i nucleus accumbens - hjernens lystsenter, hvor det sitter på millionvis av nevroner som mottar dopamin. Dopaminets virkning på disse nevronene gir en følelse av belønning, og i tillegg en motivasjon til å fortsette og/eller gjenta opplevelsen. Og motivasjonen til å fortsette/gjenta vil være avhengig av styrken på den opplevelsen en har hatt. De naturlige stimuliene som spiller en rolle for artens overlevelse, er jo programmert for å gi den typen effekter. Mat, drikke, sex, barneomsorg, og jakt på nye oppdagelser som frigjør dopamin i hjernen, skal både gi belønning og motivasjon til å gjenta opplevelsen.

Flere av de aktivitetene du nevner innebærer sosial interaksjon. Er det da slik at sosiale impulser kan frigjøre dopaminer og skape rusopplevelse?

- Ja, dette er ikke noe som alkohol og narkotika har monopol på. Det lystsystemet vi har i hjernen er ikke laget for at vi skal få rus gjennom inntatte kjemiske stoffer, men for at hvert enkelt individ skal skjønne hva som er viktige aktiviteter for å overleve og videreføre slekten. Dette gjelder for alle dyrearter. Når disse naturlige rustilstandene oppstår, skal de oppleves og gjenkjennes som noe deilig og viktig, og har en klar naturlig funksjon. Det lille barnet som opplever noe deilig, skal instinktivt skjønne at denne aktiviteten må gjentas.

Er din konklusjon da at det er nedlagt i oss et naturgitt behov for rus og rusopplevelser?

Ja, det er en overlevelsesmekanisme som viser at visse handlinger skal gjentas ved å belønnes, som sex eller inntak av mat eller drikke. Jeg pleier ofte å sammenligne med nyfødte barn. De vifter med tær og drar seg i håret, uten at det gjør spesielt inntrykk, men når de kommer i kontakt med en pupp og begynner å suge, da skal det skje noe. Det er ikke like viktig å dra seg i håret. Puppen er viktig, og det må babyen skjønne, Derfor er dette belønnings- og motivasjonssystemet nedlagt i oss helt fra fødselen av, for at disse

Fremmedord:

Betinget læring - læring ved å erfare et fenomen flere ganger, slik at det oppstår fysiske og psykiske reaksjoner når fenomenet oppstår, slik Pavlovs hunder siklet når de hørte signalet for mat.

Eufori - følelse av velbehag - oppstemthet - rusfølelse

Kick - en plutselig og sterk rusfølelse, ekstatisk følelse

Nevroner - impulsførende celler i nerve-systemet

Synapse - bindeleddet mellom to nevroner

Dopamin - signalstoff som overfører impulser mellom nerveceller

Dopaminreseptor - mottaker av dopamin i enden av en nervecelle

Ligand - organisk molekyl som kan binde seg til visse typer reseptorer

Endogen - som oppstår i kroppen

Prefrontal cortex - pannelappen i hjernen

nøkkelfunksjonene skal kunne ivaretas og gjentas. Det er også derfor rusgiftavhengighet er så vanskelig å knekke. De eksternt inntatte kjemiske stoffene, rusgiftene, går inn i det naturlige russsystemet vi alle er utstyrt med med kjempestyrke, og utkonkurrerer de naturlige stimuliene. De virker mye sterkere på dopaminreseptorene i hjernen enn det naturlige stimuli gjør. De virker både ved at de kan frigjøre mer dopamin enn naturlige stimuli kan klare, og noen kan virke direkte på dopaminreseptorene og imitere dopamin. Noen rusgifter virker også på dopaminsystemet i hjernen via omveier, men i prinsippet skjer det samme ved alle inntatte, rusframkallende stoffer: Man får en oversvømmelse av dopamin, eller en tilsvarende sterk påvirkning på dopaminreseptorene.

Det er tydelig at det finnes ulike reseptorer i hjernen som er følsomme for ulike rusgifter. Bl.a. forstår jeg det slik at vi også er født med et stort antall cannabisreseptorer. Kan du si noe mer om det?

- Ja, det er funnet en ligand, dvs. et endogent stoff med lignende effekt som det rusframkallende stoffet i cannabis, THC, og som heter Anandamid. Det er et stoff som man ikke helt kjenner alle funksjonene til. Det driver finregulering av mange mekanismer i hjernen, men man vet ikke helt hva det gjør. Men forskjellen på det rusframkallende stoffet i cannabis, THC, og Anandamid, er at THC påvirker reseptorene langt sterkere. Det er helt andre og sterkere konsentrasjoner. Det samme gjelder også for de andre rusgiftene. De virker sterkere og utkonkurrerer de naturlige, ikke-kjemiske rusmidlene. Det er mengden og styrken av de impulsene som mottas som utgjør den store forskjellen mellom den naturlige og den kjemiske rusen, selv om det i prinsippet er de samme prosessene som pågår. Et heroinskudd virker på reseptorer som også er designet til å motta impulser fra kroppens egne opioider. For å dempe alkohol- og opiatavhengighet brukes derfor et legemiddel som heter Naltrexon. Det har som effekt at det blokkerer opiatreseptorene, som er ett av hjernens systemer for å framkalle dopaminfrigjøring, og som er spesielt mottakelig for opiat og alkohol. Ved reseptorblokkering med Naltrexon oppstår derfor ikke samme belønningseffekt dersom man bruker alkohol eller opiat. Dermed oppstår heller ingen forsterkning av motivasjonen for å fortsette, og suget kan gradvis dempes.

Men de fleste som får Naltrexon velger relativt fort å slutte med det igjen?

- Ja, det er jo selvsagt, for de får jo ikke så mye glede når disse reseptorene er blokkert. Følelseslivet blir svært flatt. Men det ser ikke ut til at de er viktige for at organismen skal fungere. Det er oppdaget at det finnes mus som er født uten opiatreseptorer. Disse opptrer forskjellig fra andre mus. Når moren forlater musebarn, piper de vanligvis, men de som ikke har opiatreseptorer, ser ikke ut til å reagere.

Når folk blir avhengige av spilleautomater, eller av sexopplevelser, eller de utvikler et overforbruk av mat, kan man si at det også skyldes en form for rus og utgjør en form for rusavhengighet?

- Ja, selv om vi her må skille mellom den delen av avhengighet som går på belønning og den som dreier seg om motivasjon. Da man begynte å studere avhengighet, sa man at folk gjorde det fordi det var godt, og fordi de likte det. Men det er mer komplisert enn som så. Belønningen taper seg fort, når en aktivitet blir gjentatt. Det som er dominerende i bildet her, er en form for motivasjonssensitisering. Mens belønningen ved aktiviteten etter noen ganger begynner å gå nedover, det er ikke så godt lenger, viser det seg samtidig at trangen til å gjenta aktiviteten vokser. Det mest problematiske ved alle former for rusavhengighet er derfor ikke ruseffekten, for den taper seg fort, men

motivasjonseffekten, for den kan være veldig seig og langvarig. Det er det samme man ser ved patologiske avhengighet av naturlige stimuli som sex og mat, det er den kompulsive, tvangsmessige atferden som dominerer. Gledesfølelsen ved disse tilstandene er nok sterkt begrenset.

Vil du si at den kompulsive atferden også skyldes en fysisk endring i hjernen, eller er det først og fremst en psykologisk reaksjon?

- Det er helt klart et hjernebiologisk fenomen. Alle psykologiske tilstander har et biologisk korrelat. Det man vet er at det er en del signalsubstanser inne i cellene i hjernen som danner seg når man inntar en rusgift eller en ikke-kjemisk stimulus. De dannes bare sakte, men holder seg i kroppen svært lenge. Så dersom man har mange inntak av rusgifter, vil de jo akkumulere seg etter hvert.

Hvilke stoffer er det?

- Det er noe som heter Delta-FosB. Det er signalsubstanser inne i cellene. Opphopningen av disse stoffene korrelerer veldig godt med avhengigheten og avhengighetsstyrken. Men her er det også snakk om en endring av psykologiske holdninger. Du lærer å ønske deg noe. Og læringen korrelerer med opphopning av slike signalsubstanser i hjernen. Slike endringer inntreffer ved en hvilken som helst læring. Du får nye synapser og koblinger i hjernen som gjør det lettere for deg å oppføre deg på den måten som du har begynt å gjøre. Spilleavhengighet er for eksempel korrelert med fysiologiske endringer i hjernen. For uansett hva som er den utløsende årsak, om det er naturlige stimuli eller sterke eksterne stimuli, så er det den effekten de framkaller som bestemmer hva som skal skje etter det. Poenget med naturlige stimuli er at de er mindre sterke, og de skaper fort toleranse. Vi har også en sikkerhetsmekanisme i Prefrontal Cortex, en hemningsmekanisme som sier at "Ja, sex er veldig fint og nødvendig, men nå må du spise". Men denne hemningsmekanismen blir også påvirket når man inntar rusgifter, den svekkes. En slik svekkelse skjer av og til også ved ikke-kjemiske stimuli, men i mindre grad. Stimuleringen ved inntak av rusgifter er kraftigere, med fare for at sikkerhetssystemet settes ut av funksjon eller svekkes. En leveregel kunne være at man skal velge slike måter å ruse seg på som medfører at prefrontal cortex bevarer sitt overtak og har kontroll over situasjonen. Det gjør den i mindre grad eller ikke i det hele tatt når man er påvirket av inntatte rusgifter. Det ser man for eksempel når det gjelder et fenomen som diskontering, dvs. hvor stor vekt man legger på det som skal skje i framtida, vi er villige til å utsette eller avstå fra gleder og opplevelser nå, av hensyn til goder og positive opplevelser og unngåelse av ubehag i framtida. En slik diskontering foretar vi alle i forhold til tid. Vi sparer og forsaker nå, for å kunne oppnå noe senere. Forsøk både på dyr og mennesker har imidlertid vist at interessen for å utsette belønninger blir mye mindre, når man er påvirket av rusgifter. De diskonterer - reduserer verdien av - gleder og belønninger i framtida til fordel for øyeblikkets nytelse og velvære - evnen til å utsette og vente blir langt mindre.

Hvilken funksjon vil du si at rusen har i menneskelivet?

- Rusen skal tjene til artens overlevelse. Vi vet at ikke bare mennesker, men også dyrene ruser seg. Men inntak av kjemiske rusmidler, rusgifter, fører ofte til en avsporing av den naturlige rusbalansen, og er derfor ikke hensiktsmessige i en rasjonell evaluering av egnede rusmidler som skal tjene artens beståen og videreføring. Det finnes jo også eksempler på slike avsporinger fra dyreriket. Det er beskrevet at en art maur av og til

holder som husdyr en type bladlus som utskiller et sekret som fungerer som rusmiddel for mauren. Maurene passer på, mater og steller med sine bladlus. Mye annet, som vanligvis er viktig for maur, blir mindre viktig enn å melke disse bladlusene. Etter hvert som de fleste individene i maurkolonien tar opp denne vanen, blir for eksempel stell av eget avkom forsømt, og hele kolonien går litt etter litt til grunne.

Samme effekt har man også fått ved forsøk med elektrisk stimulering av hjernens lystsenter hos aper. Når apene lærer å stimulere seg selv med elektriske impulser, blir rusvirkningen av dette viktigere for dem enn både mat, drikke og sex. Dersom de får fortsette å stimulere hjernen på denne måten, dør de til slutt av uttørking og avmagring. Dette er eksempler på hvordan arten blir truet, dersom den naturlige, biologiske rusbalansen blir røkket.

Kan etter din mening alle mennesker blir avhengige av rusgifter?

- Vi vet at vi av genetiske grunner er mer eller mindre disponert for slik avhengighet. Det er enkelte genetiske trekk som hos enkelte gjør at motivasjonsdelen av avhengigheten sporer av veldig fort, slik at rusatferden blir tvangsmessig, mens andre kan motstå en slik virkning mye lenger. Vi vet også at det her ikke bare er snakk om genetisk arv, men også om ervervede trekk, for eksempel hvilken omsorg man har fått fra foreldre. Dyreforsøk har for eksempel vist at rotter som ikke har en mor blir fortere avhengige enn de som vokser opp med egen mor. Så både biologisk arv og omstendighetene senere i livet spiller inn på disposisjonen for avhengighet. Men hvis mennesker inntar nok narkotiske stoffer eller alkohol over tilstrekkelig lang tid, så vil jeg si at alle kan bli avhengige.

Tobakk - vil du si at det er et rusmiddel på linje med alkohol for eksempel?

- Nei, det vil jeg ikke si. Ved inntak av nikotin får man nok en lettelse av abstinenssymptomene, men man får jo ingen rus, på linje med det man får av alkohol eller andre rusgifter. Likevel er jo motivasjonsdelen av nikotinavhengigheten like sterk som for heroin. Men nikotinpåvirkning fører ikke til noen reduksjon av psykomotoriske ferdigheter eller en forringelse av vurderingsevnen, slik det bl.a. skjer med alkohol. Derimot er det påvist at nikotinavhengighet også gjør mennesker mer mottagelige for utvikling av avhengighet av rusgifter. Her er det ikke bare snakk om miljømessige faktorer, men også om en biologisk sensitisering.

Positiv rus

(Denne artikkelen sto i Mot Rusgift nr. 73)

Rusen er en følelse av forhøyet sinnstemning (ofte kalt "eufori"), en forsterkning av følelser, en opplevelse av mer og mindre intens spenning, eller en diffus følelse av fysisk og psykisk velbehag, av harmoni mellom sjel og kropp. Folk har til alle tider traktet etter slike positive opplevelser, "rus".



Rusmidler er de midlene vi bruker for å oppnå slike rusopplevelser. Men vi kan skille mellom endogene (som dannes naturlig i kroppen) og inntatte rusmidler, mellom positiv sansestimulering som stimulerer kroppens egen rusmiddelproduksjon - og kjemikalier, rusgifter, som delvis overtar de egenproduserte rusmidlenes rolle, og delvis bidrar til en unaturlig overproduksjon av endogene stoffer.

Positive rusopplevelser

Det som vanligvis kjennetegner positive, naturlige rusopplevelser er at de oppstår i forbindelse med en eller annen aktivitet, og/eller i samspill med andre mennesker. Vi mennesker er forskjellige, og det er våre rusopplevelser også. Men den som snakker med fjellklatrere, fallskjemhoppere, windsurfere, eller ungdom som er bitt av skateboardbasillen, vil få høre om den intense følelsen av spenning og befrielse som kan oppstå mens aktiviteten pågår, for ikke å snakke om den enorme lykkefølelsen som oppstår når en har "klart det". Mange av oss vil kjenne igjen den kollektive rus som kan oppstå på en rocke-konsert, eller under en fotballkamp. Men også utøverne, enten det er et godt rockeband eller et fotballag oppnår naturligvis en rusopplevelse når de henholdsvis føler at de gjør en god innsats og har kontakt med publikum, og når de vinner. Vi har alle sett de gledesscenene som kan oppstå etter OL-medaljer, cupfinale-seiere o.l.

Framkalling av evnen til naturlig rusproduksjon gjennom frigjøring av dopamin (et signalstoff i hjernen) hos tidligere stoff- og alkoholavhengige er faktisk en del av terapien ved enkelte behandlingsprogrammer. Langdistanseløping/-jogging er ofte innslag i slik terapi.

Mindre voldsomme rusformer

Men også mindre voldsomme former for rusopplevelse kan oppstå, som følge av at en hører god musikk, ser en sterk film eller føler samhørighet, varme og vennskap overfor de menneskene en i øyeblikket er sammen med. De fleste vet også at forelskelsens rus er svært sterk, for ikke å snakke om sexrusen (med kunnskap, kjærlighet og kondom), men også den rusen som oppstår gjennom dans og annen kroppsutfoldelse. Naturopplevelse, kunstopplevelse, skaperglede og seiersrus er også noen av de utallige former for positive rusopplevelser mennesker kan ha.

Fordi disse aktivitetene og sansepåvirkningene utenfra framkaller rus ved å påvirke de samme sentrene i hjernen som rusgiftene, er det naturlig å inkludere også disse aktivitetene i begrepet "rusmidler", selv om de ikke forutsetter inntak av kjemiske stoffer.

Felles for alle slike rusmidler er at de virker utenfra, men gjennom oss, tar i bruk den kjerna av sanseapparat, nerver og følelser som finnes inni oss. En forutsetning for at rusopplevelsene skal bli så fullkomne som mulig, at de positive rusmidlene skal få maksimal mulighet til å virke, er at vår indre kjerne har full mottakelighet, at sansene våre er skjerpa, at hjernen vår er fri og fungerer naturlig, og at sanseapparatet ikke forvrenges gjennom tilførsel av kjemikalier som hjernen i utgangspunktet ikke er fortrolig med.

Kjemikalisering av menneskenes rusbehov

Det finnes typer av rusmidler som ikke gir naturlige rusopplevelser. Disse rusmidlene gir deg en følelse av å være med på noe, uten at du er det. Mens kroppens naturlige rusproduksjon skjer i samspill med aktivitetene og omgivelsene dine, framstiller disse kjemikaliene ofte virkeligheten vi lever i i et rosenrødt skjær, uten at den nødvendigvis er det minste rosenrød.

Disse rusmidlene bedøver sanseapparatet, forgifter og skader kroppen og nervesystemet. Påvirkning av disse stoffene skaper ofte uvennskap og kranjel mellom folk som har felles interesser, gir opphav til mange skader og ulykker, hvor både de som bruker dem og andre kan bli innblandet. Stoffene gir ofte brukerne bakrus og uvelfølelse. I tillegg er de avhengighetsskapende og gjør mange brukere passive, sløve og ufrie. Med så mange negative virkninger er det nærliggende å kalle disse stoffene, alkohol, narkotika, nerveberoligende medikamenter og sniffemidler med et fellesnavn for rusgifter. Disse rusgiftene utgjør en forurensning av menneskenes kropp og helse, av folks sosiale miljø og evne til naturlig samhørighet og vennskap. Bruken av dem svekker dermed også vår evne til å oppleve naturlig rus, de undertrykker vår sanseevne og spontanitet. Det er derfor grunn til å bekjempe den kjemikalisering av menneskenes behov for rusopplevelser som disse falske rusmidlene, rusgiftene representerer. De er med på å undertrykke folks mulighet og evne til naturlig rus. Og det er grunn til å bekjempe undertrykkerne, de som tjener penger på produksjon og spredning av rusgifter.

Negativ - ikke-kjemisk rus

Ikke all ikke-kjemisk rus er positiv. Prinsipielt virker for eksempel pengespill-automater og gambling på de samme sentrene i hjernen som rusgifter, og framkaller parallelle kjemiske prosesser. Dataspill eller pengespill øker hjernens mengde av det vanedannende og rusframkallende signalstoffet dopamin, og kan på samme måte som rusgiftene føre til en unaturlig avsporing av enkeltmenneskers liv. Men dette må ikke få overskygge at mennesker er født med et grunnleggende rusbehov. Dette behovet må anses tjenlig og positivt i forhold til artens overlevelse, eksistens og videreføring, og vi velger derfor å betegne naturlige, ikke-kjemiske måter å tilfredsstille dette behovet på som "positiv rus".

Kan rusmiddelbegrepet overleve? Mot en ny terminologi

I engelsk, tysk og fransk språkbruk heter det Intoxicants, Rauschgifte og Toxicomanie, som en akseptert omtale av alkohol og/eller narkotika. I alle disse tre språkene er gift-nyansen med som en del av en uproblematisk språkbruk. Derimot er det svært sjelden at man snakker om drug misusers eller abusers - mens man i Norge snakker om "misbrukere".

Hvorfor er tilnærmingen så forskjellig, når man tross alt konsumerer de samme substansene i alle disse språkområdene? Er det de eller er det vi som er i utakt?

Hvorfor rusmiddel?

Fra slutten av 70-tallet og utover opplevde de tradisjonelle rusgiftbekjemperne i Norge, de frivillige organisasjonene, en sterk tilbakegang i oppslutning, samtidig som det vokste fram en stor sektor av offentlige ansatte og behandlere som overtok mye av oppgaven med å jobbe med forskning, forebygging, behandling og administrasjon av rusgiftskader og rusgiftskadde, noe de frivillige organisasjonene hadde arbeidet med før. Det offentlige "rusmiddelfeltet" hadde imidlertid ikke samme type engasjement og idealisme som de frivillige (selv om det er mange "ildsjeler" også her), og følte nok også et behov for å distansere seg fra for eksempel avholdsorganisasjonene, som tidligere hadde satt dagsorden på dette feltet. Språkbruken ble en del av denne distanseringen. Særlig føltes det maktpåliggende å finne et mindre negativt begrep for å beskrive alkohol, noe de fleste aktørene på feltet var brukere av. "Rusmiddel" ble oppfattet som mer nøytralt og mindre verdiladet enn "rusgift", og således lettere å snakke om, forholde seg til og lettere å kommunisere ut til publikum. Tenker man over alkoholens enorme sosiale og folkehelsemessige skadevirkninger, kan det trekkes i tvil om det er særlig nøytralt å forskjønne omtalen av dette stoffet. Verdifritt er det i hvert fall ikke.

Hva med "misbruk"?

Men samtidig var rettferdiggjøringen av denne veksten i "rusmiddelfeltet" at det fantes et stort rusgiftproblem, og det føltes fortsatt maktpåliggende å omtale dette problemet på en slik måte at det ikke kunne settes i forbindelse med ens egne drikkevaner og -atferd. På bl.a. det grunnlaget kom misbruksbegrepet mer og mer i bruk for å omtale dem som hadde problemer med alkohol og narkotika. Man la altså den negative vekten på atferden og den personen som hadde problemene, istedenfor å legge den negative vekten på selve substansen, stoffet, alkoholen. Personen ble "misbruker", mens stoffet ble "rusmiddel". Som vist i andre sammenhenger (for eksempel boka "Beruselsens Porter" (<http://www.fmr.no/bp/2.html>), er misbruksbegrepet subjektivt, dvs. man kan ikke gjøre noe definert skille mellom hva som er "bruk" og hva som er "misbruk". Enhver definerer "misbruk" av for eksempel alkohol som en mer omfattende og/eller mer utagerende alkoholbruk enn den de selv har, og uten sammenheng med sine egne drikkevaner, til tross for den kunnskap vi i dag har om sammenhengen mellom kollektive drikkemønstre og faren for at enkeltmennesker skal pådra seg alkoholproblemer. "Misbruk" blir dermed

noe "andre" driver med, og begrepsbruken får dermed også en moralistisk og nedvurderende klang.

En sideeffekt av denne dreiningen fra rusgift over på "rusmiddel", er at også de narkotiske stoffene blir omtalt som "rusmidler". I en tid hvor det er viktig å holde de ideologiske og holdningsmessige forsvarsverkene oppe i befolkningen, og ikke minst blant de unge, er det et tvilsomt bidrag til kampen mot narkotika å gå over fra å omtale disse som rusgifter til å benevne dem "rusmidler". Hvis det finnes et "hasjmisbruk", innebærer det etter normale språkregler at det også finnes en "hasjbruk" - som ikke er "misbruk".

Den rusgiftpolitiske utviklingen i dag innebærer press på svært mange av de tradisjonelle, restriktive alkoholpolitiske virkemidlene, som vinmonopol, streng tilgangskontroll, høye priser, osv. Også på narkotikasida fører for eksempel det indre marked (EU – EØS) til at det ikke blir like lett å holde stoffene ute av landet. Det er derfor større og større enighet om at forebygging blir stadig viktigere. Det vi i alle fall burde gjøre var derfor å skjerpe og klargjøre språkbruken vår, slik at vi kunne bruke den som et holdningsmessig virkemiddel. Dette vil sannsynligvis tvinge seg fram. Da står rusmiddelbegrepet og misbruksbegrepet utsatt til.

Endringen er alt på vei. Kritikken av rusmiddelbegrepet har ført til nydannelser i språket, av typen "rusmisbruk" og "rusbruk". Er dette gode begreper? Jeg vet ikke. Men det er ett aspekt ved denne diskusjonen som ennå ikke er berørt, nemlig menneskets naturnedlagte behov for å endre sinnsstemning, for å oppleve opphøyede sinnstilstander, eufori, som er et fremmedord for "rus". Vi må ikke stelle oss slik at vi i vår kamp mot "rusmidlene" og "rusbruken" slår barnet ut med badevannet. Det er ikke sikkert at et "rusfritt" liv oppleves som særlig attraktivt verken av en normal ungdom eller av en stoffbruker. "Rock mot rus" er kanskje ikke et så godt slagord som "Rock er rus nok". Det må poengteres at man ikke er imot menneskets natur, man er ikke mot enhver rus eller eufori. Man må skille mellom rus framkalt av gode og naturlige sanseopplevelser, og kjemisk rus, framkalt av tilførte, kjemiske stimuli.

På bakgrunn av dette kan man sette opp følgende anbefalinger for ordvalg:

- Rusgifter - ikke "rusmidler"
- Rusgift-, alkohol-, og narkotikabruk - ikke "misbruk".
- Problemdriker, alkoholproblematiker, person med alkoholproblemer - ikke "alkoholmisbruker", "alkoholiker"
- Stoffbruker, langtkommen stoffbruker, stoffavhengig, ikke "stoffmisbruker, narkoman".
- Rusgiftfri - ikke "rusfri"

Kjell Magne Bondevik, daværende stortingsrepresentant, var høsten 1991 "dommer" i en offisiell, verbal boksekamp på Ryktebørsen i Oslo, mellom daværende statssekretær i Sosialdepartementet, Bjørn Martin Aasen og daværende leder i Ungdom Mot Narkotika, May Elin Stener, hvor begrepsbruken på rusgiftfeltet ble diskutert. Bondevik uttalte i den forbindelse at rusgift er det riktige begrepet. Og han benyttet anledningen til å etterlyse en ny alkoholpolitisk handlingsplan for å oppfylle WHO's mål om 25 prosents reduksjon

av alkoholforbruket innen år 2000. Det burde være en god anledning til å innføre rusgiftbegrepet i et offisielt dokument, sa han (Mot Rusgift nr. 54-93). Nå vet vi jo hvordan det gikk med handlingsplanen og WHO's målsetting om 25 prosents reduksjon. Er det noen grunn til at det skal gå likedan med rusgiftbegrepet?

Kapittel 3: Hvor farlige er farlige stoffer

Farlighetskriterier for rusgifter - eller hva gjør farlige stoffer farlige?

(Denne artikkelen sto i Mot Rusgift nr. 64/65).

Farlighet er ikke noe entydig begrep. Når man snakker om et stoffs farlighet, snakker man da om hvor mange som vil få problemer ved bruken av det, snakker man om hvor stor risiko man utsetter seg for dersom man bruker det én gang, snakker man om hvor stor dose som er nødvendig for å framkalle en overdose, eller snakker man om faren for å bli avhengig, eventuelt hvor lett det er å bli kvitt sin avhengighet? Det er ikke lett å ta stilling til alt dette i en liten innledning. Men man kan stille spørsmålsteget ved noen av våre farlighetsvurderinger.

Relativ risiko og folkehelseisiko

I vurderingen av risiko for helseskader opererer man ofte med to begreper:

- Relativ risiko: Økningen i sannsynligheten for å oppleve en helseskade/sosial skade blant dem som bruker for eksempel cannabis, sammenlignet med dem som ikke gjør det, og
- Folkehelseisiko: Andelen i befolkningen som får/vil få helseskader/sosiale skader som følge av for eksempel cannabisbruk. I den omstridte WHO-rapporten om cannabis' folkehelsemessige virkninger som ble kjent i 1998, het det:

"Den personlige og folkehelsemessige betydningen av de to vurderingsmetodene for risiko avhenger av utbredelsen av bruken av stoffet, og den individuelle sannsynligheten for skade.

En type stoffbruk som har en lav relativ risiko, kan ha en liten individuell betydning, men kan ha en stor folkehelsemessig virkning dersom en stor andel av befolkningen er berørt (for eksempel sigarettøyking og hjertesykkelighet). Motsatt kan en type stoffbruk som har høy relativ risiko, likevel ha liten folkehelsemessig betydning, fordi svært få mennesker er berørt, mens den har sterke helsemessige og sosiale skadevirkninger for dem som er berørt. Følgelig må en farevurdering av det personlige og folkehelsemessige skadepotensialet ved cannabis- og annen rusgiftbruk ta i betraktning ikke bare den relative skaderisikoen, men også utbredelsen av bruken og den individuelle sannsynligheten for skadevirkninger." (Hall 1995)

Den relative risikoen vil være av størst relevans for mennesker som prøver for eksempel cannabis, hvor den risikoen de utsetter seg for for å pådra seg negative effekter (dersom den er kjent) vil kunne være en viktig vurderingsfaktor for om de skal prøve, og om de skal fortsette med bruken.

Folkehelseerisikoen vil være av størst relevans for myndigheter og andre samfunnsplanleggere som ser på de totale belastningene på helsevesen og annet hjelpeapparat som cannabisbruken medfører eller kan medføre. Folkehelseerisikoen vil også være av viktighet for organisasjoner og enkeltmennesker som bygger sine vurderinger på solidaritetsprinsipper, dvs. de er ikke motstandere av cannabis for å forsikre seg selv mot cannabisskader, men for å forebygge en økt totalbelastning på helseapparat, arbeidsliv, familiesituasjon og samfunnsmessige og kollektive funksjoner av ulike slag. (Slik mange foreldre slutter å røyke for å bli et mer troverdig forbilde for sine barn når det gjelder røyking.)

Sammenhengen mellom de to risikobetraktningene er at jo lavere den relative risikoen blir oppfattet å være, jo flere vil det være som tar sjansen på å bruke stoffet, og jo høyere må en anta at den folkehelsemessige risikoen vil bli. WHO-rapporten avslutter derfor også med å slå fast:

"Med de eksisterende bruksmønstre utgjør cannabis et langt mindre folkehelseproblem enn alkohol og tobakk i de vestlige land. Dette gir imidlertid ingen grunn til tilfredshet, fordi alkohol og tobakk utgjør store folkehelseproblemer, og cannabis' betydning for folkehelsen kan øke dersom andelen som bruker mye cannabis daglig skulle nærme seg andelen som bruker mye alkohol blant unge voksne eller utbredelsen av daglig sigarettøyking blant voksne." (Hall, 1995)

Utbredelse og farlighet

For å belyse vekselvirkningen mellom de relative (individuelle) og de folkehelsemessige sidene ved farlighetsbegrepet, kan vi gå til et fenomen som alle har vært opptatt av, nemlig heroindødsfall. I Oslo døde det i 1998 134 mennesker av en overdose, de aller fleste av heroin, og på landsbasis 270 personer.

Både presse, politikere og publikum er rystet over denne rekorden i overdosedødsfall. Heroin framstår som ett av de farligste stoffene vi kan tenke oss. Men la oss se på alkohol, som av de fleste blir vurdert som et normalt og relativt harmløst innslag i tilværelsen, og som de fleste voksne mennesker er eller har vært brukere av. Ifølge Statistisk Sentralbyrås oversikt over alkoholdødsfall, døde det i perioden 1988-1995 totalt 3809 personer av alkoholrelaterte diagnoser, gjennomsnittlig 476 personer pr. år (Lohiniva, 1999).

Antallet alkoholdødsfall årlig er nesten dobbelt så høyt som rekordnoteringen av narkotikadødsfall. Og dette gjelder kun de diagnostiserte alkoholdødsfallene. Dersom man også inkluderer alle andre alkoholrelaterte dødsfall, kommer man opp i et antall på 1100-1700 årlig, ifølge en beregning fra 1987 (Fekjær, 1987). Er da alkohol dobbelt så farlig som heroin? Sett ut fra antallet tapte liv, er det i alle fall grunn til å spørre om alkoholens farlighet er undervurdert og heroinets dødspotensielle overfokuset. Alkohol er den rusgift som uten sammenligning skaper problemer for flest mennesker. I den voksne befolkning regner man med at ca. 85-90 prosent er brukere. Bruken er også sosialt godtatt, noe som gjør det sannsynlig at de fleste unge før eller senere vil begynne å bruke stoffet. Fordi det er så mange som bruker stoffet, vil det også være mange å rekruttere alkoholproblematikere fra.

Ut fra et utbredelseskriterium vil også de beroligende og søvngivende medikamentene skape grunnlag for mange problemer.

Ut fra samme kriterium vil cannabis være den mest truende av de illegale rusgiftene. Stoffet er langt mer utbredt enn andre narkotika, og danner dermed en større tallmessig brukerbasis for å rekruttere problemer.

Farlig naivitet

Cannabis kan også sies å være ekstra farlig på grunn av den naivitet som stoffet omtales med i ungdomskretser, dvs. den lave relative risiko som det tillegges. Det er en utbredt misforståelse at stoffet ikke er farlig i seg selv, men bare dersom man går over til andre stoffer. Legaliseringsbevegelsen markedsfører en slik oppfatning. De individuelle skadevirkningene av cannabis er dokumentert svært godt for eksempel i en artikkel i det medisinske tidsskriftet Lancet fra 1998 (Hall, 1998):

Akutte effekter:

- Engstelse og panikk, spesielt hos uerfarne brukere
- Svekket oppmerksomhet, minne og psykomotorisk koordinasjonsevne under påvirkning av cannabis
- Muligens en økt risiko for ulykker dersom en person fører motorkjøretøy under påvirkning av cannabis, og spesielt dersom cannabis blir brukt sammen med alkohol
- Økt risiko for psykotiske symptomer hos personer som er sårbare på grunn av personlig eller familiemessig historie med psykoser Kroniske effekter (usikre, men mest sannsynlige):
- Kronisk bronkitt og sykkelige vevsforandringer som kan være forstadiet til utvikling av ondartet sykdom
- Et cannabis avhengighetssyndrom karakterisert av manglende evne til å avstå fra eller kontrollere cannabisbruken
- Snikende, mindre svekkelse av oppmerksomhetsevne og hukommelse, som består så lenge personen er kronisk påvirket, og som kanskje kan være reversibel etter lang tids avhold fra stoffet

Mulige skadeeffekter (som det fortsatt gjenstår endelig å bekrefte):

- Økt risiko for kreft i munnhulen, svelget og spiserøret, leukemi hos barn som er blitt utsatt for cannabispåvirkning under graviditeten
- Svekket yteevne i skolesammenheng for ungdom og dårligere prestasjoner i arbeidslivet innenfor yrker som krever kognitive ferdigheter på høyt nivå.

Grupper som har høyere risiko for å oppleve disse skadevirkningene:

- Ungdommer med en historie av dårlige skoleprestasjoner, som starter med bruk av cannabis i tidlige tenår, har økt risiko for å bruke andre illegale rusgifter og for å bli avhengig av cannabis.
- Kvinner som fortsetter med å røyke cannabis under svangerskap kan øke sin risiko for å få en baby med lav fødselsvekt

- Personer med astma, bronkitt, emfysem, schizofreni og avhengighet av alkohol og andre rusgifter, kan få sine problemtilstander forverret ved cannabisbruk.

En liste over tilsvarende individuelle færemomenter ved alkohol eller tobakk vil uten tvil bli både lenger og alvorligere. Men det er ikke så interessant. Det som er interessant er spørsmålet om vi ønsker utbredelse av de ovenfor opplistede skadevirkningene i hele befolkningen i samme grad som vi i dag opplever for alkohol og tobakk.

Som et tilleggsmoment kommer at cannabis er det første i rekken av illegale rusgifter, og at en overgang til andre narkotiske stoffer vanligvis går gjennom cannabis. Det er vist at den som debuterer tidlig med hasjbruk, også har en langt høyere sannsynlighet for å begynne å bruke andre stoffer. På samme måte er det vist at den som debuterer tidlig med alkohol og/eller tobakk, har en større sannsynlighet for å begynne å bruke hasj. (Pedersen, 1998)

Det har vært innvendt at dette ikke er egenskaper ved hasj, men at det er forutgående trekk ved psykisk konstitusjon eller sosial situasjon hos enkelte brukere som gjør at noen får problemer med hasj og/eller går over til bruk av andre narkotika. Dersom man lever i en akseptabel sosial situasjon og har en stabil psykisk konstitusjon burde man ifølge et slikt resonnement trygt kunne røyke hasj. Dette innebærer et snev av sannhet. Men det undervurderer farene som ligger i at intet menneskeliv er problemfritt. Ved enkelte livssituasjoner vil vanskene tårne seg opp. I ungdomstiden er det svært vanlig at man opplever problemer. Slike vansker kan man løse på egen hånd eller få hjelp av andre til å løse. Dersom cannabis er lett tilgjengelig, er sannsynligheten for at dette skal bli en fluktutvei og føre til problemer langt større, enn dersom cannabis er et forbudt stoff med sporadisk utbredelse. Ungdomsalderen, altså den livsperiode hvor man er mest sårbar, er også det tidspunkt hvor de fleste hasjbrukere gjør sine første cannabiserfaringer.

Noen mennesker vil være enda mer utsatt for avhengighetsutvikling enn andre. Vi vet imidlertid ikke hvem dette er. Erfaringene med alkoholen har imidlertid vist oss at sårbare mennesker finnes i alle samfunnslag. Vi vet at utbredelsen av psykiske problemer i befolkningen er betydelig. Hver annen person i Oslo har hatt en psykisk lidelse så alvorlig at det kvalifiserer for en psykiatrisk diagnose. De har hatt depresjoner, sosial fobi eller andre problemer, viser en ny undersøkelse. (Kringlen, 2000). Andelen personer som er sårbare, eller som i deler av sitt liv har vært eller vil bli det pga. psykiske problemer, tilsier at en økende utbredelse av cannabis vil skape økte problemer for disse gruppene, som ikke er små særgrupper, men utgjør så mye som halvparten av befolkningen i en by som Oslo.

Fra et samfunnsmessig synspunkt kan det derfor ikke være tvil om at cannabis utgjør et kjernesporsmål i narkotikapolitikken. Det er ikke i spørsmålet om heroinutdeling til stoffavhengige at den verste faren for en ny generell nedrusing av ungdomsgenerasjonen ligger. Den største utfordringen ligger i å få aksept for at cannabisstoffene er skadelige og uønskede rusgifter i seg selv.

Sammenhengene mellom rus og farlighet

La oss slå fast at mennesket ikke er født med noe behov for rusgifter. Men det er født med et behov for oppløftede sinnstilstander, rus, noe psykiateren Johan Cullberg omtaler som "regresjon i jegets tjeneste" (Cullberg, 1995).

Menneskets naturlige rusbehov har vært dekket på mange måter opp gjennom historien, og blir det også i dag. Livet byr på mange rusframkallende situasjoner, som dans, sex, musikk, seiersrus, naturopplevelse, kjærlighetsrus osv. Alle disse rusopplevelsene korresponderer med kjemiske endringer i hjernen, endorfiner blir frigjort og man kommer i løftet eller til og med ekstatisk stemning, rus. Dersom noen aktiviteter oppleves som særlig tilfredsstillende for et menneske, vil man kunne få en særlig dragning mot disse. Man får fenomener som for eksempel spilleavhengighet, nymfomani, spising i overmål osv., som i dag psykologisk sett blir vurdert som former for rusavhengighet. Generelt kan man si at jo mer tilfredsstillende aktiviteten oppleves, og jo lettere dragningen kan tilfredsstillende, jo større fare vil det også være for at den skal få avsporende innvirkning på individets liv. Det kan altså se ut som om det er en sammenheng mellom en aktivitets evne til å tilfredsstillende et rusbehov og hvor farlig den er for et individ. Det er her viktig å opprettholde et balansert syn, hvor man anerkjenner det positive i menneskets rusbehov, og i rusframkallende aktiviteter, samtidig som man anerkjenner farene.

I daglig tenkning og omtale har alkohol - og etter hvert også andre rusgifter - mer og mer kommet til å representere rusen i større og større grad. Når vi i dag snakker om rus, tenker mange automatisk på sinnstilstander framkalt ved bruk av alkohol eller andre rusgifter. Derfor får vi for eksempel velmente, men paradoksale slagord som "rock mot rus", noe som i utgangspunktet er like meningsløst som "rock mot sex" eller "rock mot tørst", eller - for den saks skyld - "rock mot naturen". Rusgiftenes prinsipielle virkning er at de stimulerer de samme områder av hjernen som også blir stimulert ved aktiviteter som ikke forutsetter inntak av kjemiske stoffer. Og de stimulerer dem sterkere og mer tilfredsstillende enn det naturlige stimuli vanligvis kan klare, og i alle fall med langt mindre anstrengelse. Den naturlige rusen blir utkonkurrert av den kjemikalieframkalte.

Imidlertid er det også store individuelle forskjeller når det gjelder hvor sterkt, hvor tilfredsstillende rusgiftene virker. De som merker den sterkeste og mest tilfredsstillende virkningen, vil også føle den sterkeste dragningen i retning av gjentakelse, og står dermed også i størst fare for å utvikle avhengighet og avsporende atferdsmønstre i forhold til en samfunnsmessig akseptabel livsførsel.

Et stoffs umiddelbare rusframkallende effekt er imidlertid ikke den eneste faktoren som fremmer eller hemmer en avsporing/avhengighetsutvikling. De konvensjoner og holdninger som eksisterer mot eller rundt bruken av stoffet i vårt sosiale miljø, vil også innvirke på om det er lett eller vanskelig å ruse seg på stoffet, om du taper eller vinner anseelse ved å bruke det, om det er formelle og uformelle regler som knytter seg til bruken av stoffet, og som er til hinder for å bruke det ofte, eller som fremmer bruken av det i visse sammenhenger. At alkohol er farlig, har vært en erfaring man har gjort opp gjennom tidene. Rundt dette stoffet er det derfor bygd opp et sett av holdninger, regler og ritualer, som både fremmer og hemmer bruken. De fremmer den ved at de foreskriver bruk i visse situasjoner og former, men de hemmer den ved å kreve at noen situasjoner skal være alkoholfrie, og at alkoholbruk skal foregå i "sømmelige" former. Som det heter allerede i Håvamål: "Betre bør du ber'kje i bakken enn mannevit mykje. Med låkare niste du legg'kje i veg en ovdrykkje med øl". Disse tradisjonene, som forteller oss når, hvor, hvorfor og hvordan vi skal drikke alkohol, regulerer altså alkoholbruken og kan også bidra til å holde skadene i sjakk, selv om de, som vi har sett, på ingen måte kan forhindre at de oppstår i ganske stort omfang.

Med industrialiseringen av alkoholproduksjon og -omsetning, er alkohol blitt lett tilgjengelig. Dette innebærer at folk kan bruke alkohol oftere enn før, de kan bruke det i større kvanta, og de blir dermed også utsatt for en større fare for å bli rammet av alkoholens skadevirkninger enn i tidligere tidsaldre. Med introduksjonen av andre rusgifter fra midten av 1960-tallet, og med den stadig økende kommunikasjon på tvers av landegrensene, blir også kulturfremmede rusgifter, som cannabis, amfetamin, LSD og etter hvert også heroin en salgsvare på det norske markedet. Heroin utgjorde ingen fare for flertallet av norske ungdommer på den tiden Freud drev på med heroineksperimenter på slutten av 1800-tallet, fordi det rett og slett ikke var allment tilgjengelig på det norske markedet, og langt mindre fantes det noen aksept for å bruke det til rusformål. I dag er faren høyst nærværende. Vi skjønner dermed at farlighet også har noe å gjøre med situasjon, og ikke bare kan knyttes opp mot egenskaper ved et bestemt stoff isolert sett. Dette gjelder den situasjonen det enkelte mennesket selv befinner seg i, psykisk og sosialt. Og det gjelder den situasjonen samfunnet befinner seg i.

Et rikt og urbant samfunn, som det norske, vil ha større tilgjengelighet også på risikable, men salgbare varer, og mindre uformell kontroll. At enkelte rusgifter har lang historie fra det norske (alkohol) eller andre samfunn (cannabis, kokain, opium) har således ikke stor relevans for de samme stoffenes farlighet i vårt moderne, urbaniserte samfunn.

Individuell farlighet

Siden mange legger vekt på den individuelle farligheten når de skal vurdere sitt forhold til et stoff, kan det være greit å nevne noe om dette, alt etter hvilke faremomenter man legger vekt på.

Dersom man f.eks. mener den rusgift som man umiddelbart kan dø av ved første dose, så er heroin i særklasse farligst.

Dersom man heller legger vekt på hvilket stoff det er som raskest skaper sterk avhengighet, da kan kokain framstå som det farligste.

Dersom man derimot med farlighet mener det stoff som mest lumskt og umerkelig i løpet av lang tid litt etter litt forandrer personligheten og virkelighetsoppfatningen på en dyptgripende og varig måte, da skiller hele hallusinogengruppen seg negativt ut som svært farlige, med LSD i spissen. Hit vil det også være naturlig å regne ecstasy, og cannabis, selv om cannabis har svakere hallusinogene virkninger enn LSD. Men etterhvert som man lykkes i å dyrke fram cannabis med høyt THC-innhold, vil også de hallusinogene sidene ved cannabis-rusen bli mer framtrædende.

Med til farlighetsdiskusjonen hører også hvor lang tid under påvirkning av stoffet et menneske vil befinne seg. Enhver påvirkningssituasjon innebærer en fare for skader, ulykker og endret adferd som skyldes selve påvirkningen. Dersom et stoff fører til påvirkning over lang tid etter inntak, eller dersom man ofte befinner seg i en påvirkningssituasjon, vil dette representere et faremoment. Sånn sett representerer benzodiazepinene en ytterkant ved å ha en langvarig påvirkningskraft, mens alkohol representerer et faremoment ved at rustilfellene blir gjentatt ofte, selv om ikke all alkoholbruk har kjemisk rus som formål. Det har derimot bruken av illegale narkotika, hvor enhver illegal bruk i alle fall i begynnelsen vanligvis er knyttet opp mot forventningen om en ruseffekt.

Farlighet må også vurderes opp mot de situasjoner hvor et stoff brukes. Brukes f.eks. rusgifter i trafikksituasjoner eller under bruk av farlig maskinutstyr, vil det representere enn større fare både for brukeren selv og for omgivelsene enn dersom bruken foregår hjemme i brukerens egen stue. Dersom et stoff blir mer utbredt, øker imidlertid sjansene for at det også vil bli brukt i slike ekstra farlige situasjoner.

Til diskusjonen om farlighet hører naturligvis også om et stoff er legalt eller illegalt. At et stoff er illegalt og ikke-akseptert i bruk gjør det naturligvis mer individuelt risikabelt å bruke det, fordi det i tillegg til selv stoffvirkningene kan føre til straffereaksjoner og stigmatisering fra samfunnets side. Dette synspunktet blir av legaliseringstilhengerne brukt som et argument for å avskaffe forbudet mot bruk av f.eks. cannabis. Men da står man overfor det andre hensynet, nemlig at en legalisering vil føre til en økt bruk, dvs. at cannabis vil utgjøre en fare for flere mennesker enn i dag, jfr. alkoholsituasjonen.

Passivisering

Dersom rusgifter i stort omfang blir brukt for å koble av fra eller flykte fra virkeligheten, vil dette føre til at menneskene forsømmer å bearbeide sine problemer; evnen og viljen til å forandre og forbedre virkeligheten blir svekket. Denne effekten kan kalles passivisering. Aldous Huxley skriver i sin bok "Brave New World", om rusgiften "Soma". Hver gang noen føler seg stresset eller frustrert, kan vedkommende ta seg noen dagers eller ukers kjemisk ferie med dette stoffet. "Soma" er et fullstendig fysisk og psykisk uskadelig stoff, men skaffer likevel makthaverne en sterk kjemisk kontroll over befolkningen (Huxley, 1969). I prinsippet vil man finne samme passiviserende virkning ved bruk av alle typer rusgifter, enten det gjelder alkohol, narkotika eller psykofarmaka. Denne virkningen er en sterkt undervurdert del av f.eks. cannabisdiskusjonen.

Referanser

- Hall; Wayne, Room; Robin og Bondy; Susan: "A Comparative Appraisal of the Health and Psychological Consequences of Alcohol, Cannabis, Nicotine and Opiate Use", WHO Project on Health Implications of Cannabis Use. August 1995.
- Hall; Wayne, Room; Robin og Bondy; Susan: op. cit
- Lohiniva, Reidunn Johanne B. L. : "Rusmidler i Norge 99", Rusmiddeldirektoratet-SIFA 1999
- Fekjær, Hans Olav: "Alkohol og narkotika - myter og virkelighet" Gyldendal, Oslo 1987.
- Hall; Wayne og Solowij; Nadia: "Adverse effects av cannabis", Lancet 1998;352: 1611-16
- Pedersen Willy: "Bittersøtt. Ungdom, sosialisering og rusmidler", Universitetsforlaget 1998.
- Einar Kringlen og medarbeidere, referat fra konferanse om psykisk helse, Dagbladet 23.03.2000.
- Cullberg, Johan: "Dynamisk psykiatri", TANO, Oslo 1995.
- Huxley A: "Brave New World", N utg "Vidunderlige nye verden", Oslo 1969

Kapittel 4: Forebygging – hva er det?

Mål for samfunnets rusgiftforebyggende innsats:

Utsatt alkoholdebut og redusert totalforbruk - eller opplæring i lykkepromille?

(Denne artikkelen sto i Mot Rusgift nr. 71)

Målet for norsk forebyggingspolitikk har lenge vært å utsette alkoholdebuten blant unge i aldersgruppen 13-18 år, samt en reduksjon i det totale alkoholforbruket, blant voksne så vel som blant unge. Til tross for dette, har de fleste begynt med alkohol lenge før de fyller 18 år, og alkoholforbruket blant unge er økt til det dobbelt i løpet av siste 10-årsperiode. Mye av dette forbruket skjer som fyllekonsum i helgene.

Denne utviklingen har fått noen til å lansere alternative målsettinger, nemlig å lære de unge opp til å drikke med måte og heller søke etter den såkalte "lykkepromillen", det påvirkningsnivået som mange føler seg vel med, men som mange også lett overstiger. Målsettingen å utsette alkoholdebut og redusere totalkonsum står imidlertid i motsetning til lykkepromilletankegangen. Vi må her foreta et valg, som får konsekvenser for så vel foreldres praksis og holdninger overfor de unges drikking, som for rusgiftundervisning i skolen, offentlige alkoholkampanjer og forebyggingsorganisasjonenes virksomhet. Før vi eventuelt skifter målsettinger bør vi derfor vurdere grundig det sannsynlige utfallet av de to tilnærmingene.

Hva sier forskerkommisjonen?

En forskerkommisjon, nedsatt av regjeringen, avga for noen år siden en utredning med oversikt over effektene av ulike rusgiftpolitiske virkemidler, bl.a. forebyggingsinnsatser. Det understrekes her at de fleste av evalueringstiltakene har sett på effekten av forebyggende tiltak på kort sikt. Man vet derfor for lite om langsiktig effekt, og hvilke programmer som virker best. Men nasjonale, så vel som internasjonale studier av innsatser i skolen har vist forskjeller i kunnskaper, holdninger og atferd mellom ingervensjonsgrupper (som har mottatt rusgiftundervisning) og kontrollgrupper (som ikke har fått tilsvarende innsats) på kort sikt. Flere av ressurspersonene bak forskerkommisjonen har på bakgrunn av manglende langtidsstudier foreslått alternative målsettinger for rusgiftundervisning i skole og hjem i retning av "lykkepromilleteknisk", dvs. å lære ungdom opp til å drikke slik at de kan oppnå og vedlikeholde et behagelig promillenivå.

Imidlertid er forskerkommisjonens arbeid både altomfattende når det gjelder temaer, og samtidig begrenset i sine muligheter til å gå i dybden for å finne fram til evalueringsstudier med dokumenterbar virkning, og har i sine litteratursøk først og fremst lagt vekt på studier som har tilfredsstilt visse typer metodekrav. Dette utelukker en god del av den evalueringsforskning som er foretatt.

En glemt forebyggingsutredning

At man kan trekke andre, og langt mer positive konklusjoner om forebygging, viser en utredning som ble avgitt til Norsk Forebyggingsforum i januar 1999 . Her legges det fram en plan for et omfattende forebyggingsprogram for å redusere forbruket av alkohol og narkotika blant ungdom i Norge. Forfatterne hadde gjennomgått et bredt internasjonalt spekter av forsøk og programmer med sikte på alkohol- og narkotikaforebygging i skolen. De viste at det finnes eksempler på forebyggende tiltak som fungerer temmelig bra. Amerikanske evalueringsstudier tyder på at en gjennom bruk av omfattende skolebaserte tiltak kan redusere rekrutteringen til bruk av rusgifter med 25-50 prosent i ungdomsskolealderen. Her i landet har Den Norske Kreftforening vist at det går an å redusere rekrutteringen til røyking betydelig. I perioden 1994-97 gjennomførte Kreftforeningen en intervensjon blant elever i ungdomsskolen. Etter tre år med intervensjon var det 26 prosent færre røykere i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen, og blant røykerne var forbruket av sigaretter 38 prosent lavere i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen.

De mest effektive programmene

De tiltakene som fungerer best, er lagt opp etter det som ofte kalles "den sosiale påvirkningmodellen", og tiltakene har gjerne et omfang på omtrent 10 skoletimer per undervisningsår (mer første år, mindre de påfølgende årene). Blant de mest aktuelle utenlandske programmene å trekke veksler på er Botvins Social Lifeskills Training (SLT), Perrys mer omfattende Project Northland og Pentz' Midwestern Prevention Project (MPP). Aktuelle arenaer for tiltak, i tillegg til skolen, er familie, organisasjoner der ungdom deltar, massemedia og såkalte samfunnsmessige tiltak (lovgivning, prisreguleringer etc.).

De mest effektive forebyggingsprogrammene, er særlig basert på sosialpsykologiske og sosialkognitive teorier. Teoriene gir forklaringer på årsaker til rusgiftbruk og peker på hvilke mellomliggende faktorer som må påvirkes for å oppnå atferdsendringer (f.eks. normer, mestrings- og resultatforventninger). Samtidig finnes det helt andre typer teorier og metoder som også blir benyttet ved utviklingen av de konkrete tiltakene i skolen (pedagogiske teorier, problembasert læring, elevinvolvering og prosjektmetode).

Hva er realistiske forebyggingsforventninger?

På bakgrunn av dette foreslår disse forfatterne et omfattende rusgift- og tobakksforebyggende program, rettet mot aldersgruppene 13-18 år, hvor det etter deres oppfatning vil være mulig å vente en redusert andel røykere med 25 prosent, en reduksjon i forbruket av alkohol med 20 prosent, og en 30 prosent reduksjon i andelen unge som begynner med cannabis og/eller løsemidler, vel og merke dersom de unge gjennomgår hele programmet som strekker seg over hele aldersperioden, dvs. både i ungdomsskole og videregående skole.

Forebyggingsprogrammer må legges opp til å vare over flere alderstrinn for å vedlikeholde og forsterke de effektene en oppnår i starten. Virkningene av tiltak som varer for kort tid, har en tendens til å viskes ut. For eksempel viser Spruyt (1995) til et forebyggingsprogram mot tobakk og alkohol blant skoleelever i Nederland. Programmet

startet med 12-åringer. Evalueringen baserte seg på fire datainnsamlinger. En fant sted før programmet startet og tre fant sted etter at programmet ble avsluttet (etter 6, 12 og 36 måneder). Resultatene fra 6- og 12-måneders evalueringene var oppmuntrende, bl.a. med utsatt røyke- og alkoholdebut, men effektene minket klart etter tre år. Evalueringen konkluderte med at en burde la slike programmer vare over lenger tid. Et undervisningsprogram må derfor legges opp til å følge ungdommene gjennom hele den perioden de fleste begynner med rusgifter. Kelder, Edmundson & Lytle (1997) har i en oppsummering av erfaringene med rusgiftforebyggende tiltak, rettet mot ungdom, påpekt at også de mer moderne tiltakene har en tendens til å svekkes som en funksjon av tid etter at de avsluttes. De anbefaler derfor sterkt at slike programmer følges opp med "gjenoppfriskende" tiltak etter at de avsluttes.

En kan kanskje i utgangspunktet frykte at ungdom opplever så mye påvirkning fra andre kilder at et slikt program ikke har noen mulighet til å konkurrere. Evalueringer av både utenlandske og norske kampanjer tyder likevel på at de anslagsvis 30-40 skoletimene over tre år et slikt program representer (sammen med familie-, nærmiljø-, storsamfunn- og medietiltak) er i stand til å påvirke rusgiftatferd når det gjennomføres på en pedagogisk god nok måte.

Skoleprogrammer gir kraftige effekter sammenlignet med massemediakampanjer

Når det her vises til at en del tiltak og kampanjer har gitt god effekt, er det ikke sagt noe om nøyaktig hvor gode effektene har vært. Hvordan en vurderer virkningene av tiltak er selvsagt også avhengig av hvor ambisiøse målsettinger som settes opp. Ingen tiltak er i nærheten av å hindre alle ungdommer i å bruke rusgifter.

Botvin og Dusenbury (1989) hevder med utgangspunkt i sine evalueringer av skolebaserte tiltak at det er realistisk å klare å halvere rekrutteringen til rusgiftbruk i løpet av den tiden en intervensjon foregår. Massemediabaserte tiltak viser langt svakere effekter. De aller beste kampanjene i massemedia gir forskjeller mellom intervensjonsgruppe og kontrollgruppe på noen få prosentpoeng (Hafstad, 1997). Kreftforeningens program mot røyking "VÆR røykFRI" hadde etter 3 år redusert rekrutteringen av røykere med 26 prosent. Virkningene etter ett og to år var faktisk betydelig bedre, men det tredje året lyktes en noe dårligere med intervensjonen, og en fikk derfor en noe redusert effekt av tiltaket det tredje året. I det samme prosjektet fant en at andelen 10-klassinger som hadde debutert med hasj var 4,5 prosentpoeng lavere i den beste intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen. Dette utgjorde en 47 prosent reduksjon av andelen som en (sammenliknet med kontrollgruppen) må anta ville begynt med hasj om det ikke var for intervensjonen. Dette skjedde til tross for at intervensjonen handlet om tobakksrøyking og ikke om bruk av hasj. Disse tallene tyder på at skolebaserte intervensjoner kan gi god effekt, men at effektene varierer en god del avhengig av hvor godt planlagte tiltakene er.

Dersom man lykkes - hva har man oppnådd?

Hva er så gevinsten dersom en greier å utsette alkoholdebuten og redusere antallet tobakksrøykere? For tobakk er svaret greit: bedre helse for flere. For narkotika er svaret også greit, som vi nettopp så: jo færre tobakksrøykere, jo færre cannabisbrukere. Men hva så med alkoholbruken? Det er vist i en longitudinell 6-års studie at norske ungdommer

som begynner tidligere enn sine jevnaldrende å drikke alkohol også rapporterer et høyere forbruk opp gjennom ungdomstiden (Pedersen & Aas 1995; Pedersen, 1998). Det ser ut til at økningen i årlig alkoholforbruk stiger omtrent like raskt uansett om debuten skjer i 13- eller 15-års alderen. Så den typiske 13-års debutanten vil ha med seg den ekstra økningen som skjer i løpet av to år når både 13-års og 15-års debutantene sammenliknes når de er blitt 17 år.

Tilsvarende forventer vi at akselerasjonen mot et voksent alkoholforbruk (frekvens og mengde) forsinkes dersom debutalder utsettes, selv om dette er et åpent spørsmål som gjenstår å belyse empirisk. Å begrense bruken av både alkohol, løsemidler, cannabis og annen narkotika må være et hovedmål for forebyggingsinnsatsen, men som vist i empiriske studier både i inn- (Aas & Pedersen, 1993; Pedersen & Bakken, 1998) og utland (Kandel, Yamaguchi & Chen, 1992), så er det nær sammenheng mellom bruk av de ulike stoffene, inklusive tobakk. I praksis starter nesten alle norske ungdommer med alkohol og tobakk, før de eventuelt begynner med andre rusgifter. Begrensning i bruk av tobakk og alkohol blant unge, spesielt ved å utsette debutalder, vil sannsynligvis også begrense narkotikabruken. I VÆR røykFRI ble det målt en halvering av andel 10.-klassinger som hadde debutert med hasj blant dem som deltok i forebyggingsprogrammet vs. kontrollgruppen (5,1 prosent vs. 9,6 prosent) - uten at dette var målsettingen. VÆR røykFRI var kun rettet mot å forebygge tobakksbruk (Jøsendal & Aarø, 1998). Håpet er at når hele giftbruken forskyves i tid, og mange unge har fått forsinket sin rusgiftspirale, vil en del potensielle narkotikabrukere ha blitt for gamle (oppfatter seg som for voksne til å passe inn i rusgiftfokuserede ungdomsmiljøer) til å begynne med narkotiske stoffer - de vil avbryte eller reversere utviklingen fra den ene rusgiften til den neste (Kandel & Ravies, 1989). Særlig sniffing av løsemidler synes å være knyttet til yngre aldersgrupper, og sniffing ble benyttet av mange av de som gikk videre til hasj og sterkere narkotiske stoff i en norsk undersøkelse (Aas & Pedersen, 1993).

Gateway-rusgifter

Eksperimentering og deretter utvikling av jevnlig bruk av en eller flere rusgifter skjer vanligvis i tenårene. For de typiske "gate-way"-rusgiftene, tobakk, alkohol, løsemidler og hasj, skjer eksperimentell bruk i en sosial kontekst. Gateway-tenkningen baseres på empiriske studier som viser at eksperimentering med ett stoff ofte fører til eksperimentering med neste stoff i en logisk og forutsigbar rekkefølge (Kandel, 1978; Aas & Pedersen, 1993). Etter debut med alkohol, tobakk, (løsemidler) og hasj følger eventuelt stimulerende/beroligende/psykedeliske stoff. Det er først etter dette stadiet at enkelte går videre og debuterer med ecstasy, kokain og heroin. Pedersen og Bakkens (1998) analyser av data fra et stort Osломateriale (kohort født rundt 1980) plasserer ecstasy i følgende kronologiske debut-sekvens: Alkohol - Sigaretter - Hasj - Amfetamin - Ecstasy - Heroin. Forfatterne avviser dermed også påstanden mange har kommet med om at ungdom med liten rusgifterfaring starter med ecstasy - ecstasybrukere har generelt mye rusgifterfaring. Dette var også i overensstemmelse med resultatene fra en intervjuundersøkelse blant noen ti-talls stoffbrukere som ble gjennomført av sosialpsykologistudentene på Blindern høsten 1998.

Et element i gateway-tenkningen er at en må skaffe seg en viss mengde erfaring med de enkelte rusgiftene før en eventuelt går videre til neste rusgift. Rusgiftbruk kan tjene som et hovedfokus for sosial interaksjon og gi en følelse av gruppeidentitet (Becker, 1967;

Jessor, 1976, begge ref. i Botvin & Dusenbury, 1989). Etter hvert som bruken øker i mengde og frekvens, dempes den sosiale betydningen, slik at rusgiftbruk også skjer uten det sosiale samværet. Sutherland og Willner (1998) viste til at det å oppgi at en hadde vært beruset over 20 ganger, økte oddsen for å ha begynt med andre rusgifter med 3,5 ganger blant ungdommer i England. For jentene viste det seg at tilsvarende odds økte 5 ganger. Dette viser empirisk at en viss erfaring med gjentatt alkoholbruk er nødvendig før en eventuelt er klar til å gå videre til neste trinn i rusgiftstigen. Tilsvarende kan vi anta at det finnes kritiske nivåer som må nås for alle rusgifter før en er klar til å gå videre, men like åpenbart er det at kun empiri vil vise hva de ulike kritiske nivåene er. Når en får erfaring med sterke narkotiske stoff, kan det tenkes at tilgjengelighet får større betydning for rusgiftkarrieren også. Men som utgangspunkt blant ungdom vil vi anta at enhver økning i bruken av en rusgift vil føre til økt sjans for å begynne med nye rusgifter, og tilsvarende at enhver begrensning i bruk av rusgifter begrenser sjansen for å begynne med nye rusgifter. Sloboda (1998) oppgir oddsen for å begynne med cannabis til å være omtrent 65 ganger større for de som røyker og drikker, enn for de som aldri har drukket alkohol eller røykt tobakk. På samme måten er oddsen for å begynne med kokain omtrent 104 ganger større for de som har begynt med cannabis enn for de som ikke har brukt cannabis. Selv om Sutherland og Willner bruker data fra England og Sloboda gjengir tall fra USA, gir de ganske sikkert et godt bilde av hvor viktig det er også hos oss å utsette debutalder og forsinke den enkeltes økning i bruk av gateway-stoffene.

På tross av advarsler fra foreldre, lærere og helseopplysere, så viser ungdom lite bekymring for negative konsekvenser av rusgiftbruk, ofte med en illusorisk følelse av at de uansett har kontroll. For eksempel oppdager ikke ungdomsrøykere sin manglende kontroll før de selv har mislyktes i et seriøst forsøk på å slutte å røyke (Botvin, 1978 ref. i Botvin & Dusenbury, 1989). Utsette alkoholdebut eller lære unge å drikke? Oppsummeringsvis kan vi si at dersom man greier å utsette alkoholdebuten hos ungdom, oppnår man følgende effekter:

- Man reduserer alkoholforbruket i ungdomsårene.
- Man reduserer risikoen for å begynne eksperimentering med andre rusgifter.

Det store spørsmålet er om man kan greie å oppnå denne målsettingen? En gjennomgang av internasjonal forskningslitteratur viser at dette er mulig. Dermed ikke sagt at man oppnår dette i Norge i dag. Teorien om lykkepromillen, dvs. at man skal lære de unge å drikke med måte, er på ingen måte ny. Alkoholindustrien har propagandert for denne strategien i mange år, som et alternativ til den offisielle målsettingen for alkoholpolitikken, som er å redusere det totale forbruket av alkohol. Det nye er imidlertid at sentrale norske alkoholbehandlere og forskere også er begynt å leke med slike tanker. I et TVprogram i NRK for en stund siden, sa psykologiprofessor Fanny Duckert:

"Når vi ser på drikkevanene i befolkningen, så er det jo et problem at vi langt på vei har feilet. All forebygging har gått på å snakke om alle de skadelige effektene. Kjøpe propaganda som skal hindre ungdom i å drikke i det hele tatt. Man skal lære å si nei, men folk har ikke fått lære noe om hvordan de skal holde seg på et moderat rusnivå" .

Vi kan vel fort slå fast at ungdom drikker mer enn for 10 år siden. Men det har også andre årsaker enn en feilslått forebyggingsinnsats i skolen. Det har foregått en liberalisering av den generelle alkoholpolitikken. Dette har sannsynligvis bidratt sterkt til denne

situasjonen. Nye liberaliseringer av de alkoholpolitiske virkemidler som vi vet virker, avgifts- og pristiltak og tilgjengelighetsbegrensninger vil sannsynligvis gjøre situasjonen enda verre. Duckerts henvisning til forebyggingsmålsettingene og -innsatsene i skolen kan derfor ikke stemme som forklaring på situasjonen. Hennes beskrivelse av de forebyggende innsatsene stemmer heller ikke. Selv om det i mange skoler gjøres et respektabelt forebyggingsarbeid, er rusgiftforebygging i norske skoler i dag ikke systematisk, ikke koordinert, ikke målrettet, ikke rusgiftspesifikk og ikke godt nok læreplanforankret. Den offensive plan for å gjennomføre et systematisk og evaluerbart forebyggingsprogram i skolen som ble foreslått i 1999, ble ikke gjennomført. I stedet la man ned det organet som skulle ha koordinert et slikt program, Rusmiddeldirektoratet, og desentraliserte forebyggingsansvaret til regionale kompetansesentra. Nå skal Sosial- og Helsedirektoratet i stedet gjennomføre en 15 millioners mediakampanje, noe evalueringslitteraturen i alle fall viser er bortkastede penger, særlig dersom kampanjen skal løsrives fra skole- og lokalsamfunnsbaserte tiltak.

Likevel - de unge vil drikke - hva så?

Men likevel, problematikken synes å bestå. Selv om man gjennomfører mer effektive forebyggingsprogram i skolen, er det et faktum at flertallet av elevene vil debutere med alkohol lenge før de fyller 18 år. En del av denne alkoholbruken vil resultere i fyll og andre negative konsekvenser. Er det så noe håp om å nå fram til nye metoder for å lære folk å bruke alkohol uten at de skal "misbruke" den? Foxcroft, Lister-Sharp og Lowe (1995) har gjennomført en stor litteraturgjennomgang der de har undersøkt alle relevante studier for forebygging av alkoholmisbruk. De gjorde et omfattende forarbeid for å få tak i mest mulig av det som var gjort i hele verden og brukte anerkjente kvalitetskriterier for å velge ut de studiene som kunne gi svar på om intervensjonene hadde effekt. Trettitre studier var grundige nok til å bli inkludert. Fokus var særlig rettet mot eventuelle atferdsendringer. Gjennomgående rapporterte de svært lite påviselige atferdsendringer på alkoholmisbruk. De fant, som forventet, større endringer for holdninger og kunnskap enn på atferd. Blant de positive funn på atferd viser de til:

- Pentz' Midwestern Prevention Program (MPP) som på lang sikt har størst effekt på tobakk og marihuana, noe effekt på alkohol etter ett år (og trolig ved to år) som forsvant ved tre års oppfølging (s. 41);
- Botvins Life skills training (LST) program som oppgis å være mer effektiv på tobakk og andre rusgifter enn alkohol. For hele utvalget er det 6 års evalueringseffekter når det gjelder alkohol kun på mindre fyll, ikke på frekvens eller mengde alkoholbruk. Men hos den gruppen av utvalget som har gjennomført minst 60 prosent av LST, oppnås derimot signifikante forskjeller på alle alkoholmålene ved 6 års oppfølging.

De to programmene som viste seg å ha positiv effekt på uønsket alkoholatferd er altså de samme som også har positiv effekt når det gjelder å utsette alkoholdebut og oppfordre folk til ikke å drikke alkohol i ungdomstiden. Det ser altså ikke ut til å være noen motsetning mellom de offisielle målsettingene om å utsette alkoholdebuten hos unge og "lykkepromilletenkernes" ønsker om å redusere fylla blant ungdom.

Derimot vil et prosjekt som skal lære alle unge å lete etter lykkepromillen sin, snu opp ned på alle innarbeidede foreldre- og lærerholdninger og være høyst usikkert. Sannsynligvis vil effekten være å gi noen alkoholkonsumerende foreldre og lærere bedre samvittighet for sin egen alkoholbruk, men gi de unge mindre tydelige grenser og dermed i enda større grad overlata dem til sin egen alkoholskjebne.

Del II: Avhengighet og behandling

Kapittel 5: Hva er avhengighet?

Avhengighet i et nevrobiologisk perspektiv?

(Denne artikkelen er et referat fra et foredrag av Liliana Bachs fra Statens Folkehelseinstitutt på FMRs fagdag 2007. Mot Rusgift nr. 81)

Det har vært en sterk økning i nevrobiologisk forskning rundt avhengighetsproblematikken de siste årene, sa Liliana Bachs på FMRs fagdag om avhengighetsproblematikk. Hun er overlege ved Folkehelseinstituttet, Divisjon for rettsstoksikologi og rusmiddelforskning. Grunnen til den økte interessen er ikke bare at vi ønsker å forstå de prosessene i hjernen som er det biologiske grunnlaget for avhengighetsutvikling.



Men legemiddelindustrien har i de siste årene også vært svært opptatt av å unngå markedsføring av nye, avhengighetsskapende stoffer. Industrien ber ofte offentlige laboratorier om å teste ut nye medikamenter før de markedsføres. Men å teste avhengighetspotensialet i nye stoffer er ofte lettere sagt enn gjort. Det er derfor lagt ned mye forskningsinnsats for å forstå de nevrobiologiske avhengighetsprosessene i hjernen.

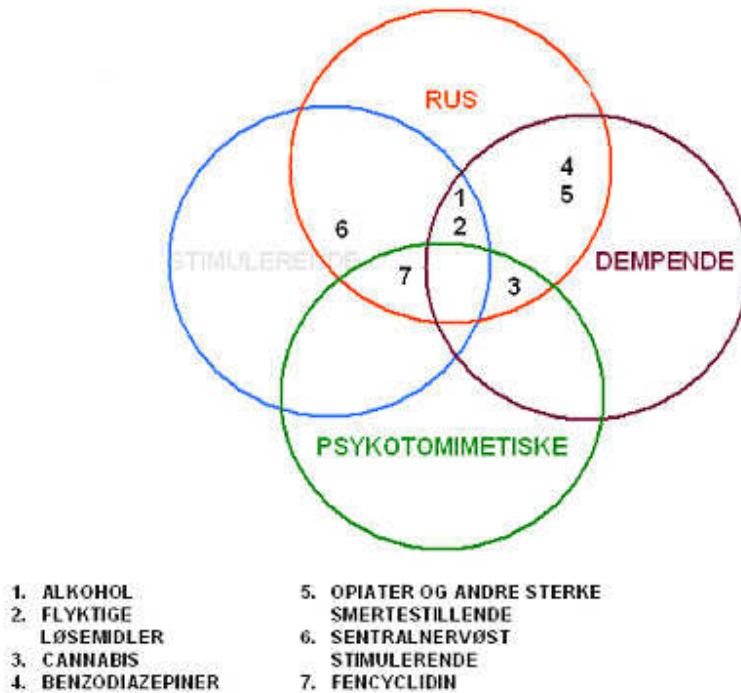
Hva er en rusgift?

En oversikt over de ulike rusgiftene som er vanlige i vårt samfunn kan se ut som listen nedenfor:

- Alkohol
- Flyktige stoffer/løsemidler (sniffestoffer)
- Benzodiazepiner (beroligende midler, sovemedisiner)
- Andre illegale rusgifter (GHB)
- Andre legemidler (Somadril...)

- Opioider (heroin, morfin, kodein, metadon, buprenorfin, oksykodon)
- Cannabis (hasj/sj/marihuana)
- Stimulerende stoffer (amfetamin, kokain, ecstasy)
- Hallusinogene stoffer (LSD)

En rusgift kan være både en lovlig handelsvare, et legemiddel eller et illegalt narkotisk stoff.



Figur 1:
Rusgiftenes felles og ulike virkningsområder

Vanligvis deler vi rusgiftene inn i tre forskjellige hovedvirkninger, ettersom de virker sentralstimulerende, dempende eller psykotomimetisk (hallusinogent). Stimulerende rusgifter som gjør brukeren veldig aktiv, virker svært annerledes enn dempende stoffer som for eksempel heroin, hvor brukeren blir dempet og sløv. Alle rusgiftenes ulike virkninger formidles gjennom signalsubstanser i hjernen, som også er forskjellige. Og det er mange signalsubstanser som kan være involvert ved hver enkelt rusgift, så heller ikke der finnes det åpenbare fellestrekk mellom alle rusgifter. Det som imidlertid er felles for alle disse stoffene er at de framkaller en tilstand som man kaller "rus".

Hva er rus?

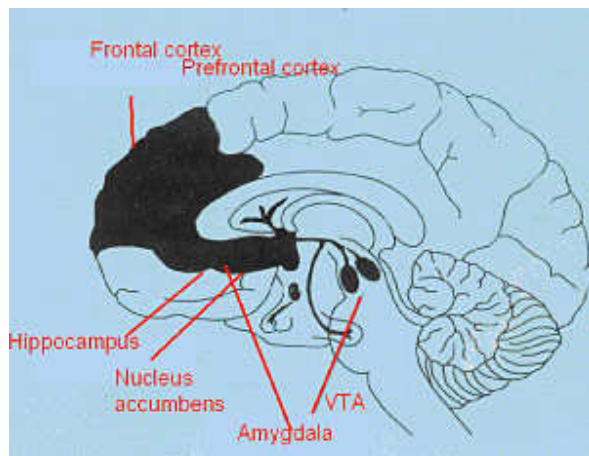
Det er noen fellestrekk som alltid synes å være tilstede ved påvirkning av rusgifter:

- Konsentrasjonssvekkelse
- Endret stemningsleie
- Hukommelses- og innlæringssvikt

- Kritikkløshet
- Svekket feilkontroll

Feilkontroll er en hjernefunksjon som sørger for at det er samsvar mellom det man har tenkt å gjøre og det kroppen utfører.

Rusgiftenes fellesvirkninger i hjernen kan framstilles som påvirkning av signalstubsstanser i blant annet det mesolimbiske området i hjernen (som håndterer emosjoner og motivasjon – skravert område – figur 2). Man har sett at alle rusgifter virker i dette området.



Figur 2: Oversikt over hjernen og det mesolimbiske området.

Det er nå utviklet nye metoder for bildediagnostikk, dvs. at man kan ta bilder av hjernen hos mennesker mens de inntar rusgifter. For eksempel kan man ta bilder av hjernen til personer som aldri har prøvd rusgifter før, når de inntar en dose morfin. En ser da at aktiviteten i hjernebarken og frontallappen er dempet. Dersom en ser på de samme områdene etter inntak av kokain, vil man se at aktiviteten i disse områdene er økt. Det har sammenheng med at kokain er et stimulerende stoff. Dersom man derimot ser på den delen av det mesolimbiske system som kalles nucleus accumbens, en del som både regulerer belønning og motivasjon, så ser man at det skjer en aktivitetsøkning både ved morfin og kokain.

Teorier om avhengighet

Biologene har ikke vært så sterkt interessert i avhengighetsproblematikken før i de siste 15 årene. Og til å begynne med var det en positiv forsterkningsteori som var rådende, en teori som kort sagt gikk ut på at inntak av rusgifter hadde en virkning som ga en god opplevelse, og dersom noe er godt, øker også lysten til å gjenta opplevelsen. Men dette kan naturligvis ikke forklare at folk kan bli i stand til å forlate sine barn og gå fra jobben og miste alt for å kunne fortsette å innta en rusgift. Man så altså at det var behov for flere forklaringer. En tilleggsforklaring er at nytt inntak av rusgifter kan dempe abstinens- eller avvenningsubehag. Folk har oppdaget at å innta for eksempel alkohol på nytt kan være med på å dempe "bakrusen", altså en negativ forsterkningsteori.

Men heller ikke dette kan forklare at folk er villige til å erfare de store negative konsekvensene som avhengighet kan føre til. Det er derfor utviklet enda noen biologiske teorier som kan forklare deler av avhengighetsutviklingen. Den ene er sensitiseringsteorien. Det mesolimbiske systemet har til oppgave å ta seg av noen primære funksjoner, som emosjoner, aggressivitet, hukommelse og belønning. Her er det minst to strukturer som er viktige. Den ene heter nucleus accumbens, og den andre heter det ventraltegmentale området (VTA). Disse utgjør belønningssystemet. De gir en umiddelbar belønning når man opplever noe godt – (eng: liking). Men samtidig skapes det også en motivasjon til å gjenta handlingen (eng. wanting), dvs. at man ønsker seg mer av det man nettopp har fått, og det tror man er det mest sentrale her. En sentral del i sensitiseringsteorien er at disse to fenomenene (liking og wanting) kan skilles fra hverandre, dvs. at du trenger ikke å like det du får, men at ønsket om å få mer av det samme likevel kan stimuleres.

Belønningssystemets funksjon

Spørsmålet er hvorfor vi har dette belønningssystemet i hjernen. En forklaring kan finnes ved å se på spebarn, som blir født uten noen som helst forståelse av hva de trenger for å overleve. Men barn begynner å få stimuli utenfra, det er berøring, det er lys, det er varme. Plutselig kommer barnet borti en pupp, og begynner å suge. Og det er jo langt viktigere enn at barnet også spreller med beina. Men hvem skal fortelle barnet at det er viktigere å suge enn å sprelle? Det er det som er belønningssystemets oppgave. Systemet skal fyre av naturlige stimuli som kan forsterke motivasjonen til å utføre handlinger som er viktige for barnets og artens overlevelse. Slike handlinger er Mat, Drikke, Sosial interaksjon, Sex og Omsorg for avkom. Og slike motiverende stimuli eller signaler som babyen får i retning av for eksempel å gjenta sugingen, må være svært kraftige, for å sikre at den livsbevarende atferden blir opprettholdt. Man må både huske veldig godt og være motivert til å gjenta alle de handlinger som førte til den tilfredsstillende atferden. Som en del av motivasjonsprosessen er det noe viktig her som engelskmennene kaller "incentive salience", stempeling av betydning, det motivasjonselementet som er mest framtrædende, som stempler en handling som mest betydningsfull sammenlignet med andre handlinger.

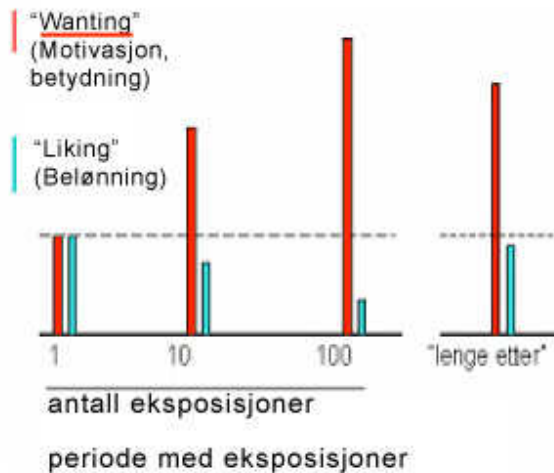
Etter hvert som hjernen modnes, vokser det fram andre hjerneområder som bidrar til å dempe og regulere de mer umodne delene av hjernen, de som først ble utviklet. Prefrontal cortex (panelappen) har bl.a. som oppgave å passe på at vi ikke tar helt av. Den kan bl.a. si at "Sex er godt, og det er veldig nødvendig, men nå må du faktisk gjøre noe annet".

Hvordan utvikles rusgiftavhengighet?

Hva skjer så med en ungdom som i 15-16-årsalderen begynner å eksperimentere med rusgifter? Jo, tenåringsen får et signal til den delen av hjernen som helt fra fødselen av skal skille ut hva som lønner seg for individet. Og mens de tidligste stimuliene ble erfart og filtrert gjennom sansene – og som oftest signalisert til hjernen på en mer dempet måte, går den kjemiske rusgiftpåvirkningen ufiltrert rett inn i hjernen, utløser kraftige overføringer av signalsubstanser mellom hjernecellene og oppleves kraftigere enn mange av de opprinnelige belønnende stimuliene. Årsaken til denne kraftige reaksjonen er at i det mesolimbiske området finnes det på nevronene (hjernecellene) mottakerstasjoner for de fleste kjente rusgifter, som morfin, alkohol, ecstasy og kokain, og de har en mer eller

mindre direkte innflytelse på neurotransmisjonen (overføringen av signalsubstanser) i området. Dette fører igjen til to fenomener som foregår samtidig, men uavhengig av hverandre, nemlig liking – at individet opplever påvirkningen som en belønning, at det er godt, en rus, - og wanting – en forsterkning av motivasjon, og den siste er ut fra et avhengighetssynspunkt den viktigste. Økningen av motivasjon ser ut til å skje uavhengig av om individet synes at den enkelte rusgiftpåvirkning er god eller ikke.

Og hva skjer med prefrontal cortex, da? Man har jo lenge visst at påvirkede personer er impulsive, dvs. at de snarere ønsker en her og nå-belønning framfor å utsette behovstilfredsstillelse til senere. Det man har sett i de siste årene, er at når man gir for eksempel morfin til rotter, så blir de mer impulsive, de foretrekker også umiddelbar belønning framfor å utsette tilfredsstillelsen for å få en større belønning senere. Dyreforsøk har altså vist at den bremse som ligger i frontal cortex blir mindre under rusgiftpåvirkning. Sensitiserings teorien hevder at de biologiske prosessene som påvirker wanting (motivasjon, betydning) og liking (belønning) utvikler seg motsatt av hverandre, som i Figur 3.



Figur 3: Utvikling av motivasjon og belønning ved gjentatt rusgiftpåvirkning.

Vi ser av Figur 3 at liking, dvs. den rusopplevelse man får ved rusgiftbruk, blir mindre ved gjentatt bruk. Dette fenomenet er kjent som toleranseutvikling, dvs. at samme mengde av en substans ikke virker like rusframkallende etter noen gangers bruk som i starten. Jo mer man bruker det, jo mindre glede får man av den opprinnelige stoffmengden. Mindre kjent er det at det motsatte fenomenet også skjer samtidig. Det motsatte av toleranse kaller vi sensitisering. Dette kan være vanskeligere å se ved noen typer rusgifter enn ved andre, men generelt kan man altså påvise en sensitiseringseffekt. Dvs. jo oftere og flere ganger bruken pågår- fra og med gang 1, jo sterkere blir motivasjonen til å fortsette. Men mens toleranse svekkes ganske fort, svekkes sensitisering veldig sakte. Det betyr at om noen har vært rusgiftfri kanskje i mange måneder eller år, så vil ett enkelt inntak av for eksempel alkohol kunne føre til en veldig sterk trang til å gjenoppta bruken. Dette kan være med på å forklare tilbakefall som for mange utenforstående - og også for den alkoholavhengige selv- kan virke helt uforklarlige.

Rusgiftenes felleseffekter: Impulsivitet



Det har vært hevdet at mennesker som i utgangspunktet er impulsive av natur også lettere utvikler rusgiftavhengighet. Men dette står ikke i motsetning til at mennesker som utvikler avhengighetsproblemer også blir enda mer impulsive. Rusgiftbruk i seg selv påvirker impulsivitet. Avgjørelsene der fordeler veies mot risiko og valg blir gjort, tas i stor grad i frontale deler av hjernen. Gjentatt bruk av rusgifter fører til varige nevrobiologiske endringer i dette området. Bruken fører til at vår kontering av belønning og straff, av lyst og ulyst endres.

Det er utviklet tester for å avdekke skader i frontallappen hos personer man tror har hjerneskader. Dersom man bruker de samme testene på personer med avhengighetsproblemer, ser man at de likner pasienter med skader i prefrontal cortex. Hoveddelen av rusgiftavhengige gjør i slike tester dårlige valg, selv i edru tilstand, ved å velge høy gevinst umiddelbart uten å ta hensyn til framtidige tap. En stor undergruppe av disse er hypersensitive for umiddelbar belønning, men tar ikke konsekvenser av straff/tap. Dette kan ha implikasjoner for våre behandlingstilnærminger.

En langtidseffekt av gjentatt rusgiftbruk og avhengighetsutvikling er at individet utvikler toleranse mot belønningseffekter generelt. Dette innebærer at belønningen ved å bruke rusgiften blir mindre, hvilket kanskje ikke er noe stort problem. Men opplevelsen av belønning fra naturlige stimuli blir også mindre. Hverdagslivets gleder blir mindre verd.

Og stemningsleiet hos en regelmessig rusgiftbruker vil i edru tilstand ligge under normalt, dvs. tilstanden vil være preget av anhedoni (nedtrykthet). At belønningen fra både rusgifter og fra naturlige stimuli er lavere, og at stemningsleiet i edru tilstand er under normalt, vil øke ønsket om å innta rusgifter på nytt, i den hensikt å heve stemningsleiet, og dette vil forsterke avhengighetsutviklingen.

Men det finnes også egne langtidseffekter knyttet til sensitisering av motivasjonen for den avhengighetsskapende atferden. Dette innebærer at bruk av rusgifter får en økt subjektiv betydning, mens naturlige stimuli får en lavere betydning. I tillegg får man "craving", en plutselig og sterk trang til å gjenta eller gjenoppta rusgiftbruken, som kan oppstå selv etter langvarig avhold. En slik "craving" kan utløses ved at man for eksempel

inntar en liten dose av en rusgift ("jeg skal bare ta et glass lettøl"), men den kan også utløses av stressende situasjoner (hvor man før brukte rusgifter for å mestre stress). Også "cues", dvs. eksponering for situasjoner hvor personen tidligere brukte rusgifter, eller situasjoner eller følelsesmessige tilstander som minner om tidligere tiders rusgiftbruk, kan utløse slik "craving". Disse langtidseffektene innebærer at også rusgiftavhengighet er en langvarig eller varig tilstand.

Konklusjon

Rusgiftbruk påvirker flere deler av hjernen. Det er snakk om langvarige funksjonelle og strukturelle forandringer. På frontalsiden påvirkes tap og gevinstvurdering. Feilkontrollen svekkes og impulsiviteten øker. Motivasjonen forsterkes, mens tilfredsstillelsen ved det enkelte rusgiftinntak reduseres. Det utvikles en tendens til å velge umiddelbar belønning framfor framtidige belønninger, noe som kan være svært viktig i en rehabiliteringssammenheng. Gjentatt bruk skaper langvarige endringer - motivasjonen for bruk øker og motforestillinger mot ytterligere bruk hemmes.

Så rusgiftavhengighet kan defineres som en rusgiftframkalt feillæring, knyttet til strukturelle og funksjonelle endringer i hjernen.

Hvem blir avhengige? - et sosiologisk perspektiv

(Denne artikkelen sto i Mot Rusgift nr. 81)

Er noen av oss genetisk predisponerte til å bli avhengige dersom vi begynner å bruke rusgifter, spurte magister i sosiologi, og leder i FMR, Knut T. Reinås, på Forbundet Mot Rusgifts fagdag om avhengighetsproblematikk. Eller er det slik at vi lærer avhengighet gjennom bruken av disse stoffene?



Kan avhengighet være kulturbestemt, eller er det bakenforliggende sosiale, psykiske eller økonomiske problemer som skaper grunnlag for å ruse seg vekk fra virkeligheten, og

dermed for avhengighet? Eller kan det tenkes at noen av oss har en sterkere tilbøyelighet enn andre til å oppsøke spenning og sterke inntrykk, og kan legge grunnlag for avhengighet den veien?

Kan det også tenkes at avhengighet er noe som blir påført enkelte av oss av samfunnet, for eksempel gjennom stigmatisering av atferd? Eller er det slik, som enkelte forfattere har tatt til orde for, at mange av de karakteristiske trekkene ved avhengighet er innbilte effekter, eller effekter som blir sterkt overvurdert i den offentlige diskusjonen?

Uansett hvordan man definerer avhengighetsproblemet, om man definerer det som en betinget, innlært atferd, eller som en nevrobiologisk adaptasjon eller et stigma, så er det i alle fall noen personer som har et avhengighetsproblem, som har betydelige skader, lidelser og tap av livskvalitet som følge av dette, og som også utgjør et problem for sine pårørende, venner og omgivelser for øvrig, og som samfunnet i siste instans må stille opp med noen tiltak for, for å forsøke å bearbeide og begrense. Dersom vi holder oss til rusgiftproblematikk, som er den mest utbredte avhengighetslidelsen i vårt samfunn, så er det gjort mange forsøk på å beskrive typer problematikk som samfunnet må forholde seg til.

Forskjellige former for rusgiftbruk

(Forslag fra en WHO-ekspertgruppe 1981)

- Ikke-akseptert bruk (Unsanctioned use): Når (lokal)samfunnet ikke aksepterer bruken av en bestemt rusgift
- Risikofylt bruk (Hazardous use): Når bruken av en rusgift sannsynligvis vil påføre brukeren skade eller psykososiale problemer
- Dysfunksjonell bruk (Dysfunctional use) Når bruken av en rusgift fører til psykiske eller sosiale problemer
- Skadelig bruk (Harmful use): Når det kan påvises at bruken av en bestemt rusgift har ført til organisk skade eller psykisk sykdom

Figur 1: Typer av rusgiftbruk.

Det sier seg selv at dersom en person bruker stoffer som ikke er akseptert i et samfunn, som for eksempel illegal stoffbruk blant ungdom på midten av 60-tallet, så kan dette medføre at brukeren blir påført ulemper og skader som har med samfunnets reaksjon å gjøre, og ikke bare med virkningen av de stoffene som brukes. Ofte må man på ett eller annet tidspunkt på samfunnsplan gjøre en kalkulasjon her: Er disse stoffene så farlige at de berettiger en slik reaksjon? Samfunnsreaksjonen, både den lovmessige og den sosiale, bidrar til å forebygge og holde bruken av stoffet nede, men skaper i seg selv problemer for den som likevel bryter med regelen. Derfor kan man også over tid se glidninger i samfunnsreaksjonene overfor bruken av enkelte stoffer, og også i forhold til alkohol, sa Reinås.

Men stoffene har også virkninger i seg selv som kan påføre brukeren skader eller psykososiale problemer. Tenk bare på alkoholen, hvor enkelte av brukerne har en slik omgang med denne substansen, at de utsetter seg for nedsatt mestringsevne og økt risiko for skader og ulykker. Denne virkningen kan enten være akutt, dvs. at økt risiko og redusert mestring er knyttet til den enkelte påvirkningssituasjon, eller det kan også skje at

denne påvirkningen gjentas så ofte at faren for alkoholrelaterte kroppslige og psykiske skader øker. Disse formene for bruk karakteriseres av WHO som "risikofylt".

Men WHO snakker også om en "dysfunksjonell bruk", hvor man ut fra generell kunnskap kan si at bruken med sikkerhet fører til, eller vil føre til psykiske eller sosiale problemer. Man snakker i tillegg om en "skadelig bruk" hvor det kan konstateres at bruken allerede har ført til og stadig fører til skade eller psykisk sykdom.

Det sies her intet om hvilken mengde av for eksempel alkohol som skal til, eller i hvilke brukssituasjoner bruken er dysfunksjonell eller skadelig, eller om det er glidende overganger mellom de ulike nivåene, men oversikten er en god illustrasjon av alle de nivåer av problematisk rusgiftbruk som kan finnes i et samfunn. Undersøkelser har vist at det ikke finnes skarpe grenser mellom de forskjellige bruksmåtene, men at det er glidende grenseoverganger mellom ulike grader av bruk. Noen skiller mellom "bruk" og "misbruk". Men for eksempel i forhold til alkohol er det vist at dette skillet er svært subjektivt. Er det "misbruk" å drikke to flasker øl? De fleste vil svare nei. Men hva om de to flaskene konsumeres før en skal kjøre bil? Eller hva om de to flaskene blir konsumert av et barn? SIRUS gjorde en undersøkelse av folks oppfatning om hva "alkoholmisbruk" var for noen år siden, og fant at folk hadde en tendens til å karakterisere som "misbruk" et alkoholforbruk som var høyere og annerledes enn det de selv hadde. Som vitenskapelig begrep er derfor "misbruk" helt uhensiktsmessig, sa Reinås.

Er det en tilfeldighet hvem som får problem?

På 60-tallet skrev visedikteren, Phil Ochs sangen "There but for fortune..." som bl.a. inneholdt følgende tekst:

"Show me the whiskey stains on the floor,
Show me the drunkard as he stumbles to the door,
And I'll show you a young man
with so many reasons why.
There but for fortune, go you or I — you or I."

Teksten uttrykker et tankeinnhold og en forklaringsmodell som har vært vanlig, og som også er utbredt i dag, nemlig at det er tilfeldig hvem som får et avhengighetsproblem: Det kan bli deg, det kan bli meg (men forhåpentligvis blir det ingen av oss). Vi kan se at en del av forebyggingstankegangen og de rusgiftforebyggende tiltakene tar utgangspunkt i denne modellen. Når man skal ha forebyggende undervisning i en skoleklasse med 30 elever, og gir alle elevene den samme undervisningen, forestiller man seg at alle de 30 står overfor en risiko for å pådra seg en rusgiftskade eller et rusgiftproblem. Da er intensjonen at man skal forebygge i forhold til alle elevene. Spørsmålet er om alle elevene har like stort behov for denne typen undervisning, eventuelt om behovet for forebyggingstiltak kan være forskjellig for grupper av elever i samme klasse.

Også enkelte pårørende grupper har understreket at "stoffproblem rammer tilfeldig". Dette kan ha som hensikt å mane til aktpågivenhet hos alle foreldre og pårørende, noe det er grunn til å støtte. Men påstanden kan også bidra til å redusere skyldfølelse og skam hos de familier som blir rammet, og det er kanskje også en grunn til at den framsettes.

Selv om undersøkelser og statistikk ikke støtter tilfaldighetstankegangen fullt ut, finnes det her likevel en forbindelse mellom det individuelle og det kollektive nivået, som vi kan se litt nærmere på. Det er nemlig slik at den kollektive, samfunnsmessige organiseringen og det risikonivå vi som samfunn utsetter de enkelte samfunnsmedlemmer for, vil ha stor innflytelse på hvem og hvor mange som pådrar seg problemer med rusgifter.

Symptomteorien

På 70-tallet var den s.k. "Symptomteorien" utbredt i mange kretser. Teorien går ut på at alkohol- og narkotikaavhengighet er et symptom på andre bakenforliggende, sosiale, psykologiske og økonomiske forhold. I et stortingsdokument om narkotikapolitikken fra midten av 70-tallet het det bl.a.

"Det er departementets oppfatning at misbruk av avhengighetsskapende stoffer, såvel i yngre som i eldre aldersgrupper, hovedsaklig må sees som symptom på personlige, familiemessige, og sosiale problemer, med derav følgende mistriivsel og mistilpasning".

Samme sted heter det:

"Misbruk av avhengighetsskapende stoffer er et symptom, og ikke noen klart avgrensbar sykdomsenhet. Dette symptom kan opptre ved en rekke forskjellige sykdoms og avvikstilstander" (Stortingsmelding, nr. 66 (1975 76) "Om narkotikapolitikken")

Den gang sa man det motsatte av det man sier i dag. Mens man nå forsøker å definere avhengighet som en avgrensbar tilstand som trenger en særlig tilnærming, og avhengighetsbehandling som et eget fagfelt, så man på den tiden offisielt på avhengighetsproblemet som en følgetilstand av andre, bakenforliggende faktorer.

I radikale politiske miljøer har man også svært lenge hatt en tilsvarende analyse. Dersom man bare fikk rettet opp de økonomiske skjevhetene og urettferdighetene i samfunnet, så skulle rusgiftproblemene forsvinne. Carl Jeppesen, som bl.a. var redaktør i

"Socialdemokraten" (Nåv. Dagsavisen) på slutten av 1800-tallet, skrev følgende:

"De berusende drikker er ikke aarsagen til den trang mange mennesker har til at bedøve sine sandser (beruse sig), de berusende drikke er midlet, hvorved trangen for tilfældet tilfredsstilles. Jeppe drak sig selv til skam og skade. Hvorfor drak Jeppe? Var det fordi han var tørstig og brændevinet smakte ham saa godt?

Nei, Jeppe drak fordi brændevinet hjalp ham til aa glemme skammen over Nille og smerterne av ridefogdens pisk. Tag brændevinet fra Jeppe, og den sorg han før dempede i rusen vil gjøre ham til gal eller til selvmorder. Tag derimot fra ham Nille og ridefogdens pisk, med andre ord: giv ham en snill kone og en bra arbejdsherre, og Jeppe skal være en ordensmand. Hvorfor drikker nutidens mennesker? Av samme grund som Jeppe: For at dulme sine lidelser, for at oppkvikke sit overanstrengte legeme eller for at glemme sine sorger."(Carl Jeppesen, Socialdemokraten 1898).

Denne analysen av årsakene til rusgiftproblemet stod fortsatt sterkt på 70-tallet, og er også en underliggende strømning i dagens rusgiftdebatt.

Er det de beste som rammes?

Men det finnes andre, konkurrerende tankeganger. For eksempel Jack London, som selv hadde et problematisk forhold til alkohol, skrev i 1913:

"Ut fra dette syn retter jeg fordømmelsen mot Kong Alkohol. For det er nettopp alle de

gode kameratene, som er noe verdt, de som lider av den svakhet å ha for meget styrke, for meget humør, for meget ild og varme og flott fandenskap i seg – det er dem han forfører og ødelegger. ... Min påstand er jo tvert i mot at det nettopp er de beste i hver generasjon som Kong Alkohol ødelegger... Hvis Kong Alkohol ble ryddet vekk, ville disse kjekke, fandenivoldske fyrene bli født til verden som før, men de ville utrette noe istedenfor å gå til grunne" (Jack London: "Kong Alkohol" Norsk Utgave 1965).

Jack London hevder altså at det er de beste blant oss som blir rammet av alkoholproblemer. Har Jack London rett i det? Hvem er det som drikker mest? Er det de isolerte, tilbaketrukne, forsiktige, eller er det de utadvendte, selskapelige, populære typene? Det er fristende å se dette i sammenheng med dagens forskning på "sensation seeking behaviour", hvor det hevdes at ca. 10 prosent av oss har en genetisk tilbøyelighet til å oppsøke spenning og farefylte situasjoner, og at bruk av alkohol og narkotika kan være én av disse risikofylte situasjonene som blir oppsøkt, både på grunn av spenningen ved påvirkningen, og det farefylte ved bruken.

Fører kriminalitet til avhengighet?

Mange undersøkelser viser en sterk sammenheng mellom kriminalitet og avhengighet. Et flertall av de innsatte i norske fengsler har avhengighetsproblemer. En dominerende ideologi har da også vært at stoffbruk fører til kriminalitet. En vekselvirkning mellom alkohol- og stoffbruk og kriminalitet er mer sannsynlig. Mye av den voldskriminalitet som begås i Norge har utvilsomt sammenheng med alkoholpåvirkning. Det er også gjort en del undersøkelser hvor man har sett på tidsrekkefølgen mellom for eksempel bruk av heroin og arrestasjon. En engelsk undersøkelse viser for eksempel at kriminalitet ofte går forut for tung stoffbruk og avhengighet. Av 100 engelske fengselsinnsatte hadde 67 vært i fengsel før de prøvde heroin. 8 tok heroin for første gang i fengsel (Dalrymple 2006). En tilsvarende norsk undersøkelse av innsatte sprøytebrukere, viste at ¾ oppga andre grunner enn narkotika som årsak til at de ble arrestert første gang, mens ¼ oppga narkotika som grunn. Her var det imidlertid kjønnsforskjeller, ved at ca. halvparten av kvinnene oppga narkotika som grunn til første gangs arrestasjon, mot 1/5 av mennene. (Skretting 1995).

Ingen av disse undersøkelsene ser på cannabis i forhold til kriminalitet. Men Skretting antyder at regulær bruk av cannabis i stor grad er knyttet til avvikende miljøer som også kan være involvert i kriminalitet. På den annen side kan bruk av cannabis bidra til stigmatisering og utstøting fra "normal-gruppen", og være med på å knytte ungdom til slike avvikende kulturer.

Det er altså en sannsynlig vekselvirkning mellom rusgiftbruk og kriminalitet. En reduksjon av det generelle forbruksnivået for alkohol, og en mer vellykket strategi for å forebygge illegal stoffbruk vil sannsynligvis redusere kriminaliteten. Men – og i denne sammenhengen det viktigste – gode kriminalitetsforebyggende tiltak vil sannsynligvis også redusere rusgiftbruken og dermed også avhengighetsproblematikken.

Psykisk sykелighet og avhengighet

Det er gjort utallige undersøkelser som påviser en sterk sammenheng mellom psykisk sykелighet og avhengighet. I kommunehelsetjenesten, i barne- og ungdomspsykiatrien, i de psykiatriske institusjonene, i institusjoner og tiltak innenfor avhengighetsbehandling

og i fengslene finner man en kombinasjon av psykiske lidelser og avhengighet hos et stort antall av klientellet. Vi finner at ca. halvparten av alle pasienter i barne- og ungdomspsykiatrien og 75 prosent av barnevernsklientene har tilleggsproblematikk med avhengighet.

I mange tilfeller er det grunn til å tro at de psykiske lidelsene har lagt et grunnlag for selvmedisinering med for eksempel alkohol, beroligende medikamenter eller illegale stoffer, mens i andre tilfeller har kanskje rusgiftbruken vært med på å framkalle de psykiske lidelsene. En slik sammenheng er for eksempel utvetydig fastslått mellom schizofreni og cannabisbruk. I atter andre tilfeller kan rusgiftbruken være med på å forsterke allerede eksisterende psykiske lidelser, og gjøre behandling av sykdommen vanskeligere.

Risikofaktorenes betydning for avhengighetsutviklingen i samfunnet

Vi har altså slått fast at vekselvirkningen mellom risikofaktorer og avhengighet kan gå begge veier. Kriminalitet og psykisk sykkelighet fører til avhengighet. Avhengighetsutvikling fører til psykisk sykdom og/eller kriminalitet. Sensation seeking kan føre til avhengighet. Men hverken kriminalitet, psykisk sykkelighet eller sensation seeking er tilstrekkelige betingelser for å skape avhengighet.

I diskusjonen om for eksempel alkoholpolitikken i samfunnet, blir det av og til framstilt som om det er noen få, et mer eller mindre stabilt antall personer, som er forutbestemt til å få avhengighetsproblemer. Disse vil få tak i sine rusgifter og utvikle sine avhengighetsproblemer uansett, så vi kan ikke legge opp for eksempel alkoholpolitikken etter disse. Dette resonnementet bygger imidlertid på den feiloppfatning at avhengighetsrisikoen bare skulle gjelde en liten gruppe i befolkningen. Statistikk og undersøkelser kan imidlertid påvise at en svært stor andel av befolkningen har en sårbarhet i forhold til disse problemene. For eksempel kan det påvises at av alle barn og unge i Norge opplever ca 15 - 20 prosent psykiske vansker, blant 15-16 åringene ca 17 prosent. Blant 15-16 åringer i Oslo er tallet 24 prosent . Av alle barn og unge i Norge har ca. 8 prosent psykiske lidelser. Tallet for Oslo er trolig ca 10 prosent (Folkehelseinstituttet).

Ullevål Sykehus har i sin "Handlingsplan for psykisk helsevern for barn og unge i Oslo-området 2004-2005" slått fast at tilbudet innen psykisk helsevern for barn og unge i Oslo-området bør omfatte minimum 5,5 prosent av barne- og ungdomspopulasjonen. På landsbasis er tallet 5 prosent. Disse skal ha et tilbud innen spesialisthelsetjenesten. Det er altså ingen liten andel av barne- og ungdomsbefolkningen som befinner seg i en sårbar posisjon i forhold til avhengighetsproblemer.

Utbredelsen av rusgiftproblemer og psykiske lidelser(etter DSM-IV-kriterier) kan illustreres ved en undersøkelse som ble gjennomført blant et representativt utvalg av Oslo-borgere i alderen 18-65 år. Undersøkelsen viste en livstidsforekomst av psykiske lidelser, inklusive rusgiftproblemer på 52,4 prosent, hvorav rusgiftproblemene utgjorde den største gruppen, med 22,7 prosent (alkohol) og 3,4 prosent (narkotika).

Andelen i undersøkelsen som hadde opplevd ett eller flere psykisk problemer det siste året var på 32,8 prosent, hvorav rusgiftproblemene også her utgjorde den største gruppen med 10,6 prosent (alkohol) og 0,9 prosent (narkotika) (Kringlen og medarbeidere 2001).

Barn i familier med rusgiftproblemer

Vi vet ikke hvor mange barn som lever i familier hvor en eller begge foreldrene har alvorlige avhengighets- og/eller fylleproblemer, men må gå ut fra at både den sosiale arven og traumatiske opplevelser på grunn av foreldrenes fyll i oppveksten kan øke sårbarheten for barns egne avhengighetsproblemer. Et forsøk på å anslå antallet slike barn ble gjort i 1985. Hansen fant at 60 prosent av alle rusgiftproblematikere var eller hadde vært gift i 1977. Dette tilsa da at 125-180.000 mennesker hadde avhengighetsproblemer og levde/hadde levd i parforhold. Dersom 75 prosent av denne gruppen hadde barn og et gjennomsnittlig barnetall på 1,7, levde mellom 160.000 og 230.000 barn til enhver tid sammen med en mor eller far med et høyt inntak av alkohol. Dette skulle innebære at ca. hvert femte barn lever under oppvekstforhold hvor alkohol er et problem i familien (Hansen, 1985). I hvor stor grad dette innebærer påkjenninger for alle barn i en slik situasjon, eller i hvor stor grad dette påvirker barnas sårbarhet for avhengighetsproblemer, vites ikke. Men størstedelen av barnevernets arbeid handler om saker der alkohol- eller narkotikaproblemer går ut over barna. Voldsbruk eller alvorlig omsorgssvikt er gjerne utløsende årsak til at sakene kommer opp. Men for hver slik sak er det antakelig 15 andre familier hvor mor, far eller begge bruker alkohol eller stoff på en slik måte at det går ut over barna (Follerås 1992).

Risikosøking

Den amerikanske forskeren Zuckerman fant ut at visse mennesker systematisk søker stimuli utover det som er optimalt. Han fant ut at kanskje så mye som 10 prosent av befolkningen er høy-stimuli-søkere. Han fant også ut at HS-personer er mer villige enn andre til å prøve nye - også forbudte stimuli. Nå er det ikke slik at alle høystimulisøkere blir alkohol- eller narkotikaavhengige. Det er mange valgmuligheter.

Fallskjermhopping, alpinsport og risikosport er noen av valgmulighetene, men alkohol, narkotika og kanskje spilleautomater og nettpoker er også med blant den mer lett-tilgjengelige delen av utvalget. Her kan det også ligge en klassesdimensjon. Det er kanskje ikke en tilfeldig sammenheng mellom hvilken klassemessig og økonomisk status man har, og hvilke høystimulaktiviteter man har mulighet til å velge. Det er vel heller ikke slik at den ene typen sensation seeking utelukker en annen, men kanskje heller slik at man kombinerer. Siden alkohol er så lett tilgjengelig, vil den ofte være med i assortimentet også blant folk i en gunstig økonomisk og sosial posisjon. Sett under ett, dersom sensation-søkerne har en økt sårbarhet for avhengighetsutvikling, så utgjør ikke disse noen liten andel av befolkningen. 10 prosent av Norges befolkning tilsvarer om lag 460 000 mennesker.

Resiliens

Enkelte fagfolk sier de kan se det allerede i barnehagen hvilke barn som kommer til å få problemer når de vokser til. Og i alle fall ser de det dersom de også har kontakt med problemfamiliene. Men noe som har slått en rekke forskere, er at det slett ikke er alle disse barna det går dårlig med. I mange undersøkelser er det blitt påvist at det tilsynelatende går bra med mange av disse personene. En del av forskningsinnsatsen i dag rettes derfor også mot å forske på hvilke faktorer det er som fører til at personer man i

utgangspunktet skulle tro hadde høy sårbarhet, likevel greier seg. En slik motstandsdyktighet kalles resiliens.

En undersøkelse som ble gjort på Hawaii hadde plukket ut følgende sårbarhetsfaktorer hos barn:

- Perinatalt stress
- Kronisk fattigdom
- Foreldre med lav formell utdanning
- Disorganisert familiemiljø
- Liten stabilitet i familien
- Alkoholiserede foreldre
- Vold i hjemmet
- tenåringsmor
- Omsorgssvikt

I denne undersøkelsen ble det påvist at det - mot alle odds - gikk bra for ca. en tredjedel av barna. Forfatterne nevner at genetiske forhold kan spille en rolle. Andre faktorer som det pekes på er at de resiliente barna hadde normal intelligens, var sjarmerende og tiltrakk seg positive reaksjoner fra foreldre, søsken, besteforeldre og andre. Videre knyttet de følelsesmessige bånd til besteforeldre og søsken i tillegg til foreldrene. Forfatterne nevner også et ytre støtteapparat, som skole, kirke og ungdomsgrupper som belønnet kompetanse og tilbød samarbeid. (Kauai-undersøkelsen – etter Helmen Borge 2003)

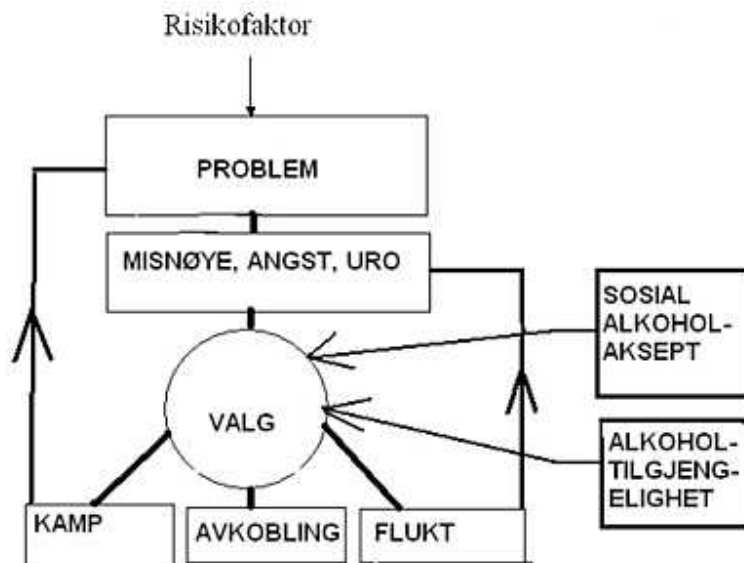
Disse faktorene viser betydningen av sosiale relasjoner for en resilient utvikling, og kan kanskje også si noe om betydningen av relasjoner i et behandlings- og rehabiliteringsarbeid. Men fortsatt er det ikke forklart hvorfor det går bra med mange barn som egentlig skulle ha greid seg dårlig.

Ikke et individuelt, men et kollektivt problem

Når vi nå har sett på enkelte risikogrupper, som for eksempel personer med kriminalitetsproblemer, barnevernsklinter, pasienter i barne- og ungdomspsykiatrien, barn i familier med rusgiftproblemer, og høystimulisøkerne, så står det klart for oss at disse til sammen utgjør store andeler av befolkningen med en forhøyet sårbarhet. Det er ikke realistisk å tro at personer i disse gruppene skal forebygge og løse sine avhengighetsproblemer selv. Rusgiftproblematikken er ikke et individuelt problem, men et kollektivt problem. Disse problemene må bearbeides og løses på samfunnsnivå. Ved hjelp av behandling kan vi nok redusere eller kontrollere problemene for enkelte, og mange rusgiftavhengige kan også greie å ta kontrollen selv, med eller uten hjelp, men så lenge de problemproduserende faktorene er tilstede, vil det stadig komme nye behandlingstrengende til.

Og hva med oss selv? Er vi utenfor enhver fare? Faren for å bli påvirket av andres avhengighets- og fylleproblematikk er absolutt tilstede. Intet menneskeliv er problemfritt. Svært mange av oss vil i en eller annen livsfase være sårbare selv. Risiko for utvikling av avhengighet vil bero på hvor mange og hvor sterke risikofaktorer vi utsettes for, i tillegg til vår grunnleggende eller ervervede sårbarhet, sa Reinås.

Avhengighetsrisikoen = sårbarhet x eksponering for risikofaktor.



Figur 2: Hva skjer i en problemsituasjon?

Figur 2 illustrerer skissemessig hva som skjer når man opplever en eller flere risikofaktorer, et økonomisk problem, et familieproblem, et overgrepssproblem, et psykisk problem. Problemet gir seg utslag i en følelse av misnøye, angst, uro, og man befinner seg objektivt sett i en valgsituasjon. Selv om man ikke opplever at man har et valg, og selv om ikke alle valgmuligheter er like åpenbare, så kan man likevel si at man i grove trekk har tre muligheter.

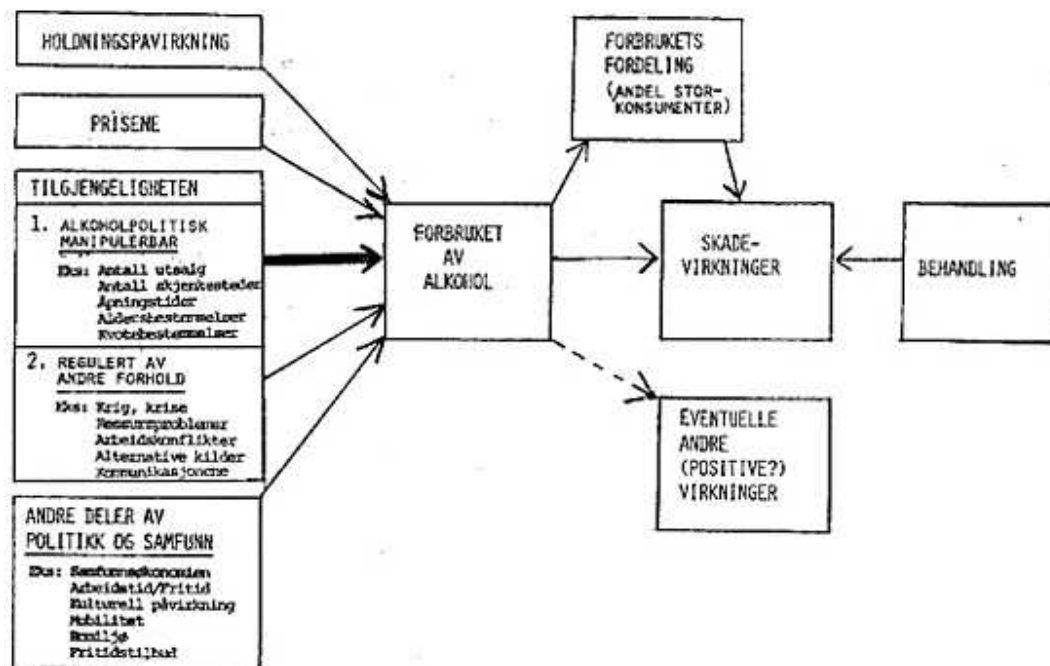
- Man kan velge å flykte fra problemet, gjennom for eksempel å døyve det med alkohol. Da vil man påvirke den følelsen av misnøye, angst og uro som problemet skaper. Men problemet vil sannsynligvis ikke bli påvirket av dette, og vil gjøre seg gjeldende igjen når alkoholen forsvinner. Dersom man gjør samme valget flere ganger, får man en sirkelbevegelse som innebærer passivitet i forhold til selve problemårsaken.
- Man kan også velge å koble av fra problemet, i den hensikt å ta fatt på det senere. Ideelt bør en avkobling føre til at man vender sterkere tilbake for å ta fatt på problemet. Men da bør man også velge avkoblingsmetoder som gjør at man blir sterkere eller bedre rustet. Fysisk sett er ikke alkoholbruk en avkoblingsmetode som da bør velges.
- Man kan i valgsituasjonen også velge å bearbeide og bekjempe problemet, hvilket forhåpentligvis fører til at problemet på kort eller lang sikt blir mindre eller forsvinner, eller blir håndterbart. En slik problemløsning kan man ikke alltid gjøre alene. Men man kan søke sammen med andre som opplever samme problem, med sikte på felles løsning. Man kan søke hjelp, dersom det er et for stort problem. Når problemet blir mindre, vil også misnøyefølelsen og uroen bli mindre, og behovet for å døyve, flykte fra eller koble av fra problemet vil bli mindre eller forsvinne.

Hva er det så som påvirker om vi skal velge flukt eller avkobling med for eksempel alkohol når vi opplever problemer? Grovt sett kan vi si at vi blir påvirket av to faktorer. Den første er den sosiale og kulturelle akseptering av alkohol i samfunnet, i omgangskretsen, i familien, samt de alkoholvaner vi har lagt oss til, det er de tradisjoner og kulturinnslag som forteller oss når, hvor, hvorfor og hvordan vi skal bruke alkohol. Denne alkoholaksepten i samfunnet er blitt sterkere i årene etter krigen, og antallet personer som ikke bruker alkohol er blitt langt færre.

Den andre faktoren er tilgjengeligheten av alkohol. Tilgjengeligheten består naturligvis av salgs- og skjenkesteder for alkohol, men også av åpningstider, aldersgrenser og andre reguleringer. Et utvidet tilgjengelighetsbegrep vil også inkludere priser og økonomi, dvs. hvor store økonomiske utlegg vi må yte for en viss mengde alkohol. Vi kan fort slå fast at både fysisk og prismessig er alkohol blitt mer tilgjengelig enn tidligere.

Alkoholaksept og alkoholtilgjengelighet vil også påvirke hverandre gjensidig, slik at økende alkoholaksept fører til sterkere krav om for eksempel nye vinmonopolutsalg, til at alkohol blir tilgjengelig i flere situasjoner, for eksempel i arbeidslivs- sports- og fritidssammenhenger, til at alkohol blir servert i flere familie- og hjemmesituasjoner.

Det bør kanskje tillegges at markedskrefter og økonomiske interesser søker å påvirke begge disse faktorene, gjennom for eksempel reklame, ny produktlansering, og nye etableringer av omsetningssteder. Skissemessig kan alle de faktorer som påvirker vårt alkoholforbruk skisseres som i figur 3.



Figur 3: Hva påvirker totalforbruket av alkohol?

Den forskningsmessig anerkjente indikatoren på at alkoholavhengighetsproblematikken øker, er at det gjennomsnittlige alkoholforbruket øker i befolkningen. Dersom gjennomsnittsforbruket øker til det dobbelte, øker antallet storkonsumenter til det firedobbelte. Antallet forbrukssituasjoner, hvor moderate alkoholkonsumenter blir utsatt

for økt risiko, øker også. Gjennomsnittsforbruket av alkohol i Norge er nå høyere enn det har vært siden midt på 1870-tallet. Risikofaktoren alkohol får stadig større betydning, noe som igjen gjør at andre risikofaktorer ikke trenger å være så sterkt tilstede for at en avhengighetsutvikling skal settes i gang.

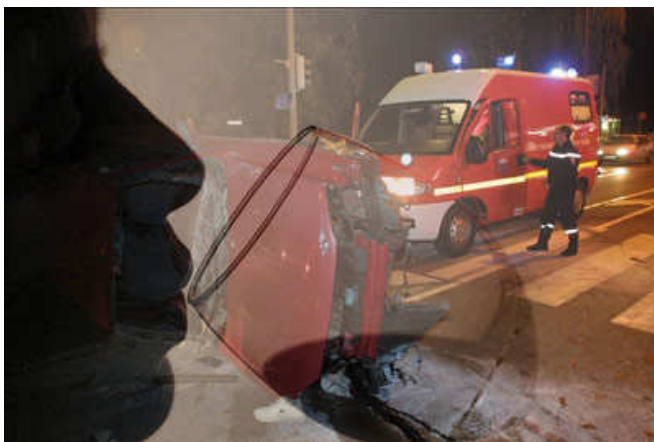
I alkoholpolitikken er det også vanlig å skille mellom påvirkbare og mindre påvirkbare faktorer. Ser vi på figur 3, ser vi fort hvilke faktorer som er påvirkbare, og hvilke som ikke er det. Men å påvirke disse faktorene i en forbruksreducerende retning krever politisk mot og lederskap. Det blir et verdivalg: Hvor store avhengighetsproblemer eller andre rusgiftproblemer er vi villige til å akseptere i samfunnet? Hvilke innskrenkninger i vår egen frihet som forbrukere er vi villige til å akseptere for å forebygge og redusere avhengighetsproblemene blant oss, og hvilke politikere er det som tør si oss sannheten om dette?

Kapittel 6: Innsats overfor de mest langtkomne

Innspill til en helhetlig rusgiftpolitikk

(Innspill til en helhetlig rusgiftpolitikk. Mot Rusgift nr. 3/4-2009. Dette er FMRs innspill til det s.k. Stoltenbergutvalget – som bl.a skulle vurdere en eventuell forskrivning av heroin til stoffavhengige.)

I den offentlige debatten har det vært sterkt fokus på de synlige rusgiftproblemene i sentrumsområdene i de største byene våre. Men feltet er mye videre enn dette. Vi har forsøkt å foreslå tiltak på en del områder hvor vi opplever at det mangler offentlig aktivitet i dag, selv om disse forslagene på ingen måte vil gjøre rusgiftpolitikken komplett. Det nedsatte Stoltenbergutvalgets fokus på nettopp de mest langtkomne brukerne av illegale rusgifter gjør et sett av kompletterende innspill desto mer nødvendig.



Innsatsområder

Rusgiftfeltet kan ideelt sett deles opp i følgende aktivitetsområder:

- Forebygging
- Behandling
- Lavterskel helse- og omsorgstiltak
- Kontrollpolitikk – lovhandhevelse og sanksjoner
- Forskning og dokumentasjon
- Internasjonal rusgiftpolitikk

På hvert av disse punktene har vi tillatt oss å foreslå noen få tiltak, blant et mylder av tiltak som kunne ha vært valgt.

Forebygging

- Forskning har vist at norske skoleelever har utilstrekkelige kunnskaper om alkohol og narkotika. Det foreslås at rusgiftkunnskap, tilpasset alderstrinnet, skal inn som et gjennomgående tema i fagplanene i grunnskole og videregående skole. Denne undervisningen må knyttes opp mot foreldrerettet arbeid.
- Midler til rusgiftforebyggende tiltak i skolen legges inn i rammetilskuddet til alle kommuner.
- Det etableres et nasjonalt program for rusgiftundervisning, som inkluderer utvikling av læremidler og kvalifisering og etterutdanning av lærere. Det bør være en AN-lærer på hver skole.
- Frivillige organisasjoner har en viktig rolle å spille i forebyggende arbeid, både ved å engasjere og ved å aktivisere. Vi vil videreføre ordningene med tilskudd til rusgiftpolitiske organisasjoner, både nasjonalt og på kommuneplan. Disse overføringene bør være så store og forutsigbare at de tillater en organisasjon å drive en virksomhet som kan konkurrere om oppmerksomheten med kommersielle tiltak.
- Vi går inn for å etablere et nasjonalt forebyggingsforum, med blandet deltakelse fra frivillige rusgiftpolitiske organisasjoner, forskningsfora, helseforetak og kommuner. Forumet skal være rådgivende for Helse- og omsorgsdepartementet, Justisdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet.
- Helsefaremerking av alkoholvarer blir nå gjennomført flere steder i utlandet. Vi går inn for at alkoholvarer i Norge skal merkes som trafikkfarlige, farlige for gravide og sterkt avhengighetsskapende.

Behandling

- 60 prosent av innsatte i kriminalomsorgen har rusgiftproblemer. Mange av disse befinner seg til andre tidspunkter i spesialisthelsetjenestens behandlingsinstitusjoner. Gjennomføringsgraden ved frivillig behandling er ofte

lav, mange dropper ut etter kort tid, eller sprekker på permisjon, eller møter ikke opp for å bruke den behandlingsplassen de er blitt tildelt. Erfaringer har vist at straffedømte som soner i institusjon har bedre gjennomføringsgrad og ofte bedre behandlingsresultater enn andre grupper i samme institusjon. Vi går inn for at innsatte med avhengighetsproblemer i større grad får sone i behandlingsinstitusjon etter Straffegjennomføringslovens §12, og hvor en større andel av plassene blir forbeholdt straffedømte.

- Narkotikaprogram med domstolskontroll er et alternativ som prøves ut i Oslo og Bergen. Erfaring synes å vise at man lykkes best med de yngste klientene. Vi går inn for å utvide dette forsøket til et fast tiltak over hele landet, og vil målrette det mot en yngre og ikke så kriminelt belastet målgruppe.
- Behandlingsinnsatsene innenfor spesialisthelsetjenesten blir ofte nytteløse dersom det ikke finnes et tilstrekkelig oppfølgingsapparat i kommunen. Denne oppfølgingen dreier seg både om bolig, sysselsetting, eventuell skolegang, og nettverksorienterte tiltak. Dette må kommunene få ressurser til. Vi vil derfor legge inn midler i kommunenes rammetilskudd, øremerket for oppfølging avhengighetsklienter.
- I tillegg bør kommunene stimulere til etablering av selvhjelpsgrupper, og samarbeide med organisasjoner som driver slike grupper i sin regi.
- Alle avhengighetspasienter er ikke like, og har ikke samme behov. Vi trenger derfor et differensiert behandlingsapparat. Noen har behov for å være i dette apparatet over lang tid. Relasjonene som blir bygd opp, er viktige. Samtidig trenger pasienter å komme raskt inn, ventetidene må ned. Vi går inn for å øke kapasiteten ved å øke antallet institusjonsplasser i alle helseregioner, hvorav noen institusjoner bør være spesialdesignet for pasienter som er i Legemiddelassistert Rehabilitering, LAR. Vi går inn for å bevare relasjoner, ved at institusjonene får anledning til å etablere oppfølgingsboliger, knyttet til institusjonsmiljøet, men hvor spesialisthelsetjenesten og kommunen samarbeider om utgiftene. Det må opprettes enheter for akuttavgiftning i de største byene, hvor overdoseofre og andre under akutt påvirkning kan bli lagt inn til avgiftning, observasjon og utredning, med tanke på nevrologiske skader og psykiske lidelser i tillegg til rusgiftavhengigheten. Overgang herfra til ordinær behandling bør være sømløs, dvs. ingen ventetid fra avgiftning til behandling.
- Målet med stoffavhengighetsbehandling i Norge bør fortsatt være stoff-frihet, mens LAR skal være et supplement.
- Vi vil etablere polikliniske behandlingstilbud for cannabisavhengige i de største byene, i tråd med erfaringer som allerede er høstet i Oslo, Kristiansand, Stavanger og Tromsø.
- Erfaring har vist at der avhengighetsbehandlingen organiseres i et eget rusgiftforetak, som i Midt-Norge, fungerer behandlingsapparatet best, også samarbeidet med de private tjenesteyterne. Vi vil derfor gå inn for at alle helseregioner skal ha et eget rusgiftforetak, som fungerer sideordnet og likeverdig med psykiatri og somatikk, og som gjennom dette har tyngde til å fremme et samarbeid på tvers av sektorer.

- Opptrappingsplanen for rusgiftfeltet må følges opp med økonomiske midler for å bli et løft for feltet. Vi går inn for en gradvis økning av bevilgningene til feltet over en 10-årsperiode, hvor innsatsen fordeles mellom spesialisthelsetjeneste, forskning, kriminalomsorg, frivillige rusgiftpolitiske organisasjoner og kommuner.

Lavterskel helse- og omsorgstiltak

Selv om ikke-bruk av illegale rusgifter og alkoholfrihet bør være målet for all avhengighetsbehandling, finnes det etapper på veien dit. Det er et faktum at langtkomne stoff- og alkoholavhengige ofte lever et liv under uverdige forhold, samtidig som de også er en belastning for seg selv, sine nærmeste, for lokalmiljø og for storsamfunn.

Vi går derfor inn for at det etableres feltpleiestasjoner eller andre lavterskel helsetilbud i alle kommuner som har mange klienter med avhengighetslidelser. Disse bør være tilknyttet dagsentre, varmestuer eller boligtilbud hvor disse klientene ellers samles. Her bør det gis sårbehandling, sosialfaglig veiledning, og også tilbys HIV-tester, samtidig som disse instansene kan være en formidler inn i hjelpeapparatet, enten dette gjelder avhengighetsbehandling, psykiatri eller behandling for somatiske lidelser.

Det har vært gjort et forsøk med sprøyterom i Oslo. Forsøket er evaluert, men har ikke ført til nedgang i overdosedødsfall, har i liten grad gitt sosialfaglig oppfølging, er blitt lite brukt av de registrerte brukerne, og arbeidet der har vært en stor belastning for de ansatte. I tillegg er tiltaket ekstremt dyrt. Hver injeksjon i rommet koster samfunnet over 1000 kroner. Forsøket bidrar også til en defacto legalisering av heroin, den kanskje mest avhengighetsskapende rusgiften man kjenner. Selv om det kan hevdes at tiltaket gir brukerne større verdighet i brukersituasjonen, hjelper det lite, når resten av tilværelsen er like uverdig, og brukerne må livnære seg ved kriminalitet, narkotikasalg, tigging og prostitusjon. Vi vil derfor gå inn for å avvikle tiltaket, og bruke midlene på andre lavterskeltiltak, som i større grad peker ut over sprøytebrukertilværelsen.

Kontrollpolitikk – håndhevelse og sanksjoner

Selv om aldersgrensene for kjøp av øl og vin er 18 år, alkoholdebuterer norsk ungdom gjennomsnittlig når de er 14,6 år, mange langt tidligere. Ungdom som debuterer tidlig har vist seg å få et høyere alkoholforbruk enn ungdom som debuterer senere. En målsetting blir bl.a. derfor å utsette alkoholdebuten lengst mulig. Samtidig viser undersøkelser at øl er ungdommens rusdrikk nr. 1, og salgsstatistikken viser at øl og rusbrus utgjør nesten halvparten av alkoholomsetningen. Utviklingen i ungdommens alkoholforbruk har den siste tiårsperioden vært svært urovekkende, hvor gjennomsnittsforbruket for unge jenter har fordoblet seg. Fra USA har man erfaring for at å heve aldersgrensene bidrar til lavere alkoholforbruk og færre trafikkulykker blant unge. Vi vil derfor gå inn for å heve aldersgrensen for øl og vin fra 18 til 20 år.

Et flertall av kommunene har i dag utvidet skjenketid til kl. 03.00. Dette medfører at spesielt unge mennesker ikke går ut før nærmere midnatt, og at de ofte er alkoholpåvirket

allerede når de ankommer utestedene. Dette fører til bråk på kommunikasjonsmidlene både til og fra utestedene, samt bråk, trusler og vold i gatene, spesielt etter stengetid. Både landets politimestre og KRÅD har oppfordret kommunene til å stoppe skjenkingen tidligere. Vi vil gå inn for en endring av alkoholloven som setter maksimal skjenketid til kl. 01.00, men støtter selvsagt også Regjeringens forslag om en reduksjon til kl. 02.00. Det vil være et bidrag i riktig retning.

Norge har, i likhet med det store flertallet av verdens land, valgt å kriminalisere import, omsetning, innehav og bruk av narkotika. 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 andre deler av næringslivet. De stoffavhengige er en viktig drivkraft i narkotikatrafikken, som selgere og spredere på gateplan. At man innenfor kriminalomsorgen og i spesialisthelsetjenesten lykkes i innsatsen for å stoppe deres omsetningsvirksomhet, vil være et viktig bidrag til å forhindre nyrekruttering og økt avhengighetsutvikling.

- Vi krever at all illegal omsetning og spredning av narkotika må følges opp av politi og rettsvesen.
- Vi ønsker å forhindre all etablering av offentlig kjente narkoscener, som tidl. Plata i Oslo og Nygårdsparken i Bergen.
- Vi ønsker å styrke tollvesenets innsats for å forhindre smugling av stoff til Norge.
- Vi ønsker å styrke politiet, og målrette ressursene både mot gatepatroljering, spaning og etterforskning av narkotikalovbrudd.
- Vi ønsker narkotikalovbrudd raskt pådømt, med et behandlingstilbud i den andre enden for alle gjerningspersoner som samtidig har et avhengighetsproblem.
- 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

Norge ligger langt framme når det gjelder rusgiftforskning. Dessverre blir mye av forskningen borte for allmenheten, fordi forskerne publiserer på engelsk, i internasjonale journaler. Vi krever at forskningsartikler blir publisert på norsk, like tidlig som de blir publisert internasjonalt.

Vi har dårlige statistikkssystemer for dokumentasjon av behandling og omsorg. Dette forhindrer oss i å utvikle spesialtilpassede tilbud til pasientgrupper med særlige behov. Det er ulike statistikkssystemer innenfor ulike deler av spesialisthelsetjenesten, det er

vanntette skott mellom private institusjoner og offentlige instanser, og de regionale helseforetakene har ikke oversikt over hvor mange rusgiftpasienter de har eller hvem disse er.

Vi vil gå inn for at ett felles kartleggings skjema for avhengighetspasienter blir benyttet, og at alle elektroniske journalsystemer blir tilpasset dette, både i førstelinjetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Vi vil gå inn for at alle regionale helseforetak har en personidentifiserbar pasientdatabase, med oversikt over alle avhengighetspasienter som mottar behandling i et offentlig eller privat behandlingstiltak i regionen.

Internasjonal rusgiftpolitikk

Alkoholpolitikk er gjenstand for stadig større oppmerksomhet internasjonalt, og i mange land går tendensen i retning av mer omfattende restriksjoner. Selv om vi i Norge har et økende alkoholproblem, ligger vårt alkoholforbruk aller lavest i Europa. Norge må følge opp den kunnskapsbaserte politikken, gjennom å gjøre norske erfaringer kjent i FN, i Europa og i Nordisk råd. Norge bør også ta initiativ til internasjonale alkoholpolitiske konferanser og kongresser.

Når det gjelder narkotikapolitikk, må Norge være aktive når det gjelder å fremme forståelsen for og forsvaret av FNs narkotikakonvensjoner og behovet for en politikk som legger hovedvekten på etterspørsels- og tilgjengelighetsreducerende tiltak.

Norge bør delta i alle de offisielle samarbeidsfora som er etablert på narkotikapolitikken område internasjonalt, og spesielt gjøre sin innflytelse gjeldende innenfor EMCDDA i Lisboa, hvor vi er medlem.

Det bør etableres en offentlig reisestipendordning for frivillige organisasjoner som ønsker å gjøre seg kjent med behandlingsvirksomhet eller rusgiftpolitisk forebyggingsarbeid i andre land.

Kapittel 7: Alternativer til straff

Narkolovbrudd og straff

(Dette kapitlet er opptrykk av artikkelen "Narkolovbrudd og straff" fra Mot Rusgift nr. 64/65.)

Forholdet mellom strafferammer og straffeutmåling i narkotikasaker blir av og til blandet sammen. Man ser også bort fra at langvarige fengselsdommer som i det enkelte tilfelle er idømt for en rekke lovbrudd, ofte blir subsummert og statistikkført under kategorien "narkotikaforbrytelser", ettersom disse har høyest strafferamme. Sosiolog Knut T. Reinås, som er forbundsleder i FMR, går derfor nærmere inn på dagens situasjon når det gjelder rettspraksis og straffereaksjoner.

Fram til 1965 ble narkotikasaker regulert etter Lov om innførsel og utførsel av opium mv. som var vedtatt i 1913, endret i 1928 og hadde en strafferamme på 6 måneder. De forbudte stoffene innbefattet opiat, kokain og cannabis (de siste ble tatt med i en forskrift fra 1930). Straffesaker etter dette lovverket forekom nesten ikke. I perioden 1952-64 ble i alt 6 personer straffet etter denne lovbestemmelsen. (Hansen, 1998)

I 1965 trådte lov om legemidler og gifter i kraft. Legemiddeloven hadde et kapittel om narkotika som stort sett tilsvarte opiumsloven av 1928. Strafferammen for narkotikalovbrudd her var bøter eller fengsel i inntil 2 år.

I 1968 ble strafferammen for narkotikalovbrudd utvidet til 6 år, ved en ny paragraf i straffeloven, § 162, den s.k. "Proffparagrafen", beregnet på særlig alvorlige narkotikalovbrudd. Samtidig ble strafferammene i legemiddeloven uforandret, med det unntak at kun bruk av narkotika, uten besittelse, skulle betraktes som en forseelse med en øvre strafferamme på 3 måneder. Det samme gjaldt enkelte andre mindre narkotikalovbrudd. Det skjedde altså en differensiering av strafferammene i begge ender av skalaen.

I 1971 ble strafferammen etter proffparagrafen utvidet til 10 år, og i 1981 til 15 år. I 1984 ble denne rammen utvidet ytterligere til 21 år. I 1984 ble også strafferammen for narkotikabruk etter legemiddeloven økt til 6 måneder, og er dermed å betrakte som en forbrytelse i lovens forstand (grensen mellom forseelse og forbrytelse går ved en strafferamme på 3 måneder).

Disse strafferammene har ikke endret seg siden. I tråd med FNs narkotikakonvensjoner har Norge forbudt all befatning med narkotika, inklusive bruk. Og prinsippet er at all befatning skal være straffbar.

Parallellutvikling narkotikaproblem - narkotikalovgivning

Parallelt med, og som en begrunnelse for, endringene i straffebestemmelsene, har det skjedd en utvikling i narkotikabruken. Som et ledd i en internasjonal utvikling i ungdomskulturen, bedre kommunikasjoner, større utveksling over landegrensene av både personer og varer, har også bruk av kulturfremmede rusgifter grepet om seg.

Det har for norske politikere og myndigheter vært viktig å prøve å stoppe denne utviklingen. Kontrollpolitikken gjennom politi og tollvesen har vært et viktig ledd i dette. Denne politikken har hatt full støtte i befolkningen. Men det har også vært drevet et omfattende forebyggingsarbeid, både av myndighetene og av ulike frivillige organisasjoner. Og det er bygd ut et behandlings- og hjelpetilbud som i internasjonal målestokk er meget velutviklet.

Straffeutmåling før og nå

Når man i narkotikadebatten av og til får det inntrykk at vi har fått stadig strengere narkotikastraffer her i Norge, kan dette i hvert fall ikke gjelde tiden etter 1984. Etter den tid er det ikke skjedd noen skjerpelse av strafferammene. Mye tyder imidlertid på at det i diskusjonen blir fokusert for mye på strafferammene, og spesielt for de groveste narkotikalovbruddene, mens man er mindre opptatt av straffeutmålingen, og da spesielt for de mindre omfattende lovbruddene.

Det kan derfor være interessant å referere tre høyesterettsdommer fra 1967, den tiden strafferammene var maksimalt 2 år, etter lov om legemidler og gifter, og hvor proffparagrafen i straffeloven ennå ikke var oppfunnet.

Den første dommen fra 1967 gjaldt en 23 år gammel tidligere ustraffet amerikansk student, som ble ilagt 7 måneders ubetinget fensel for ulovlig innførsel og besittelse av 700 gram hasj og ca. 100 gram marihuana. Domfelte var ikke tiltalt for å ha omsatt stoffene, og innførselen hadde ikke et profesjonelt preg. Hans bruk av stoffene syntes å ha vært uvesentlig. (Rettstidende 1967a)

Den neste dommen gjaldt en 18 år gammel, tidligere ustraffet ekspeditør som hadde brukt, kjøpt, solgt, innført og vært i besittelse av hasj. Også han ble ilagt 7 måneders fengsel ubetinget. Det kvantum hasj som han var dømt for å ha innført var 10 gram. Han hadde solgt hasj for ca. 300 kroner. (Rettstidende 1967b)

Den tredje avgjørelsen er en kjennelse som forkaster en anke over straff på 5 måneders fengsel ubetinget, ilagt av Oslo forhørsrett. Den domfelte var en 17 år gammel, tidligere ustraffet lærling som hadde kjøpt, solgt, brukt og vært i besittelse av hasj. Salgene beløper seg til 155 kroner. (Rettstidende 1967c)

Som man ser hadde Norges høyeste rettsinstans lagt seg på et svært høyt straffenivå for lovbrudd som kanskje i dag fortøner seg som ikke blant de alvorligste. Når man skal vurdere dagens straffeutmåling i narkotikasaker, kan det være nyttig å ha med seg som bakgrunn de avgjørelser og de rettsholdninger til narkotikalovbrudd man den gang betraktet som rimelige. Det er også i lys av disse holdningene og avgjørelsene man må se den senere skjerpelsen av strafferammene, for å kunne holde tritt med narkotikautviklingen mot større kvanta, flere stoffer, mer profesjonell omsetning osv. Vi har derfor fått strafferammer for de alvorligste narkotikalovbruddene som i vestlig målestokk må betraktes som strenge.

Men straffeutmålingen er ikke særlig avskrekkende for de små narkotikalovbruddene. Det som nå i stor grad bestemmer straffeutmålingen i den enkelte sak er reaksjoner på andre lovbrudd som blir begått av personer som også er stoffbrukere. (Pedersen, 1996) 2/3 av stoffbrukerne siktes etter legemiddeloven, hvor strafferammene er vesentlig lavere enn etter proffparagrafen, og 95 prosent av alle saker som gjelder bruk og besittelse avgjøres med forelegg. De lovbrudd stoffbrukere blir fengslet for etter proffparagrafen, i tillegg til stoffimport/-omsetning, inkluderer en rekke andre straffbare forhold som samfunnet må reagere på, som innbrudd, tyveri, ran, heleri osv. Det er disse lovbruddenes alvorlighet som i dag først og fremst bestemmer straffetidens lengde.

Høyesterettsdommer Georg Rieber-Mohn skriver i 1996:

"For å gjøre bildet av norsk straffeutmålingspraksis mer fullstendig, må det i sannhetens navn tilføyes at denne praksis er blitt vesentlig mildere i de siste 20 år. Det er ikke vanskelig å finne saker pådømt i 1970-årene som med tilsvarende grovhetsgrad ville ha gitt bare halvparten så lang straff i dag". (Pedersen, 1996)

Aftenposten skriver mandag 5. mai 1997 at Høyesterett nå har gjort fengselsstraffen betinget for en stoffbruker som hadde kjøpt en brukerdose heroin og en bit hasj og for å ha brukt dette. Høyesterett har dermed fastslått at det skal være stor avstand mellom samfunnets reaksjon på besittelse og bruk av små kvanta narkotika og den øvre strafferamme for grov narkotikakriminalitet. Stortingsrepresentant Anders Sjaastad (H)

gikk deretter ut og forlangte strengere straffer, men dette fikk ikke tilslutning fra noen av de andre partiene. Det politiske klimaet er altså ikke for en skjerpelse av narkotikastraffene, og man har akseptert en betydelig mildere straffeutmålingspraksis enn for noen tiår siden, de strenge strafferammene til tross, og at reaksjonsterskelen er hevet betydelig.

Det er heller ingen bevegelse i retning verken strengere strafferammer eller utvidet straffeutmåling, snarere tvert imot. Riksadvokat Tor Aksel Busch uttalte nylig at man ikke kan komme lavere i straffeutmålingspraksis for de minst alvorlige narkotikalovbruddene uten å legalisere innehav og bruk av små mengder. Og det gir som kjent FNs narkotikakonvensjoner ingen støtte for.

"De store haiene"

Bak den konkurransen om å være mest positive til høye straffer, som de politiske partiene utkjempet først på 80-tallet, lå den tankegangen at det er de store haiene som er årsaken til narkotikaproblemet, og at disse må tas hardt. Denne tankegangen er først og fremst feilaktig med tanke på den helt sentrale rolle som stoffbrukere på grunnplanet spiller når det gjelder å rekruttere kamerater og venner inn i stoffeksperimentering og stoffbruk og å lange stoffer på gateplan. Import og omsetning av store mengder narkotika er likevel alvorlige forbrytelser, og de bør prinsipielt straffes hardt. En slik politikk bidrar til å begrense mengden stoff som er i omsetning, narkotikaprisene blir tilsvarende høye og forbruket av narkotika holder seg lavt, eller i alle fall lavere. For selv om man ikke tror det når man leser tabloidpressen, er det store flertallet av ungdom her i landet narkotikafri, og de støtter også et fortsatt forbud mot narkotika.

Mot en ny hippietid?

Men det er nå alvorlig grunn til å være bekymret. Den stagnasjon i stoffbruken som man så fra midten av 80-tallet, spesielt når det gjelder nyrekruttering av sprøytebrukere, er nå avløst av en ny oppgang i bruk av narkotika blant helt vanlig ungdom og unge voksne. Hasj og amfetamin har fått sin renessanse, og i tillegg har bruken av Ecstasy og annet partydop fått gjennomslag i mange ledende ungdomsgrupper. Situasjonen minner om 60-tallet, hvor hippiebevegelsen knyttet sin ideologi og kulturdominans bl.a. til bruk av hasj og LSD. Denne motestrømningen ble ikke stoppet før mange ungdommer var blitt sittende fast i et livsmønster med stoffavhengighet og kriminalitet som de ikke hadde sjansen til å komme seg ut av igjen på egen hånd. Da var det på tide for de ressurssterke å trekke seg ut av Slottsparken og tilsvarende steder. Festen var over.

(Kommentar KTR: I årene etter at denne artikkelen ble skrevet har andelen som eksperimenterer med cannabis blant 15-20-åringene gått ned, mens den fortsatt er høy i aldersgruppen 20-30 år. De som var i slutten av tenårene ved årtusenskiftet, og som allerede da hadde en høy eksperimenteringsandel, er nå i aldersskiktet 20-30 år. Her er det 34 prosent på landsbasis som har prøvd noen gang, og 47 prosent i Oslo. Men det er bare henholdsvis 11 og 16 prosent som har brukt det så mye som 26 ganger eller mer. (SIRUS 2009)).

De minst heldige og hardest rammede finner vi nå igjen som stigmatiserte utgrupper og overdoseofre i sentrum i Oslo og andre større byer. Deres atferdsmønster virker ikke særlig tiltrekkende for noen. Men legaliseringsargumentene til noen gjenglemte og

veltilpassede 60-tallshipper virker besnærende. Og in-gruppenes og mote- og popkulturens stoffakseptering og narkoforherligelse har mange usikre unge ikke noe forsvar mot. Dette drar nye ungdommer inn i stoffeksperimentering og kanskje stoffproblemer hver eneste dag. Det er dette som nå er det avgjørende punktet i narkotikabekjempelsen. Hvordan skal vi få signalisert til disse, fritidshasjerne og ecstasybrukerne, at samfunnet ikke vil akseptere narkotikabruk, selv om brukeren selv eller f.eks. foreldrene har en solid posisjon i samfunnslivet. Hvordan skal vi få påpekt det usolidariske i slik opptreden? Det er her straffetrusselen fortsatt kan ha en funksjon som allmennpreventivt virkemiddel. Det må fortsatt være klart for alle at narkotikabruk er forbudt og straffbart, og overtredelser vil bli reagert på.

Hørte vi noen som sa at allmennprevensjon ikke virker? Vi vet at straffetruer ikke virker når det gjelder vold og drap, som ofte begås i affekt. Men når det gjelder den typen lovbrudd som de fleste kan tenkes å begå, så virker det. Og alle ungdommer kan tenkes å bruke narkotika, dersom kjæresten eller bestekameraten byr på, eller dersom gjengen krever det. Mange er i faresonen. De som da vil si nei, trenger en straffetrussel å støtte seg på. At mange voksne, foreldre, lærere, fritidsledere, organisasjonsaktive og andre med innflytelse i forhold til den enkelte unge begynner å bry seg, vil også hjelpe. Også for dem kan straffetrusselen være et argument. (Denne artikkelen er en omarbeidet versjon av et kapittel i heftet: "Narkotikascenen - ecstasy, ekstase, eksistens" (Reinås, 1997)

Referanser

- Hansen, Morten Timme: "Narkotika. Utviklingen i det formelle kontrollsystemet fra 1960-årene", Institutt for Kriminologi og strafferett, Universitetet i Oslo, KS-serien nr. 1-1988.
- Rettstidende 1967 side 130 flg. , sitert etter Wilhelm Aubert: "Avskrekking ved omsorg", i Kontrast nr. 11 1968.
- Rettstidende 1967 side 914 flg., sitert etter Aubert.
- Rettstidene 1967 side 917 flg. , sitert etter Aubert.
- Pedersen, Willy og Waal, Helge (red.): "Rusmidler og veivalg", Cappelen Akademisk Forlag, Oslo 1996
- Reinås, Knut T., Arne Lindelien og Aina Johnsen: "Narkotikascenen - Ecstasy, ekstase og eksistens", Forbundet Mot Rusgift, Oslo 1997.

Del III Legalisering/skadereduksjon

Kapittel 8: Cannabis – legalisering eller forbud

Cannabis som gateway drug

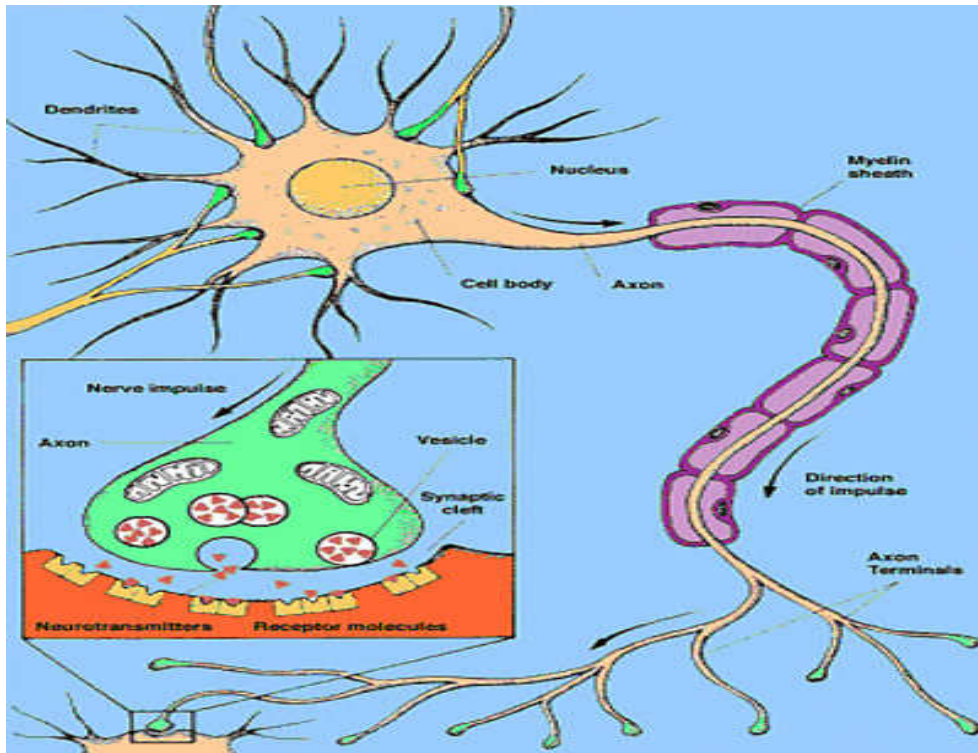
(Denne artikkelen sto i Mot Rusgift nr. 71)

Hjernens belønningssystem og cannabisstoffenes virkning på dette

Maria Ellgren er Doktorand ved Institutionen för Klinisk Neurovetenskap, Karolinska Institutet, Stockholm, og har forsket på cannabisstoffenes virkning på hjernen. Hun framla under sitt innlegg på Forbundet Mot Rusgifts fagdag om avhengighetsproblematikken noen resultater fra egen og andres forskning, og viste på hvilken måte cannabisbruk i seg selv både kan skape avhengighet og samtidig kan skape økt sårbarhet for virkningen av andre rusgifter, spesielt opiatier.

Hvordan foregår sigaloverføringene i hjernen?

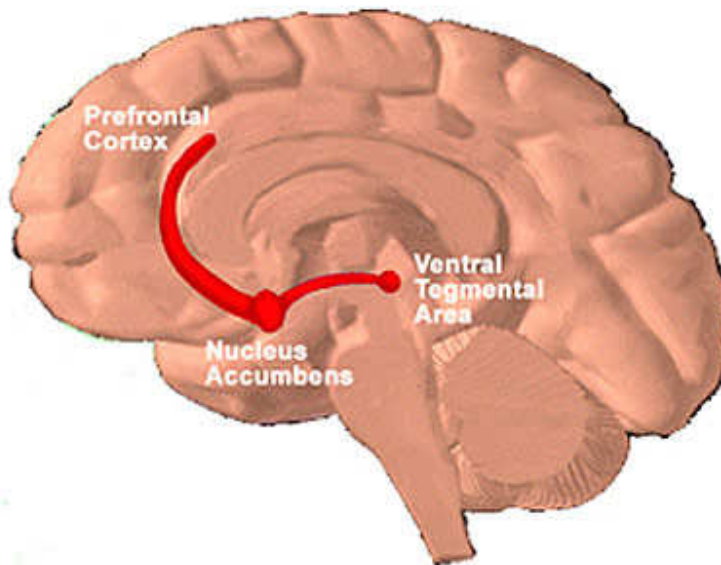
Ellgren tok for seg hvordan signaloverføringene foregår i hjernens over 700 milliarder hjerneceller ved hjelp av små utløpere, axoner fra hver celle.



Figur 1: Hjernecelle med utløper og mottakere for signalsubstanser

Figur 1 viser en nervecelle som består av en kjerne og en lang utløper. I enden av utløperen finnes det en synapse, som figuren også inneholder et innfelt, forstørret bilde av. Når et signal kommer og tas imot oppe ved cellekroppen, videresendes det gjennom utløperen som sender signalet videre gjennom å utskille signalsubstanser fra små blærer (vesikler) i nerveenden (synapsen). Når signalet kommer, slipper cellens vesikler ut små mengder av signalsubstanser, som så i neste omgang kan bindes til små mottakere (reseptorer) på neste nervecelle som skal motta signalet. På hver celle finnes det spesifikke sigalsubstanser som binder seg til spesifikke reseptorer. På den måten kan man få ulike effekter av et signal, avhengig av hvilken signalsubstans som slippes ut og hvilken reseptor den binder seg til på neste celle. Eksempel på signalsubstanser som vi har i hjernen er

- Glutamat – som er en generell stimulator, en "gasspedal"
- GABA (gamma-aminobutyric acid)
 - som har en generell bremseeffekt
- Dopamin
 - som påvirker bevegelser og belønning (sentralt i belønningssystemet)
- Noradrenalin
 - som gir respons på stress og fluktbehov
- Serotonin
 - som regulerer følelser, som aggressivitet og depresjon



Figur 2: Hjernen med det mesokortikolimbiske systemet inntegnet

Det mesokortikolimbiske dopaminsystemet

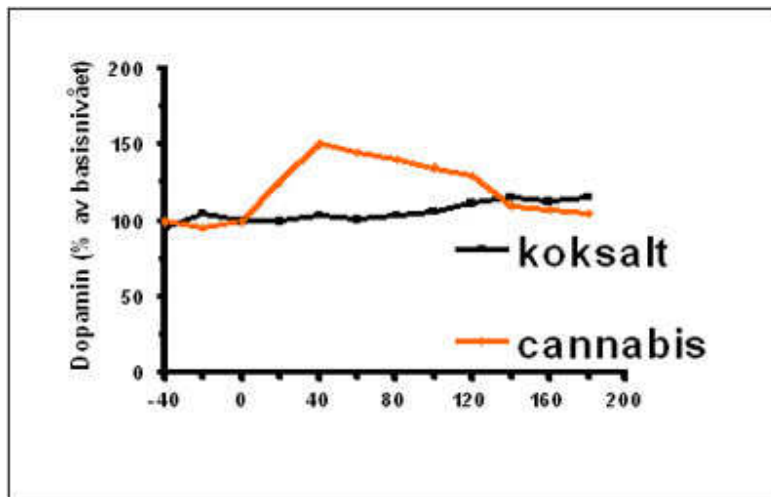
- hjernens belønningssystem

Hjernens belønningssystem - det mesokortikolimbiske dopaminsystemet (se også artikkelen "Hva er avhengighet i et nevrobiologisk perspektiv?" Red.) består av nerveceller som har sin cellekropp i det Ventraltegmentale området (VTA) i hjernestammen, og har dopaminholdige utløpere til Nucleus Accumbens – der de slipper

ut dopamin dersom de blir aktivisert. Man har sett at alle avhengighetsskapende rusgifter aktiviserer belønningssystemet. Det de har felles, er at de øker dopamininnholdet i Nucleus Accumbens.

Økt dopamin-aktivitet i nucleus accumbens etter inntak av cannabis

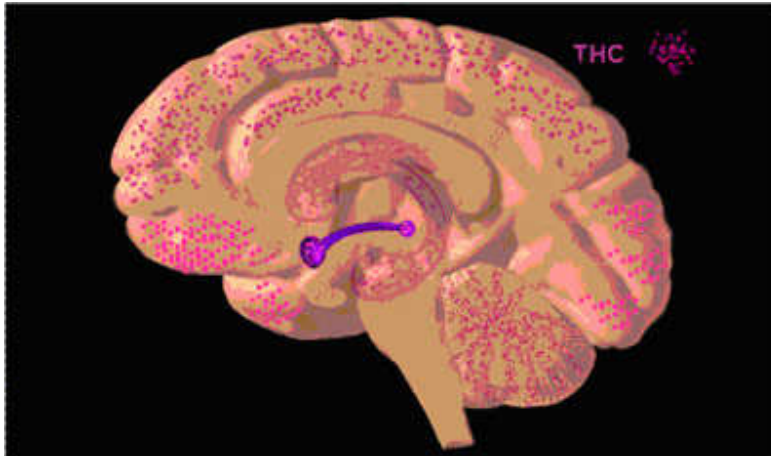
I figur 3 ser vi gjengitt resultatene av et eksperiment hvor man har målt dopamin i Nucleus Accumbens hos rotter etter inntak av henholdsvis koksalt og cannabis.. Den svarte linjen viser hvordan dopamininnholdet forandrer seg når dyret får en injeksjon koksalt. Som man ser, skjer det da ingen ting, dopamininnholdet fortsetter å være som det var i utgangspunktet. Men når dyret istedet fikk en injeksjon med cannabis, steg dopamininnholdet med 50 prosent, sammenlignet med utgangspunktet. Dette kan man korrelere til en belønningseffekt. Denne belønningseffekten er felles for alle rusgifter, men også de naturlige stimuliene, som matinntak, sex, fysisk aktivitet osv. gir en dopaminøkning.



Figur 3: Sammenlignende effekt på dopamininnhold i nucleus accumbens hos rotte etter inntak av koksalt og cannabis.

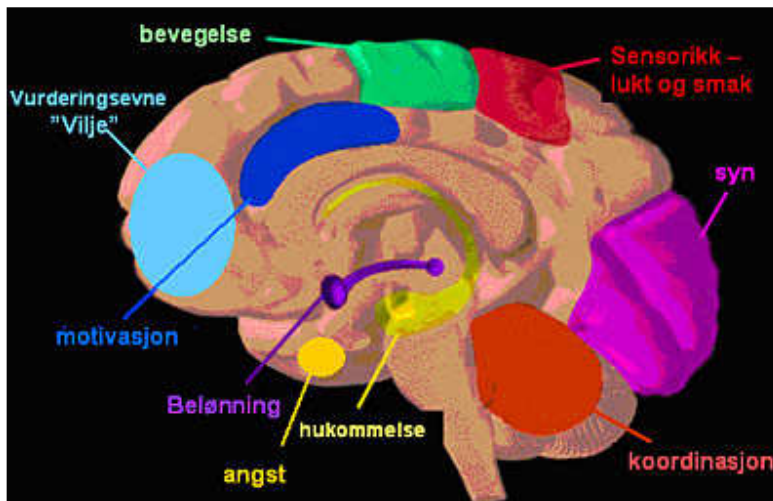
Når det gjelder begrepet "cannabis" i denne sammenheng, så betyr det D-9-tetrahydrocannabinol (THC), det mest psykoaktive stoffet i cannabisplanten. Men hjernen er også utstyrt med sine kroppsegne (endogene) cannabinoider. Vi har altså allerede cannabis i hjernen, noe man ble klar over i løpet av 90-tallet. De to viktigste er Anandamid og 2-arachidonyl glycerol (2-ag). Det er ennå ikke helt klart hvilke effekter disse har, men de spiller en rolle i reguleringen av ulike signaler, har man kommet fram til. De er bl.a. innblandet i hukommelsesfunksjonen og påvirker appetitten.

Da man oppdaget at mennesker har cannabinoider i hjernen, oppdaget man også at hjernecellene har egne mottakerstasjoner som cannabinoidene kan binde seg til og derigjennom ha en effekt. Det finnes to ulike typer reseptorer. Den ene heter CB1, og det er den som finnes i hjernen i et stort antall. Den andre heter CB2 og finnes ute i resten av kroppen, framfor alt i immunsystemet. Disse to reseptorene er inhibitoriske (dempende). Når cannabis binder seg til CB1-reseptoren, dempes aktiviteten i nervecellen.



Figur 4: Forekomsten av cannabisreseptorer i hjernen

Figur 4 viser ved hjelp av de rosalilla prikkene hvor i hjernen cannabisreseptorene er mest utbredt, men som man ser er de sterkt spredd ut over hele hjernen.

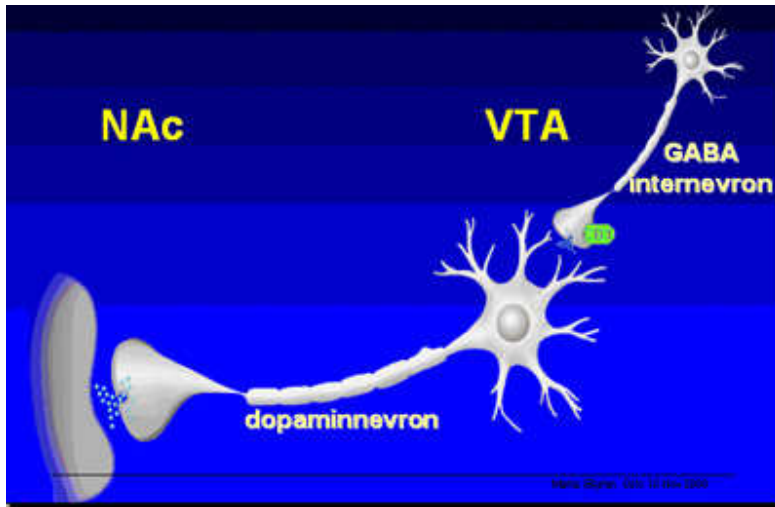


Figur 5: Hjernefunksjoner

Man ser av figur 4 og 5 at det er svært mange cannabisreseptorer i frontal cortex der vurderingsevne og vilje har sin basis. Man ser også at det er cannabisreseptorer i hjernebarken i det hele tatt, og når man ser hvilke funksjoner som finnes der, så kjenner man igjen mange av effektene av cannabis. Stoffet påvirker vurderingsevne og vilje, bevegelsesmønsteret blir annerledes, finmotorikken endrer seg, sensorikken endrer seg, man får andre typer sanseopplevelser, synsevnen og koordinasjonen i lillehjernen påvirkes. Hukommelsen påvirkes svært mye. Man kan få angstanfall. Motivasjon og innlæring svekkes når belønningssystemet påvirkes.

Cannabis og belønningssystemet

Dersom man gjør et dypdykk i belønningssystemet, kan man illustrere en nervecelle som går fra VTA til Nucleus accumbens (figur 6).



Figur 6: Skisse av nervecelle i VTA med utløp til nucleus accumbens.

Man ser av figur 6 en skisse av en nervecelle i VTA med en dopaminnevron eller utløper som går til nucleus accumbens. I VTA finnes det også GABA-internevroneer, små nevroneer som sender signaler innenfor VTA-området. Og på de nervecellene sitter det cannabis-reseptorer, markert med grønt i figur 6. Når så cannabis kommer inn i kroppen, og binder seg til CB1-reseptoren, får denne nervecellen en dempet effekt. Dersom cannabis binder seg til CB1-reseptoren, slipper cellen ut mindre GABA, og GABA var, som vi husker, den signalsubstansen som har en bremsende effekt på hjernen. I VTA finnes det altså nerveceller som slipper ut bremseeffekt (GABA) hele tiden. Når cannabis kommer inn og binder seg til mottakerstasjonene på disse cellene, så dempes deres aktivitet, da slipper de ut mindre GABA, og de dopaminnevroneer som var bremset i sin aktivitet av GABA, de blir nå friere i sin aktivitet og kan begynne å signalisere mer ved å slippe ut mer dopamin, og det resulterer i en dopaminøkning i nucleus accumbens- som altså var senteret for belønning og innlæring.

Men det er ikke bare dopamin som er viktig i belønningssystemet. Særsilt når det gjelder cannabis så er også kroppens egne opioider, endorfinene viktige. De har i seg selv en funksjon når det gjelder å framkalle eufori (velværefølelse, rus), og også glutamat er innblandet i belønningsopplevelsen. Framfor alt har man sett at glutamat har en viktig funksjon i forbindelse med rusgiftsuget, noe som er svært sentralt i selve avhengighetsproblemet. GABA og serotonin er også innblandet. Men når det gjelder cannabis så er det først og fremst de kroppsegne (endogene) endorfinene som spiller en svært stor rolle. Man har sett at når man inntar cannabis, frigjøres det opioider i belønningssystemet., og man får en euforisk følelse, en rus.

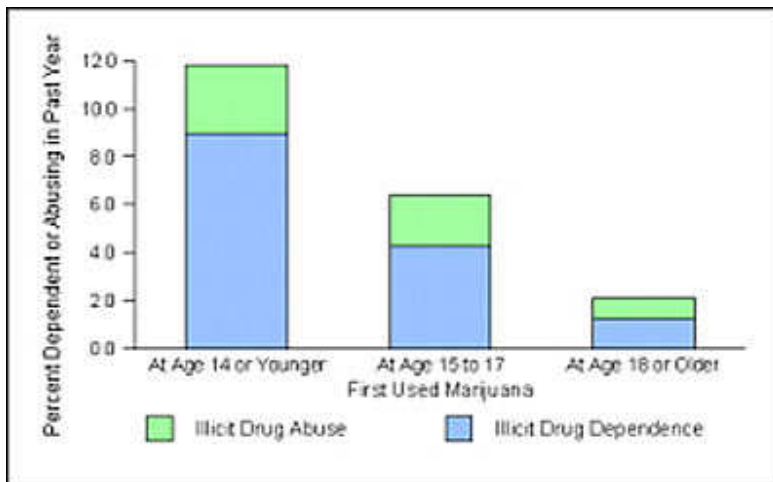
Cannabis som gateway drug

Cannabisbruk er vanligst blant ungdom. En undersøkelse viste at 21 prosent av europeiske ungdommer i videregående skolealder har prøvd cannabis. I Norge og Sverige er disse tallene heldigvis litt lavere, henholdsvis 9 og 7 prosent. Det er ekstra urovekkende at cannabis er utbredt nettopp i tenåringsalderen, fordi i løpet av denne tiden skjer det en stor utviklingsprosess i hjernen, det oppstår nye signalbaner, mens gamle faller bort, og det er svært mye som skjer. Dersom det er så mye som skal finjusteres

fram og tilbake, og man tilsetter noe utenfra, er det uheldig, fordi man i det tidsrommet er ekstra sårbar. Det man har sett hos ungdom som bruker cannabis i tenåringsalderen, er en økt risiko for kognitive forstyrrelser, man har sett en kobling til utvikling av schizofreni og også at et sykdomsforløp kan forverres på grunn av cannabis. Alt som gjelder cannabis' virkninger blir ofte gjenstand for diskusjon, men for kort tid siden kom det en bunke nye studier som dokumenterte at cannabis virkelig var årsaken til en forhøyet risiko, og at det ikke bare tilfeldigvis var personer som hadde hatt psykiske vanskeligheter tidligere som brukte cannabis som selvmedisinering, eller lignende forklaringer. Det er cannabis i seg selv som forårsaker at sykdommen bryter ut. Men selvsagt kan mange ha en bakenforliggende sårbarhet i utgangspunktet. Sist men ikke minst har man også sett en økt risiko for avhengighetsutvikling av andre rusgifter i forlengelsen av cannabisbruk. Risikoen for å pådra seg andre rusgiftproblemer senere øker dersom man bruker cannabis.

Oppsummeringsvis kan man si at cannabisbruk fører til:

- Økt risiko for kognitive forstyrrelser (Eherenreich et al 1999, Pope et al 2003)
- Økt risiko for utvikling av schizofreni samt dårligere sykdomsforløp (Arseneault et al 2002, Fergusson et al 2003, van Os et al 2002, Green et al 2004, Veen et al 2004)
- Økt risiko for avhengighetsutvikling av andre rusgifter (Yamaguchi and Kandel 1984, Fergusson and Horwood 2000, Lynskey et al 2003, Agrawal et al 2004)



Figur 7: Prosentandel som foregående år var stoffavhengige blant voksne som begynte å røyke marihuana på ulike alderstrinn. (NHSDA 2001)

Figur 7 viser tall fra en amerikansk helseundersøkelse som kartla hvor stor prosentandel blant voksne som siste år hadde rusgiftproblemer, og som fortsatt var avhengige av ett eller annet stoff, etter hvor tidlig de hadde begynt å røyke marihuana. Man så på dette i forhold til om de hadde begynt før/mens de var fjorten år, om de hadde begynt i 15-17 årsalderen, eller om de hadde begynt når de var 18 år eller eldre. Av disse tallene kan vi se at de som begynte tidligst, hadde den høyeste risikoen for fortsatt å være i en avhengighetssituasjon i voksen alder. Men en innvending som kan gjøres er jo at det kan være andre bakenforliggende årsaker til at man begynner å røyke marihuana tidlig, slik at observerte sammenhenger mellom tidlig marihuanaabruk og senere rusgiftavhengighet

kunne bero på årsaker, som genetisk sårbarhet, tilgang på stoff og risikotakende atferd og dårlig impuls kontroll. Noen studier har kontrollert for andre bakenforliggende faktorer, som sosial status og mener å kunne dokumentere en årsakssammenheng mellom tidlig cannabisdebut og økt risiko for senere avhengighetsproblemer.

Cannabisforskning ved Karolinska Institutet

Ved Karolinska Institutet har man også stilt seg spørsmålet om de klare sammenhengene også kunne bero på at cannabiseksponering påvirker nevrobiologien i belønningssystemet og således øker sårbarheten for andre rusgifter, at det skjer en sensitisering som øker motivasjonen for å ta en rusgift. Dette gjelder, som vi vet, i hvert fall overfor den samme rusgiften som man brukte fra begynnelsen. Men kan det tenkes at det også skjer en sensitisering på tvers av de ulike rusgifttypene, at man begynner med cannabis, og deretter begynner på trappetrinn 3 når det gjelder neste stoff? Ellgren og hennes team besluttet å bruke en dyremodell for å se på dette, for å fjerne innflytelsen fra alle slags sosiale faktorer og andre forstyrrende bakenforliggende komponenter som gjør det vanskelig å tolke resultatene av humanstudier. På den måten ville de bli i stand til å se bare på biologien i hjernen, på hvordan cannabis påvirker hjernens belønningssystem. De ga rotter cannabis på det alderstrinn som tilsvarende tenåringsperioden hos mennesker, da de var et par uker gamle, for å se hvor sårbare de var for en heroinavhengighet. Man valgte heroin, fordi cannabis og opiater har mange fellestrekk. Opiater aktiviserer opiatreseptorer i hjernen (My, Delta og Kappa) som er inhibitoriske reseptorer som minsker nervecellens aktivitet, og gir en følelse av eufori, rus (My og Delta) eller dysfori, ulystfølelse (Kappa). På samme måte som cannabis frigjør endorfiner, så skjer det samme også med opiatene. Disse endorfinene (enkefalin, beta-endorfin, dynorfin) har en viktig funksjon i reguleringen av stemningsleiet, og man kan se endringer i endorfinnivået i hjernen bl.a. ved depresjon og rusgiftavhengighet. I dyrestudier har man sett sterke koblinger mellom de to signalsystemene for henholdsvis opiater og cannabis.

For eksempel dersom man studerer mus som man har avlet fram på en slik måte at de mangler cannabisreseptorer, og lar disse få fri tilgang til morfin, så vil de ikke ha det, mens normale mus raskt utvikler en opioidavhengighet. Derimot vil musene uten cannabisreseptorer fortsatt ha nikotin og kokain. Man har også sett at både rotter og aper som har utviklet en avhengighet av heroin i en selvadministreringsmodell, og som får blokkert sine cannabisreseptorer, ikke lenger vil ha heroin. På samme vis finner en at cannabisavhengige dyr som får blokkert sine opiatreseptorer, ikke lenger vil ha cannabis. Man blokkerer reseptorer ved å tilføre antagonist, dvs. stoffer som binder seg til henholdsvis opiat- og cannabisreseptorene, slik at opiater og cannabis ikke lenger slipper til og kan utøve noen virkning. (Antagonister for opiater er kjent, bl.a. naltrexon, mens tilsvarende for blokkering av cannabisreseptorer ikke er så kjent. Det finnes imidlertid et stoff, Acomplia (rimonabant), som har tilsvarende virkning på cannabisreseptorene, og som for mennesker foreløpig er tatt i bruk i en del land som et fedmereduserende legemiddel – cannabis påvirker som vi så appetitten. Red.) (Etter at dette ble skrevet er Rimonabant avregistrert, fordi det viste seg at det også medførte psykiske bivirkninger og selvmordstanker).

Man så altså på hva som skjedde i hjernen når man ga rotter cannabis i løpet av " tenåringsperioden, " for å se om de lettere falt inn i en heroinavhengighet. Man ga

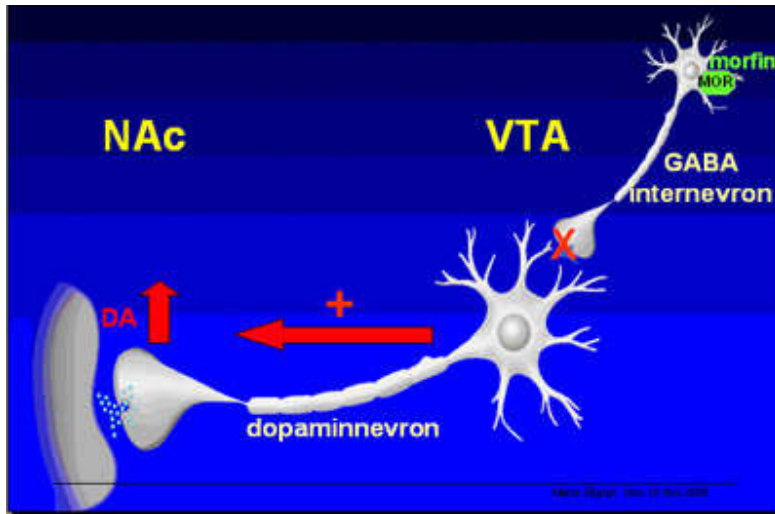
dyrene en relativt liten dose cannabis i løpet av tre uker i pubertetsalderen, en injeksjon hver tredje dag, slik at bruken skulle være sporadisk, slik den er i starten for mange tenåringer. En gruppe kontrolldyr fikk koksaltoppløsning istedenfor cannabis. En uke senere tok man ut hjernene på noen av dyrene og brukte dem til molekylære studier, for å se hva som hadde skjedd i belønningssystemet. Resten fikk deretter tilgang til heroin. Figur 8 viser en av rottene som fikk adgang til å tilføre seg selv heroin.



Figur 8: Rotte med påkoblet utstyr for selvadministrering av heroin.

Tre timer daglig fikk rottene tilbringe i dette buret (figur 8), hvor det var to pedaler som rottene kunne trykke på. Dersom de trykte på den ene pedalen, fikk de en injeksjon av heroin. Trykte de på den andre, hendte ingen ting. Dette er en svært viktig modell i rusgiftavhengighetsforskning. Dyrene får jo velge selv om de vil ta stoffet eller ikke. Med en slik modell har man sett at alle rusgifter som skaper avhengighet hos mennesker, også gjør det samme hos dyr. Dette gjelder også cannabis. Det har vært hevdet i legaliseringsdebatten at cannabis ikke er avhengighetsskapende fordi stoffet ikke selvadministreres av dyr. Dette stemmer ikke. I noen eldre studier hadde man ikke lyktes i å løse problemene rundt selvadministrasjonsteknikkene for cannabis godt nok, men Ellgren hevdet at det nå er allminnelig erkjent at også cannabis skaper avhengighet ved selvadministrasjon hos forsøksdyr. Det man så i studien ved Karolinska Institutet var at rotter som hadde fått cannabis i " tenåringsperioden", også tok mer heroin, sammenlignet med forsøksdyr som bare hadde fått koksaltoppløsning istedenfor cannabis i løpet av pubertetsperioden.

Når man tok ut hjernene og så på hva som hadde skjedd i belønningssystemet, kunne man se at i nucleus accumbens hadde de et økt uttrykk av enkefalin rMNA, dvs. en økt endorfinsignalisering. Også i VTA, der dopamincellekroppene har sitt sentrum, kunne man se at de hadde en økt funksjon i My-reseptoren, den opiatreseptoren som gir eufori.



Figur 9: Heroin og belønningssystemet

Som vi ser av figur 9, sitter det på samme sted på de små internevronene i VTA også My-reseptorer, som opiatet binder seg til. Og på samme måte som cannabis virket på CB1-reseptoren, virker også opiatet gjennom My-reseptoren, og opphever dennes bremseeffekt, slik at dopaminnevronene slippes fri, og det skjer en dopaminøkning i nucleus accumbens. De rottene som hadde fått cannabis i løpet av "tenårsperioden" hadde langt flere My-reseptorer i VTA. Den bremseopphevende virkningen som inntreffer når opiatet binder seg til My-reseptorene blir altså større for de cannabiserfarne rottene. Når det finnes flere My-reseptorer, blir sluttresultatet mer dopamin i nucleus accumbens. Det tyder på en økt heroineffekt som følge av tidlig eksponering for cannabis.



Maria Ellgren

Oppsummering av effekten av cannabiseksponering under tenårsperioden

- Humanstudier har vist en økt risiko for kognitive svekkelser, schizofreni og annen rusgiftavhengighet (gateway-effekt)

- Rotteforsøk har vist at økt heroininntak og opioidrelaterte forandringer i belønningssystemet hos voksne rotter støtter gateway-hypotesen. (Ellgren et al 2006 Neuropsychopharmacology, Epub July 5)

Oppsummering av cannabis' avhengighetsskapende potensiale generelt

- I hjernen finnes det spesifikke cannabisreseptorer og kroppsegne cannabinoider (anandamid og 2-AG)
- Cannabis, som alle avhengighetsskapende rusgifter, øker dopaminaktiviteten i belønningssystemet, og gir dermed opphav til en rus.
- Cannabis selvadministreres av forsøksdyr.

Hasjforbudet er riktig

KNUT T. REINÅS - magister i sosiologi, leder i Forbundet Mot Rusgift.
(Denne artikkelen sto i Aftenposten den 3. desember 2009)

HASJ.

Vi har store problemer med den legale alkoholen. Vi må ikke få enda et legalt og avhengighetsskapende stoff i alminnelig bruk.

En snuoperasjon.

6. november spør Anne Hafstad i Aftenposten hvorfor Willy Pedersens utspill om legalisering av hasj og marihuana er blitt møtt med øredøvende taushet.

Willy Pedersens har foretatt en snuoperasjon. Fra å advare mot hasjbruk og peke på forskning som viser farene ved cannabis, er han blitt pådriver for avkriminalisering av hasj. For to år siden skrev han i en kronikk i Aftenposten følgende:

«Særlig har oppmerksomheten festet seg ved det vi gjerne regner som den mest alvorlige sinnslidelsen – schizofreni. Flere studier peker mot en fordobling av risikoen for schizofreni ved omfattende hasjbruk. Andre tyder på et mer kronisk forløp hos sårbare personer ved cannabisbruk. Mange studier peker mot at bruk av hasj i svært ung alder er særlig skadelig» (22. august 2007).

Gjelder ikke dette lenger? Bør vi ikke holde forbruket nede på et så lavt nivå som mulig, og skjerme det store flertallet av ungdom fra eksperimentering og bruk av hasj gjennom et forbud?

Medisinsk marihuana?

I en ny kronikk i Aftenposten (21. september 2009) skyver Pedersen nå personer med multippel sklerose og Tourettes syndrom foran seg i legaliseringsdiskusjonen. Av cannabisplanten kan det også utvinnes THC, den mest potente ingrediensen i hasj og marihuana. THC kan også fremstilles syntetisk. Begge disse formene finnes i medisiner som er i bruk i mange land, og i mindre målestokk også i Norge. Det er ikke noe nytt i at planter, som også kan anvendes som narkotiske stoffer, blir brukt til å fremstille medisin.

Det gjelder for eksempel opiumsvalmuen, som blir brukt til å fremstille morfin. Det er lite til hinder for at pasienter som kan ha nytte av dette, skal få tilgang til THC-baserte medikamenter, bortsett fra at den dokumenterte, positive virkningen i mange tilfeller er tvilsom, og at det finnes medikamenter som virker bedre.

Men legaliseringstilhengerne vil ikke ha disse medisinene. De vil ha tilgang til hasj eller marihuana for å røyke, og det er noe helt annet. I tillegg til THC, finnes det også ca. 60 andre psykoaktive ingredienser i planten, og totalt ca. 400 kjemiske forbindelser, hvorav flere er kreftfremkallende. Det er ulogisk å krevne at en slik rå plante skal brukes som medisin.

Effekt på forbruket?

Men Pedersen fremfører også sine egentlige argumenter, nemlig at forbudet etter hans mening har liten effekt på forbruket, at den illegale hasjomsetningen bidrar til en stor, svart økonomi, at en gruppe relativt uskyldige brukere blir kriminalisert, og at det svarte markedet finnes over alt.

Norske tenåringer ligger imidlertid nesten nederst, sammenlignet med andre europeere, når det gjelder bruk av cannabis. Bruken er også gått sterkt ned siden årtusenskiftet. Land som har en mer tillatende politikk, har langt høyere tall. De som var i slutten av tenårene ved årtusenskiftet, og som allerede da hadde en relativt høy eksperimenteringsandel, er nå i alderssjiktet 20-30 år. Her er det 34 prosent på landsbasis som har prøvd noen gang, og 47 prosent i Oslo. Men det er bare henholdsvis 11 og 16 prosent som har brukt det så mye som 26 ganger eller mer. Sammenligner man med det legale stoffet, alkohol, vil man finne en helt annen utbredelse av bruk. Bruk av cannabis er langt mindre vanlig enn alkohol, bl.a. fordi stoffet er illegalt. Det er heller ikke noen folkeopinion bak kravet om avkriminalisering.

Svart økonomi.

Det er riktig at hasjomsetningen i Norge bidrar til en stor svart økonomi, på samme måte som også for eksempel heroin og amfetamin gjør det. Botemiddelet mot dette er ikke å legalisere stoffet. Dette vil øke utbredelsen og forbruket. Vi kan ikke avskaffe kriminalitet ved å tillate den, dersom vi faktisk mener at den fortsatt er uønsket.

Vi har store problemer med den legale alkoholen. Vi må ikke få enda et legalt og avhengighetsskapende stoff i alminnelig bruk. Hasjforbudet er riktig. Pedersen er på ville veier.

Vet vi alt om cannabis' virkninger?

(Denne artikkelen sto i Mot Rusgift nr. 90).

Liliana Bachs er overlege og forsker ved Folkehelse-instituttet. Hun var en av innleiderne på FMRs fagdag om cannabis i 2008, og la fram kunnskap om cannabis' effekt på hjertet, hjernen, kognitiv evne og psykisk helse.



Foto: Colourbox

Cannabis og hjerte-/karsykdommer

Hun er blitt opptatt av dette fordi hun jobber med rettstoksikologi, hvor man bl.a. attesterer blodprøver fra uavklarte dødsfall, for om mulig ved hjelp av disse å kunne si noe om eventuelle stoffer eller funn i blodet kan ha noe med dødsfallet å gjøre. Den første saken hun kom borti for ti år siden, gjaldt en tenåringsgutt som var funnet død i sengen sin om morgenen av sine foreldre. Det var kjent at han hadde brukt ulovlige stoffer, men det forelå ingen detaljer om hva han hadde brukt. Det var ikke kjent at han hadde noen sykdommer, og det var heller ingen kjente hjertesykdommer i familien. Ved obduksjonen viste det seg at hjertet var noe forstørret, men det var ikke noe tegn til åreforkalkning, da gutten bare var 17 år. I blodet fant man 10 nm/l THC (Tetrahydrocannabinol – virkestoffet i cannabis) og ikke noe annet enn det.

Litt senere fikk hun inn en ny blodprøve av en 39 år gammel mann som ble funnet død foran TVen i hjemmet sitt. Han bodde alene. Han hadde ingen kjent hjertesykdom, men hadde nylig vært sykmeldt fra jobben pga skuldersmerter. Dagen han døde ble han kjørt hjem av en kollega fordi skuldersmertene ble verre. Ved obduksjonen ble det funnet at han hadde gjennomgått et tidligere hjerteinfarkt, som han ikke hadde visst om, og at han hadde et ferskt hjerteinfarkt også, samt et forstørret hjerte. Det var utbredt åreforkalkning i blodårene rundt hjertet og hovedpulsåren. Det forelå ingen informasjon om bruk av rusgifter, men analysene av blodprøven viste 70 nm/l THC i blodet, og THC-syre i urinen.

Hjerteeffektene lite kjent

Bachs begynte på bakgrunn av disse tilfellene å sjekke med kollegene om de kjente til slike tilfeller. Men holdningen var på det tidspunktet, at det er ingen som dør av cannabis.

Stå og nysgjerrig som hun var, begynte hun å se på alle saker som instituttet hadde hatt i perioden 1995-1999, hvor det var påvist cannabis i blodet, men ikke noe annet, for å se hva de hadde dødd av. Hun fant 35 saker, hvorav ni var selvmord, ni var ulykker, syv var annen sykdom som kunne forklare dødsårsaken, tre var mord, mens seks var av ukjent årsak, og i ett tilfelle manglet informasjon om dødsårsaken. Hun valgte å gå videre med de seks sakene med ukjent dødsårsak.

I litteraturen var det lite å finne om hjertesykdom og cannabis. Men en forsker hadde i 1975 gjort en interessant studie hvor han hadde tatt for seg pasienter som hadde angina pectoris – hjertekrampe, og som røykte både tobakk og cannabis. Han gjorde et eksperiment hvor han lot dem sykle på en ergometersykkel, mens han målte forskjellige hjerteparametre, og registrerte hvor lenge de greide å sykle før de fikk vondt i brystet. Så gjorde han samme eksperiment på nytt en annen dag, etter at forsøkspasientene hadde røykt en tobakkssigaret, og igjen en siste dag etter at de hadde røykt en cannabis-sigaret. Da fant han betydelige forskjeller mellom cannabis og tobakk. Bruken av begge økte oksygenbehovet i hjertet (hjerterate x blodtrykk), sammenlignet med forsøket uten tilførsel av ett av stoffene, cannabis med 54 prosent og tobakk med 36 prosent. Selve prestasjonen, dvs. hvor lenge de kunne sykle før de fikk vondt i brystet, ble nedsatt med 23 prosent for tobakk og 50 prosent for cannabis. Cannabis nedsatte altså prestasjonsevnen hos disse pasientene vesentlig mer enn tobakk. Dette interessante funnet ble imidlertid ikke fulgt opp av andre forskere på daværende tidspunkt.

Sannsynlig underrapportering

I litteraturen forekom det også noen få andre saker – for eksempel at pasienter hadde kommet på akuttavdeling, hvor et infarkt hadde inntruffet rett etter at de hadde røykt cannabis, eller mens de røykte. En av grunnene til så få tilfeller kunne kanskje være at ingen 40-åring som blir innlagt med et infarkt, forteller legen at han/hun har røykt cannabis. Det er ingen som skjønner at det kan være en sammenheng. Det er for eksempel heller ingen leger på Ullevål eller andre sykehus som spør sine infarktpasienter om de har røykt eller røyker cannabis. Det man kjenner til, er derfor bare sporadiske funn, som er blitt oppdaget fordi infarkt har inntrådt i nær sammenheng med cannabisbruk.

Dette var altså det som var kjent inntil Folkehelseinstituttet publiserte seks tilfeller fra Norge der dødsfallene kunne skyldes hjerteforstyrrelser som var forårsaket av cannabisbruk.



Overlege og forsker ved Folkehelseinstituttet, Liliana Bachs.

Sammenhengen er at cannabisbruk øker hjerterytmen, og samtidig fører til en perifer utvidelse av blodkar, dvs. at det er mye mer blod enn vanlig ute i musklene og huden. Man kan da lett få et svimmelhetsanfall. Mens hjertemuskelen har økt oksygenbehov som følge av den økte hjerterytmen, får hjertet altså en redusert tilførsel av oksygen. Kroppen reagerer vanligvis på en slik tilstand ved å trekke sammen de perifere blodkarene, for å øke blodtilstrømningen til hjertet. Men denne sammentrekningsmekanismen blir blokkert av cannabis. I tillegg er det også vist at cannabis kan føre til arytmier (uregelmessig hjerterytme), noe som kan føre til angina, eller i verste fall til et hjerteinfarkt. Etter at dette ble publisert i 2001, er det kommet ganske mange andre rapporter og artikler, spesielt fra akuttmedisin, hvor tilfellene ligner, og hvor pasienten har dødd eller fått hjertesykdom i sammenheng med cannabisbruk. I mange tilfeller er det vanskelig å vise at dødsfallet eller sykdommen skyldes cannabis, men det kan være en pekepinn.

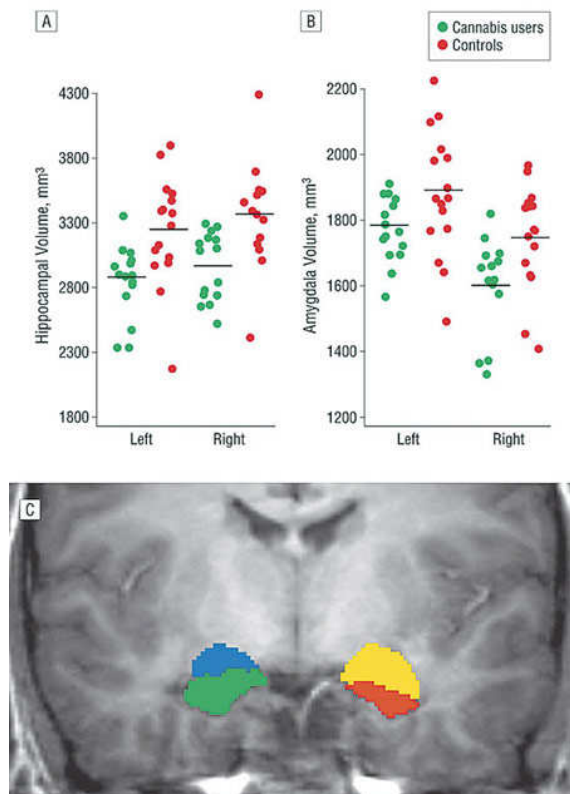
Ny og bedre studie

I 2008 er det imidlertid kommet en rapport som er mye mer slående, hvor det er gjort en studie med 2000 infarktpasienter som er blitt intervjuet mens de var inne på sykehuset etter første infarkt. De er også blitt undersøkt veldig grundig, og har besvart et langt spørreskjema som bl.a. inneholder spørsmål om cannabisbruk. Av disse 2000 var det 52 pasienter som oppga at de brukte cannabis. Alle pasientene er så blitt fulgt over fire år, for å se hvor stor andel av cannabisbrukerne som døde, sammenlignet med gruppen som ikke brukte cannabis. Funnet var at de som røykte cannabis mindre enn en gang i uken, hadde 2,5 ganger så høy risiko for å dø av hjerteinfarkt i løpet av disse fire årene, sammenlignet med dem som ikke brukte cannabis. Og de som brukte cannabis oftere enn en gang i uka, hadde enda fire ganger så høy dødsrisiko, sammenlignet med ikke-brukere av cannabis. Dette er en godt kontrollert studie, hvor man har spurt om "alt", om bruk av andre rusgifter, om bruk av tobakk, aktivitetsnivå, vekt, og har skaffet seg oversikt over

alle sykdommene som kan føre til infarkt, slik at det er mye som tyder på at den økte risikoen virkelig skyldes cannabis. Selv om det gjenstår mye forskning, er cannabis' negative effekt på hjertet en av de best dokumenterte virkningene av cannabis, og at cannabisbruk kan være spesielt uheldig for folk som allerede lider av en hjertesykdom, uavhengig av om de vet at de har en slik tilstand eller ikke.

Et annet område hvor man har sett på om cannabis kan ha noen betydning, er når det gjelder hjerneslag. Det finnes 10-20-talls publiserte tilfeller av slag hos unge mennesker, hvor enkelte av dem har oppstått mens de røykte cannabis. Hos enkelte var det kun forbigående symptomer som varte i timer til dager. Tilstanden kan skyldes at økt motstand i blodårer i hjernen gir nedsatt gjennomblødning hos kroniske cannabisbrukere. Dette kan delvis forklare kognitiv svikt hos disse.

Mange av slagpasientene av denne typen er faktisk blitt bra igjen etter slaget, etter dager og timer, mens andre er blitt varig redusert. Men her er bevisene foreløpig mye svakere enn når det gjelder effektene på hjertet. Man har vært svært interessert i å se på gjennomblødning i hjernen hos cannabisbrukere.



Måling av volum i hippocampus og amygdala hos tunge cannabisbrukere (MRI)

Kognitiv svikt

Når det gjelder kognitiv svikt, viser erfaringen at akutt inntak av cannabis har klare negative effekter på hukommelse, oppmerksomhet og evne til å løse oppgaver. Kronisk bruk medfører moderat svikt i kognitive tester og synlige forandringer i enkelte hjerneområder som kan ses ved bildediagnostikk. Enkelte mener at dette kun blir merkbart hos dem som skårer i de lavere IQ-områder før de begynner å røyke. Men det er nå lite diskusjon om en del av de negative hjerneeffektene av cannabis.

En studie fra 2008 sammenligner 15 tunge cannabisbrukere (mer enn fem jointer daglig i mer enn ti år), som ikke har vært brukere av andre rusgifter, med en kontrollgruppe på 16 ikke-brukere av cannabis eller andre rusgifter. Forskerne målte størrelsen på visse deler av hjernen, hippocampus og amygdala, deler av hjernen som er svært involvert i hukommelse, spesielt den delen av hukommelsen som brukes når vi skal løse et problem hvor vi trenger å ha flere tanker i hodet på en gang. Det viser seg at disse delene av hjernen er mindre hos langtids cannabisbrukere enn hos kontrollgruppen. De fant også en sammenheng mellom hvor mye cannabis en person har røykt i løpet av livet, og hvor mye disse hjerneområdene har skrumpet inn. Brukere scorer også mer på lettere psykotiske tegn, og lavere på hukommelse, sammenlignet med kontrollgruppen.

Lungekreft

Når det gjelder lungekreft, er det jo en viss økt risiko ved cannabisbruk, sammenlignet med den risikoen tobakksbruk alene representerer. De som begynte å røyke cannabis før de var fylt 16 år, hadde en ti ganger økt risiko, sammenlignet med dem som begynte å røyke cannabis etter fylte 21 år. Risikoen for lungekreft er generelt ikke høy, så selv om cannabisbrukere har en noe økt risiko, er risikoen også hos dem svært lav, men noe høyere enn ved tobakksbruk alene.

Schizofreni

Cannabis og schizofreni har vært mye omtalt. Den mest kjente undersøkelsen på dette området var en stor studie i Sverige av 45 000 vernepliktige som ble fulgt opp i 15 år, og som viser veldig sterkt at det er en relasjon mellom røyking av cannabis og schizofreni.

Men noen spørsmålstegn har vært stilt. Er det for eksempel slik at de som i utgangspunktet har et anlegg for schizofreni, også er mer tilbøyelige til å begynne å røyke cannabis? Denne studien ble publisert i 1975, og var lenge den viktigste. Men i 2007 ble det gjort en kunnskapsoppsummering om sammenhengen mellom cannabisbruk og psykoser. Man fant her at de som noen gang hadde prøvd cannabis hadde en svakt økt risiko for psykose (OR 1,41), mens risikoøkningen var klarere hos dem som var regelmessige cannabisbrukere (OR 2,09). Det er også en mulig sammenheng mellom bruk av cannabis og senere depresjon, selvmordstanker og angst, men dette er ikke dokumentert.

Bachs viste også til en stor studie som ble gjennomført allerede i 1894, Indian Hemp Drugs Commission, bestilt av den britiske regjeringen, en rapport på over 3000 sider, hvor de gjenga intervjuer med alle typer mennesker som var involvert i cannabis, fra produsenter til brukere, med følgende konklusjon: "Moderat bruk har ikke negative effekter på psykisk helse, men forverrer tilstanden til dem som har psykiske plager.

Overdreven bruk fører til mental instabilitet. Hun sa som et hjertesukk, at forskningen ennå ikke var kommet så mye lenger.

Referanser:

Aronow, WS et al., *Effect of smoking marihuana and a high nicotine cigarette on angina pectoris*. Clin Pharmacol Ther, 1975. 17(%): p.549-54

Charles, R., S. Holt, and N. Kirkham, *Myocardial infarction and marijuana*. Clin Toxicol, 1979. 14(4): p. 433-8.

Collins, J.S., et al., *Myocardial infarction during marijuana smoking in a young female*. Eur Heart J, 1985. 6(7): p. 637-8.

Macinnes, D.C. and K.M. Miller, *Fatal coronary artery thrombosis associated with cannabis smoking*. J R Coll Gen Pract, 1984. 34(267): p. 575-6.

Podczec, et al., *Acute myocardial infarction in juvenile patients with normal coronary arteries*. Int J Cardiology, 30 (1990) 359-361.

Yucel, M. et al., *Regional Brain Abnormalities Associated With Long-term Heavy Cannabis Use*. Arch Gen Psychiatry 2008;65:694-701

S Zammit, P Allebeck, S Andreasson, I Lundberg and G Lewis, *Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study*, BMJ 325 (2002), pp. 1199–1201

THM Moore, S Zammit and A Lingford-Hughes et al., *Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review*, Lancet 370 (2007), pp. 319–328.

Pedersen, W. (2008) *Does cannabis use lead to depression and suicidal behaviours? A population-based longitudinal study*. Acta Psychiatr Scand 2008; 118: 395-403

Bachs L, Mørland H. *Acute cardiovascular fatalities following cannabis use*. Forensic Sci Int 2002; 124 (2): 200-203.

Cannabis som medisin?

(Denne artikkelen sto i Mot Rusgift nr. 90).

På FMRs fagdag om cannabis holdt forskingssjef ved Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), Jørgen G. Bramness et innlegg med følgende tittel:

"Medisinsk bruk av cannabis - Berettiget eller overdreven optimisme?"



Forskningssjef Jørgen Bramness, SERAF

Variierende motiver

Når det gjelder medisinsk bruk av cannabis, henviste Bramness til internasjonale autoriteter, som for eksempel Wayne Hall, og mente at det var bred internasjonal forskerenighet om det han nå la fram om temaet. Han bemerket likevel at det på temaet var mange aktører med sterke meninger, meninger som ikke nødvendigvis var forskningsbaserte. Enten syns de det er forferdelig at man skal tilby et narkotisk stoff til publikum som medisin, og de ser all tankegang rundt dette som en lobbyvirksomhet for legaliseringsbevegelsen. Men det er minst like sterke røster på den andre siden som sier at disse som er nykterister og opptatt av at vi ikke skal gjøre noe som er ulovlig eller som kan gi gleder i livet, vil ta muligheten til lindring fra lidende pasienter. Sannheten er imidlertid ett eller annet sted midt imellom, ifølge Bramness, men han mente likevel han selv tilhørte dem som er skeptiske til den nytten vi kan ha av cannabis i medisinsk sammenheng. Han ville likevel være provokativ, sa han, for ikke å snakke arrangørene etter munnen.

Ikke en ny idé

At cannabis kan være en medisinsk ingrediens, en del av vår farmakopé, er ingen ny tanke. De muntlige overleveringene av kunnskap om bruk av cannabis som medisin er mange tusen år gamle. Han viste et bilde av en leirtavle fra Mesopotamia fra ca. år 650 f.Kr. som inneholdt en beskrivelse av at det er mulig å bruke cannabis som medisin for ulike tilstander. Tidlige kilder av hvilke urter og remedier som kan brukes som medisin er ofte litt unyanserte, så beskrivelsen av virkeområdet er ganske bredt, du kan bruke det mot alt fra psykiske lidelser til mange somatiske plager. Cannabis har altså lenge vært kjent som et medikament man kunne tenke seg å bruke innenfor det medisinske området. Også fra vår egen tid har cannabis vært i bruk. En amerikansk avisannonse fra 1930-tallet reklamerte med at cannabis dyrket i USA var minst like bra som importert cannabis.

Større biokjemisk innsikt

Men selv om cannabis har vært kjent i flere tusen år, er det først i løpet av de siste 50 årene at vi har begynt å få innsikt i biokjemien og farmakologien knyttet til cannabis. Det var ikke før i 1964 at man klarte å identifisere Delta-9-tetrahydrocannabinol – vanligvis bare forkortet THC – som er det mest potente av over 60 psykoaktive ingredienser i cannabis. På samme måte som i tobakksrøyk er det imidlertid enda mange flere ingredienser, man snakker om over 400 kjemiske forbindelser, men 60 av dem er psykoaktive, hvorav THC uten tvil er den mest potente. Det er dette man måler, fordi man mener at det er her det er størst sammenheng mellom den konsentrasjonen man finner i kroppen og de effekter stoffet har. Så THC er så å si den farmakologiske delen av cannabis, selv om det er en sannhet med noen modifikasjoner. Nyere forskning tyder nemlig på at det ikke nødvendigvis bare er THC som sådan som påvirker brukeren, men en blanding av THC og andre psykoaktive ingredienser, som for eksempel cannabinol, og at det er forholdet mellom disse to ingrediensene som bestemmer påvirkningen. Men forskningen på den relative sammensetningen av cannabisproduktene, hvorav noen angivelig skal være mer gunstige enn andre, er foreløpig på et rent spekulativt nivå. Så seriøs cannabisforskning forholder seg foreløpig til THC, den mest potente ingrediensen i cannabis.

Cannabisreseptorer

Etter oppdagelsen av THC gikk det enda tyve år før man oppdaget at dette stoffet ikke påvirker hjernen generelt, men noen spesifikke reseptorer i hjernen. Vi har altså i hjernen spesifikke mottaksmolekyler for dette psykoaktive stoffet, som THC binder seg til, og som gjør at det skapes en virkning. Og da er vi jo veldig nær å snakke om ting som vi også kjenner fra medisinsk bruk av andre stoffer. For det er jo samme virkningsmekanisme som vi har for svært mange av de øvrige psykoaktive stoffene vi har innenfor vår farmakopé, enten det er antidepressiva, antipsykotika, sovemedisiner og en rekke andre medisiner. De virker på spesifikke reseptorer i hjernen. Etter hvert har man også funnet ut at det er flere ulike varianter av cannabisreseptorer. I hjernen fant man en cannabinoidreseptor 1 (CB1), mens man i andre deler av kroppen, stort sett i det perifere blodsystemet, fant en cannabinoidreseptor 2 (CB2), som har noe å gjøre med immunapparatet og vårt forsvar mot infeksjonssykdommer. Man har nå også en viss indikasjon på at det finnes en tredje reseptor (CB3). Men det som er avgjørende for å forstå de farmakologiske virkningene av cannabis, er denne CB1-reseptoren i hjernen. Man kan spørre seg hva som er hensikten med å ha cannabisreseptorer i hjernen. Det viser seg imidlertid at årsaken ikke er at det finnes cannabis der ute, men fordi det inne i kroppen vår finnes stoffer som påvirker denne reseptoren, såkalte endocannabinoider. At man kan tilføre stoffer utenfra for å påvirke de reseptorene vi er født med, er en oppfinnelse i etterkant. Derfor er det egentlig litt feil at det kalles "cannabisreseptorer", det er bare et resultat at hvordan de ble oppdaget.

Endocannabinoider

Ett av de forskningsområdene man har gått sterkere inn i de siste årene, er å se på de såkalte endocannabinoidene, hvilken funksjon de har og hvordan de påvirker reseptorene. Det viktigste av disse endogene stoffene er de såkalte anandamidene, fettløselige substanser som vi finner i varierende konsentrasjon i ulike deler av hjernen vår. Å studere disse vil også kunne gi oss en innfallsvinkel til å vurdere om det skulle være noen medisinske fordeler ved å tilføre THC utenfra.

Utgangspunktet er altså at vi har ulike stoffer som kan binde seg til cannabisreseptorene. For det første har vi altså THC, den psykoaktive komponenten i cannabis. Men så har vi stoffer som kommer innenfra, endogene ligander (anadamid, noladineter og AG2), som binder seg til den samme reseptoren. Og når man finner en ny reseptor, så er legemiddelindustrien raskt ut med å lage syntetiske produkter som stimulerer den samme reseptoren, som er medisiner i mer tradisjonell forstand. Det finnes også s.k. antagonister, dvs. stoffer som har den motsatte virkningen, når man tilsetter dem utenfra. Man tar for eksempel inn medisinene Acomplia eller rimonabant, som er antagonister og gir den motsatte effekten av det man får av cannabis. De stopper virkningen av cannabis, eller av de endogene cannabinoidene og deres effekter på hjernen.

Fire måter å påvirke cannabisreseptorene på

Vi står altså igjen med fire ulike måter å påvirke disse cannabisreseptorene på. For det første kan vi påvirke dem med cannabis som sådan. Og det er laget legemidler som er ekstrakter av cannabis, for eksempel det som selges under navnet Sativex, eller en syntetisk variant av THC som sådan som heter Dronabinol. Så har vi også de ulike

stoffene som kroppen produserer selv, og de syntetiske variantene av disse. Og så har vi også de stoffene som har motsatt virkning. Og alle disse bruksvariantene kan være utgangspunkter for å lage medisiner med cannabisvirkning, og hvor pasienter av ulike slag kunne få en gunstig effekt for sin lidelse.

Forskning på narkotika som medisin

Fra mange typer forskning rundt dette å bruke narkotiske stoffer som medisiner vet vi at dette ikke er forskning som det er enkelt å få til. Heldigvis finnes det i de ulike land som driver slik forskning også etiske komiteer som stort sett setter seg på bakbeina når noen foreslår at man skal bruke sterke narkotiske stoffer for å behandle ulike pasientgrupper. Bramness har selv fulgt noe av den forskningen som oppstod da man skulle prøve å bruke ecstasy som et legemiddel. Det var så vanskelig å få til at man endte opp med å få tillatelse til å forske bare på pasienter som hadde kreft i siste stadium og som samtidig hadde en depresjon. Så når man tenkte på at man skulle gjøre ecstasy om til et legemiddel, så var det bare en liten gruppe av de aller sykeste og nært døende pasientene som man tenkte seg at man kunne bruke dette til. Når man lanserer ideen om å bruke som medisin noe som har opprinnelse som et narkotisk stoff til en pasientgruppe, så gjør man klokt i, både som forsker, kliniker eller aktivist, å fokusere seg inn på de gruppene som er sykest, og hvor det er vanskeligst å tenke seg at det er annen behandling som kan hjelpe dem, enten fordi de har prøvd annen behandling og den har feilet, eller fordi de er så syke at her må hva som helst prøves. Det reflekteres i de ulike pasientgruppene hvor man har prøvd de ulike medisinene. Da står man enten igjen med svært syke, terminale, nært døende pasienter, man står igjen med kronisk, alvorlig syke, der annen behandling svikter eller der annen behandling ikke er tilgjengelig, og i grupper der man totalt mangler behandling. Det reflekteres i de s.k. "terapeutiske områdene" hvor man har forsøkt å bruke cannabis som medisin. Når Bramness sier dette, impliserer det også at det ikke er snakk om medisiner til bruk for hele folket. Det er snakk om medisin til bruk for visse grupper.

Legemiddelindustriens strategier

De fleste legemiddelfirmaer som søker patent på legemidler til bruk i befolkningen, konsentrerer seg gjerne på disse små gruppene, med tanke på at de skal utvide til store grupper etter hvert. Da man begynte med antidepressiva, begynte man med de mest alvorlig deprimerte, syke pasientene, og så har man, etter å ha fått godkjenning, forsøkt å utvide indikasjonsområdet slik at store grupper etter hvert kan defineres som så pass dårlige at de trenger disse antidepressivene. Det er en velkjent strategi fra legemiddelindustrien, fordi det er mye lettere å vise effekt i grupper som er alvorlig syke, og så kan man etter hvert øke indikasjonsområdet for å få dette til å bli en salgssuksess. Man får ikke en salgssuksess ved å bare studere veldig syke mennesker med spesielle, smale indikasjoner. Det gir et signal om at den forskningen vi ser på dette området ikke dreier seg om store grupper pasienter. Det er verdt å ta med seg når man ser på de resultatene som faktisk foreligger. Dette reflekteres også i de områdene hvor man finner cannabis prøvd brukt som legemiddel.

Bramness viste en amerikansk kampanjeplakat for legalisering av Marihuana, som tar utgangspunkt i at dersom marihuana først blir akseptert som medisin, vil det også være lettere å få det akseptert som et generelt nytelsesmiddel.



Grønn stær

Det har vært snakket om at marihuana har en god effekt i forhold til grønn stær. Det har det faktisk, fordi det er reseptorer for cannabismolekyler i øyet som gjør at dersom man røyker cannabis, får man et nedsatt trykk i øyet. Man kunne altså tenke seg at cannabis ville ha en effekt der. Problemet er at det finnes så mange andre og mer effektive legemidler. Men vi kan i alle fall slutte at for pasienter med grønn stær er det ikke nødvendigvis skadelig for øyet deres å røyke cannabis.

Ulike andre områder

Ett av de mest studerte områdene er imidlertid kvalme og oppkast hos cellegiftbehandlede kreftpasienter. Dette er en alvorlig syk gruppe, og cellegiftbehandling er en meget tøff behandling, og det er et område hvor cannabismedikamenter har vært prøvd.

Smertepasienter er en annen gruppe. Vi har mange midler for å behandle smerte med, men det viser seg at vi tømmer vårt arsenal i forhold til mange kroniske smertetilstander av ulik opprinnelse. Det er en kjensgjerning at det er en del pasienter som ikke blir kvitt sine smerter. Vi har vært vant til å tenke at kreft er noe som ender med døden, og man kan ikke bli helbredet. Men smerten skal man i alle fall holde unna. Men det viser seg at man ikke alltid kan garantere pasienter som har alvorlige smerter at de skal få en smertefri tilværelse.

Cannabismedikamenter har også vært brukt i for pasienter med multippel sklerose, som er en degenerativ nervesykdom.

Cannabis har også vært prøvd i forhold til det som kalles AIDS-relatert svakhet. Pasienter som tidligere utviklet s.k. kakektiske (avmagrede) tilstander, dvs. tilstander der de ikke fikk i seg nok mat, mistet all kraft og fikk et veldig alvorlig AIDS-syndrom. Der prøvde man en stund å bruke cannabis-medisiner for å behjelpe denne situasjonen.

Kvalme hos cellegiftbehandlede pasienter



Foto: Colourbox

Det som har vært den store framgangen i behandlingen av kreft i de senere årene og som har ført til at man har fått økende overlevelsestall har vært at man har gått mye mer aggressivt inn med kjemoterapi, altså cellegiftbehandling hos disse pasientgruppene. Kreftpasienter må tåle å bli påført mye mer cellegift i dag enn de gjorde for bare noen år siden. Det å få kvalme og oppkast, som en alvorlig bivirkning av kjemoterapi, er en vanlig reaksjon. I en del tilfeller er det vanskelig å kontrollere denne reaksjonen, det er en utfordring rent klinisk å gi disse pasientene nok støtteterapi i form av ulike kvalmestillende medikamenter til at kvalme og oppkast gir seg. Det er en meget ubehagelig tilleggsbelastning for pasienter som i utgangspunktet har kreft og blir utsatt for en veldig tøff behandling. Spørsmålet er da om det er plass for å bruke cannabis i forsøk på å dempe og kurere denne kvalmen og oppkastproblematikken rundt kjemoterapi. Der er det gjort en veldig god gjennomgang av Tramer og medarbeidere i British Medical Journal i 2001, og den viser at det er relativt mange studier – ca. 12-14 gode studier. Problemet med disse studiene er at de ofte sammenligner med gamle kvalmestillende midler, og ikke med de nyere medikamentene mot kvalme. De gamle midlene var ikke så gode som de som brukes i dag. Derfor slår en del av disse eldre studiene ut litt for godt til fordel for cannabis-produktene, som i Tramers oversiktartikkel. Men det studiene også viser er at cannabisproduktene virker bedre mot kvalme og oppkast enn narremedisin/placebo. De har altså en signifikant kvalmestillende effekt, men den er relativt liten. Det er også slik at nyere medikamenter er bedre enn cannabis. Man kan antakelig konkludere med at vi på gruppenivå har bedre medikamenter å hjelpe oss med enn cannabis. Det betyr ikke at det ikke burde være åpning for at noen pasienter på individnivå ville kunne ha bedre nytte av cannabis. Bramness ville derfor ikke avvise at for noen pasienter vil cannabisprodukter kunne være gunstige i forhold til å dempe deres kvalme. Men det betyr ikke at de behøver å røyke cannabis for å få denne effekten. Man kunne tenke seg at de kunne ta Sativex, som er et cannabissekstrakt eller andre cannabispreparater som legemidler. Det er ikke noe som tilsier at man skulle behøve å røyke dette. Det Tramer oppsummerer sine funn med er at potensielt alvorlige

bivirkninger, også når man tar cannabis forbigående, antakelig er begrensende for en omfattende bruk av cannabisprodukter som kvalmedempende medikamenter ved cellegiftbehandling.

Smertelindring

Smertelindring er det andre potensielt store anvendelsesområdet for cannabisprodukter. Smertetilstander er utbredt som følge av en rekke sykdommer. Vi har med andre ord ikke råd til å fnyse av smertebehandling, slik at vi kunne tenke oss at det skulle være en plass for cannabis, når vi ikke har noe annet å hjelpe oss med. Og i en ny studie av Campbell og medarbeidere i British Medical Journal, er det oppsummert at det finnes mange studier, dog ikke så mange som på cellegiftbehandling, vi snakker om 8-9 studier med som oftest god design, hvor cannabis gir bedre smertelindring enn placebo. Dette er gode dobbelt-blinde undersøkelser hvor pasienten ikke vet hva han eller hun får. Men det er ikke slik at cannabis gir bedre smertelindring enn andre smertestillende medikamenter, for eksempel kodein, det virkestoffet man finner i Paralgin Forte, et svakt opioidholdig analgetikum. Campbell og medarbeidere konkluderer da med at når det ikke er mer effektivt i kontrollen av smertetilstander, i tillegg til at det har en sentralnervøst deprimerende effekt, dvs. at man blir sløvet, så er det ikke sannsynlig at man kommer til å se en introduksjon av disse cannabismedikamentene i noen stor skala. Men igjen, den samme reservasjonen som Bramness også uttrykte for kvalmestillende medikamenter: på enkeltindividnivå kan det være at produkter som for eksempel Sativex kunne være noe man skulle prøve når man ikke oppnår tilfredsstillende effekt med andre midler innenfor alvorlige smertetilstander. Men husk da at THC-midlene ikke er spesielt effektive overfor alvorlige smertetilstander. Det gjelder mer moderate smerter. Bramness tror dermed Campbell har rett, at det ikke er noen stor plass for cannabis i smertelindringsbehandling.

Multipel sklerose

Multipel Sklerose er en alvorlig progredierende og degenerativ hjernesykdom. Den rammer ca. 1 promille av befolkningen, og de viktigste nevrologiske symptomene er smerter, spastisitet – stive muskler som står spent, og mye skjelvninger. Ved siden av det er det et utall av nevrologiske symptomer som kan komme av MS, forbigående blindhet, forbigående døvhhet, ulike sanseopplevelser, og nesten et hvilket som helst annet symptom. Men i denne sammenhengen er vi mest opptatt av smerter og spastisitet – altså muskelspenninger og muskelsammentrekninger som man har forsøkt å behandle med cannabisprodukter. Også der har cannabis en viss effekt, som er høyere enn av placebo når det gjelder å kontrollere smerter og spastisitet. Men i så mye som 40 prosent av tilfellene vil man se uttalt svimmelhet.

Avmagring av AIDS

Når det gjelder AIDS-relatert svakhet, så var dette en tilstand som var klart mer utbredt før man fikk moderne HIV-terapi. Det er langt færre HIV-smittede som utvikler AIDS-syndromet nå enn det var før. Og de som får AIDS er det mange andre måter å hjelpe på enn ved bruk av cannabis. Grunnen til at man tenkte på å bruke cannabis overfor denne gruppen, var at cannabis for stort sett alle brukere forårsaker spisekick, dvs. de får lyst til å spise mye, og gjerne søte saker. Man trodde at dette var en relativ spesifikk virkning av cannabis som kanskje kunne hjelpe AIDS-pasienter som ikke fikk i seg noe til å øke

appetitten. Men i lys av at moderne HIV-terapi er såpass bra, så er det heller ikke på dette området lenger noen grunn til å tro at cannabis skulle ha en stor plass.

Cannabis-antagonister

Tilslutt tok Bramness for seg de s.k. cannabis-antagonistene, dvs. stoffer som har motsatt virkning av cannabis. Her har det vært på markedet i Norge et legemiddel som heter Acomplia. Man tenkte at hvis folk får spisekick av å bruke cannabis, så kunne man kanskje dempe matlysten hos folk som spiser for mye ved å bruke et medikament med motsatt virkning. Det finnes også gode biokjemiske forklaringer på hvordan dette skulle henge sammen. Men midlet er nå nettopp trukket fra norske apotek, og tilsvarende i utlandet, etter pålegg fra den medisinske komiteen i EU, fordi det viste seg at dette medikamentet også hadde mange uønskede bivirkninger, ikke minst depresjon, og det var sett en klar økning i selvmordsforsøk blant personer som gikk på dette middelet. Så bruken av cannabisantagonister har heller ikke så langt vært noen stor suksess. Men vi bør huske på at når folk tar medikamenter, så får de bivirkninger. En medisin uten bivirkninger er knapt nok en medisin. For cannabisprodukter er bivirkningen nedsatte kognitive ferdigheter mens man er påvirket, og også nedsatte psykomotoriske ferdigheter. Ved litt høyere doser vil man kunne oppleve angst, hjerteklapp med risiko for infarkt, og ved høy og langvarig bruk av cannabis oppstår det av og til hallusinasjoner. Noe som vanligvis går over ved avsluttet bruk. Men det er også langtidseffekter av dette, som psykoser, nedsatte evner til å tenke – altså nedsatte kognitive ferdigheter, og angst og depresjon. Disse bivirkningene må vi ha i mente når vi betrakter marginale fordeler ved bruk av cannabis i enkelte tilfeller.

Økonomiske interesser?

Det forhindrer ikke at dersom man for eksempel går inn på nettet og søker seg fram til en hjemmeside som legemiddelfirmaet Bayer finansierer i sin helhet, den s.k. ”MS-Portalen”, så er det folk som går ut og snakker høyt og sterkt om at cannabis bør brukes for MS. Vi bør huske på at når vi veier positive og negative effekter opp mot hverandre, så er det andre som også gjør det, og som er hørbare i debatten. Og hvis de gjør dette med en sterk økonomisk interesse i bakgrunnen, så kan det være en tendens til at noen av synspunktene får større oppmerksomhet enn andre.

Kan vi stole på massemedia?

Bramness stilte også spørsmålet om vi kan stole på pressen i denne sammenhengen. Man kan tydeligvis åpne avisene minst en gang i halvåret og lese at nå endelig er cannabis blitt den medisinen som skal hjelpe oss mot det ene eller det andre. Og disse cannabisoppslagene i pressen har vært gjenstand for en ganske interessant undersøkelse fra Spania hvor de har sett på ulike oppslag som cannabis har forårsaket og hva som er blitt presentert av forskning om temaet i spansk presse. Man gjennomgikk her ca. 150 oppslag, funnet over en fireårsperiode, angående hvilken rolle cannabis kunne ha som medisin. Det man fant i denne gjennomgangen var at i over halvparten av tilfellene inneholdt disse artiklene grove unøyaktigheter når det gjaldt den effekten man kunne forvente seg å finne av cannabis. Forskjellen mellom de faktiske forskningsresultatene og det som stod i avisene var svært stor. Bare 8 prosent av artiklene kunne ut fra et populærvitenskapelig synspunkt sies å være av god kvalitet. Bramness’ inntrykk er at det

er en relativt kort vei fra realistisk forskning til urealistiske presseoppslag. Det bør man ha med i bakhodet når man leser en avisartikkel om cannabis som legemiddel.

Pasienter som bruker cannabis

Bramness nevnte til slutt forskning som hadde sett på pasienter som brukte cannabis, og deres begrunnelse for å gjøre dette. Var det medisinske virkninger av cannabis som fikk dem til å bruke det, eller var det en mer rekreasjonell vane for hyggens del? I Spania hadde man intervjuet 150 pasienter med MS som brukte cannabis. Man fant da at de som brukte cannabis for hyggens skyld, også var daglige røykere. De som opplevde en medisinsk effekt, var først og fremst smertepasienter. Men de som hadde tro på en medisinsk effekt, var først og fremst eldre 68-ere, dvs. folk som var vokst opp med en positiv holdning til cannabis. Vi snakker her om et kulturelt fenomen, sa Bramness. Undersøkelsen vist også at cannabisbruken i bare liten grad var knyttet til at folk opplevde alvorlige MS-symptomer. Forskerne konkluderte med at troen på de positive cannabis-effektene var noe overdrevet, også hos folk som har MS.

– Vi har lange tradisjoner for bruk av cannabis som medisin, men i forhold til smertetilstander, kvalme og MS-relaterte symptomer er det grunn til å si at vi har nok bedre medikamenter å hjelpe oss med enn cannabisprodukter, avsluttet Bramness.

Legalisere, avkriminalisere eller rekriminalisere?

(Denne artikkelen er gjengitt i Mot Rusgift nr. 94)

Den ”nye” legaliseringsbevegelsen i Norge har som mål å avkriminalisere bruk, innehav og omsetning av narkotika. De ønsker at dette ikke skal rammes av straffebestemmelser og at de stoffbrukere som er blitt avhengige skal håndteres av helsevesenet, og ikke av politiet og kriminalomsorgen.

Dette ønsket korresponderer med tilsvarende tanker i en del andre land. I Norge har det vært reist med ujevne mellomrom helt siden 1960-tallet.

Legaliseringsbevegelsen beveger seg igjen

Flertallet i Straffelovkommisjonen gikk for noen år siden inn for å legalisere innehav og bruk av alle narkotiske stoffer, ut fra en forståelse av at en kriminalisering først og fremst skal ha til hensikt å forhindre skader som rammer andre enn gjerningspersonene selv, mens de direkte skadevirkningene ved bruk av narkotika etter flertallets mening utelukkende rammer brukerne.

Dette er en undervurdering av de skader som en avhengighetsutvikling hos en enkeltperson påfører kjernefamilien, vedkommende persons sosiale miljø, samfunnets økonomi og den generelle trygghet og fred. Narkotikabruk og narkotikakriminalitet er absolutt ikke ”offerløs kriminalitet”. Forbundet Mot Rusgift mener samfunnets behov for beskyttelse mot en akselererende narkotikatrafikk, medfølgende sosiale problemer, kriminalitet og utrygghet absolutt må være de viktigste grunnene til en fortsatt kriminalisering av narkotika.

Derfor fikk kommisjonsflertallets forslag lite gehør hos norske politikere. I de siste par årene har imidlertid norsk narkotikapolitikk vært under sterk debatt, og flere narkotikaliberale miljøer har gått sammen om å forsøke å påvirke det s.k. Stoltenbergutvalget, som ble nedsatt for å legge fram sitt forslag til nye narkotikapolitiske ordninger i Norge, etter utspill fra tidligere helseminister, Bjarne Håkon Hanssen, som ville gi opiatavhengige gratis heroin.

Begrepsavklaring

Først en liten klargjøring. Begrepene avkriminalisering og legalisering brukes litt om hverandre. Begge begrepene dekker et ønske om å ta narkotika ut av straffelovgivningen og inn i helselovgivningen. Av og til brukes også begrepet nedkriminalisering. Betydningen av dette kan være at strafferammene og eventuelt straffeutmålingen skal bli mildere enn de er i dag. Norge har siden 1984 høyere strafferammer for narkotikalovbrudd enn våre naboland, men straffeutmålingen for narkotikalovbrudd er blitt stadig mildere. Der brudd på Legemiddeloven er hovedlovbrudd, avgjøres 90 prosent av sakene med forelegg, i tillegg til at en liten, men økende andel avgjøres med betinget påtaleunntatelse. Der brudd på proffparagrafen i Straffeloven er hovedlovbrudd og strafferammen inntil 2 år, avgjøres 60 prosent av sakene med forelegg. I tillegg er det i lov bestemt at heroinbrukere har lov til å ha en dose heroin på seg, dersom de er registrerte sprøyteromsbrukere. Dette skjer foreløpig bare i Oslo. Riksadvokaten hevet for to år siden grensen for påtale for innehav av cannabis til 15 gram. Det innebærer at innehav av mindre kvanta enn dette straffes med en bot. Det kan ikke være tvil om at samfunnet ser atskillig mildere på narkotikalovbrudd i dag enn for 30 år siden. Når det likevel er skjedd en økning i antall straffede, henger dette sammen med det økte omfanget av narkotikaomsetning og bruk ute i samfunnet, og har ikke bakgrunn i noen strengere narkotikapolitikk.

Hvorfor forbud?

Når befatning med narkotika og visse former for omgang med alkohol i dag er forbudt, er ikke begrunnelsen først og fremst den helsefare disse stoffene representerer, men i stor grad de sosiale problemer, den kriminalitet og ulempe som narkotikatrafikken og ulovlig omgang med alkohol påfører samfunnet, nærmiljøet og familien, i tillegg til den misère den enkelte rusgiftavhengige selv opplever. Det er uheldig dersom det gis inntrykk av at rusgiftproblemet først og fremst er et individuelt, helsemessig problem. Har en person i familien et avhengighetsproblem, så har resten av familien det også. Det kan de hundretalls av pårørende grupper og –organisasjoner gi vitnesbyrd om. Dersom en person selger narkotika, eller gir bort, risikerer han at kjøperen/mottakeren starter på eller fortsetter på en avhengighetskarriere som kan få skjebnesvangre konsekvenser. Å hevde at narkotikakriminalitet bare går ut over brukeren selv, er derfor en grov undervurdering av de skader som en avhengighetsutvikling hos en enkeltperson påfører kjernefamilien, vedkommende persons sosiale miljø, samfunnets økonomi og den generelle trygghet og fred. Narkotikabruk og narkotikakriminalitet er absolutt ikke ”offerløs kriminalitet”. Jeg mener samfunnets behov for beskyttelse mot en mer utbredt narkotikatrafikk,

medfølgende sosiale problemer, kriminalitet og utrygghet absolutt må være de viktigste grunnene til en fortsatt kriminalisering av narkotika.

Hva med alkohol, tobakk og dopingmidler?

Tilhengerne av en avkriminalisering/legalisering ønsker også å sidestille bruk av illegale narkotiske stoffer med alkohol, tobakk, sniftestoffer og dopingmidler. Bak dette ligger det antakeligvis en tankegang om at dette alt sammen er helseskadelige substanser, men hvor man ikke tar hensyn til de ulike kategoriernes skadeprofil, historie og kulturelle posisjon i samfunnet. Jeg vurderer tobakk og dopingmidler som i hovedsak et helseanliggende. Alkohol er derimot en legal, kulturelt akseptert og historisk befestet rusgift i de fleste norske miljøer, med de store helsemessige og sosiale belastninger dette medfører for enkeltpersoner, familier, nærmiljø og samfunn. Det store flertallet av befolkningen er imidlertid alkoholbrukere, og en kriminalisering av alkohol er derfor ikke aktuelt. Selv om enkelte av de illegale narkotiske stoffene isolert sett kan sammenlignes med alkohol i individuell farlighetsgrad, står de likevel i en helt annen historisk og kulturell stilling. Det store flertallet av befolkningen er ikke-brukere, det store flertallet er enige i at innehav og bruk av disse stoffene skal være forbudt og straffbart. En avkriminalisering av disse stoffene ville være en impuls i retning av økt bruk av slike stoffer, en situasjon som få har noe ønske om å fremme.

Kriminalisering er et sterkt signal

Flertallet i strafferettskomisjonen mente at rent menneskelige hensyn taler for en avkriminalisering, fordi straffeforfølgning av stoffavhengige personer med store helsemessige og sosiale problemer fortoner seg urimelig og lite formålstjenlig. Vi i FMR har ved flere anledninger pekt på at strafferettslig reaksjon overfor langtømte stoffavhengige først og fremst bør være soning i institusjon, med sikte på å komme ut av avhengighetsforholdet og over i en rehabiliterende tilværelse. Denne muligheten svekkes dersom kriminaliseringen opphører. Men hovedbegrunnelsen for en kriminalisering av stoffbruk er at en ønsker å forebygge enhver eksperimentering, bruk og omsetning med illegale stoffer. Da må loven gi det sterke signalet som en kriminalisering innebærer.

Stigmatisering av stoffbrukere

Mange har vært opptatt av den stigmatiserende effekt som et forbud har i forhold til brukerne. En slik stigmatiserende effekt vil naturligvis ethvert forbud ha, i den forstand at enhver lovovertreder som blir avdekket av politi eller kontrollinstanser, vil stå i fare for å bli stigmatisert i sitt miljø. Dette gjelder så vel, vold som vinnings- og sedelighetslovbrudd. Hensynet til å forhindre og forebygge slike lovbrudd er likevel grunnen til at man velger å opprettholde forbud. Når det gjelder de narkotiske stoffene kan det i tillegg hevdes at deres avhengighetsskapende og normalitetsforstyrrende effekter er så store at selv ved en avkriminalisering ville en relativt stor andel av brukerne uansett utvikle et rusgiftpreget og avvikende atferdsmønster og dermed likevel bli stigmatisert, slik det også skjer med mange storforbrukere av alkohol.

Forbud – redskap for tidlig intervensjon

Det kan også hevdes at en kriminalisering kan gi politi og andre hjelpeinstanser et redskap for å sette inn tiltak overfor grupper eller enkeltpersoner i risikozonen, med sikte på å forhindre et brudd med vedkommendes nettverk og sosiale miljø, før avviket er så markant at en gjenforening/tilbakeføring blir vanskelig.

De fleste er enige i at det er sterkt ønskelig å hindre utbredelsen av narkotiske stoffer. Men mange legaliseringstilhengere mener dette en oppgave av helsepolitisk og sosialpolitisk art, hvor andre midler enn strafferettslige tiltak må benyttes. Forbundet Mot Rusgift har lenge hevdet et helhetssyn på narkotika, hvor helsepolitisk og sosialpolitisk innsats må gå hånd i hånd med strafferettslige tiltak. Det finnes heller ikke eksempler på moderne samfunn som ikke har koblet strafferettslige tiltak til narkotikaproblemet på ett eller annet nivå. Nederland, for eksempel, firedoblet sin fengselskapasitet i løpet av 20 år, for å kunne ta seg av kriminelle med narkotikaproblemer. Politiets repressive innsats overfor brukere på gateplan i de store byene der i landet står ikke noe tilbake for den aktiviteten overfor narkotikabrukere som politiet bedriver i Norge. Men reaksjonene skjer på et annet grunnlag og med en annen begrunnelse.

Det bør for øvrig bemerkes at Sosialtjenestlovens og Barnevernslovens tvangshjemler overfor stoffavhengige i Norge på ingen måte egner seg til inngrep på et tidlig stadium i en stoffbrukerkarriere, det tidspunktet da en tvangsinnngrep ifølge forskning ville ha størst effekt. Strafferettslige tiltak er derfor vanligvis de eneste mulige tiltak som kan sette grenser på et tidlig nok tidspunkt i en begynnende stoffbrukerkarriere.

De store haiene eller gatebrukerne?

Det er ikke her mulig i detalj å drøfte strafferammeproblematikken, men jeg mener at innførsel og omsetning av store partier narkotika er meget straffeverdig. Når det gjelder innførsel og omsetning av store partier opiater, skulle de høye dødsratene vi har hatt i Norge de siste årene tale sitt tydelige språk om denne trafikens straffverdighet. Import og omsetning av store mengder narkotika er alvorlige forbrytelser, og de bør prinsipielt straffes hardt. En slik politikk bidrar til å begrense mengden stoff som er i omsetning, narkotikaprisene blir tilsvarende høye og forbruket av narkotika holder seg lavt, eller i alle fall lavere.

Det er også vanskelig å følge legaliseringstilhengerne når de argumenterer for at skjerpingen i strafferammene ikke hadde noen effekt. Den straffeskjerpingen som foregikk i årene 1968-1984, skjedde i en periode med voksende narkotikabruk over hele Europa, og straffeskjerpelsene kunne ikke alene ventes å skape en helt annen trend i Norge.. Men man har i storparten av denne tiden greidd å holde utbredelsen av narkotikabruk nede på et lavere nivå enn i de fleste andre sammenlignbare land. De høye strafferammene vi har i Norge for narkotikalovbrudd er utvilsomt et viktig signal om at det norske samfunnet ser meget alvorlig på enhver befatning med illegale rusgifter. FMR er engstelige for signaleffekten av det motsatte, at en reduksjon av strafferammene – spesielt en betydelig reduksjon - vil signalisere at befatning med narkotika ikke er så klanderverdig som samfunnet en gang mente.

Tankegangen bak de høye strafferammene for de mest alvorlige narkotikalovbruddene er sannsynligvis at det er de store "haiene" som er årsaken til narkotikaproblemet, og at disse må tas hardt. Imidlertid vil enhver bakmann som blir tatt, straks bli erstattet av en ny, fordi et lukrativt marked fortsatt er tilstede. Slik sett vil en strafferettslig strategi som bare går ut på å ramme bakmenn, være feilaktig. Den vil også være feilaktig med tanke på den helt sentrale rolle som stoffbrukere på grunnplanet spiller når det gjelder å rekruttere bekjente og venner inn i stoffeksperimentering og stoffbruk og å lange stoffer på gateplan. Så lenge denne virksomheten får foregå uforstyrret, vil narkotikamarkedet og etterspørselen bestå, nyrekrutteringen fortsette og problemet øke. Jeg er derfor først og fremst opptatt av at også innehav og bruk av narkotika i liten skala skal møtes med en reaksjon, og at strafferammene for mindre alvorlige narkotikalovbrudd skal være som i dag.

Jeg vil ikke gå inn på de ulike gradene av grovhet i narkotikaforbrytelser og hvilken strafferamme som skal brukes, men vil påpeke at når det gjelder grove narkotikalovbrudd bør straffen være fengsel, og ikke bøter. BøtStraff for narkotikaforbrytere, som sannsynligvis har tilgang til store summer ulovlig tjente penger, er verken en god eller en rettferdig reaksjon. Etter mitt syn bør bot som selvstendig straffealternativ grov narkotikaovertrødelse sløyfes.

Hva med cannabis?

Dette gjelder også bruk av cannabis. Etter hvert som fokus blir satt på dette, er det mulig at vurderingen av hasjens akutte farlighet vil øke.

For noen år siden hadde Willy Pedersen en kronikk i Aftenposten, hvor han skrev følgende:

"Særlig har oppmerksomheten festet seg ved det vi gjerne regner som den mest alvorlige sinnslidelsen – Schizofreni. Flere studier peker mot en fordobling av risikoen for schizofreni ved omfattende hasjbruk. Andre tyder på et mer kronisk forløp hos sårbare personer ved cannabisbruk. Mange studier peker mot at bruk av hasj i svært ung alder er særlig skadelig"(Aftenposten 22.08.07).

Etter Pedersens helomvending i narkotikaspørsmål, hvor han har sluttet seg til legaliseringstilhengerne, må det være tillatt å spørre: Gjelder ikke dette lenger? Bør vi ikke holde forbruket nede på et så lavt nivå som mulig, og skjerme det store flertallet av ungdom fra eksperimentering og bruk av hasj gjennom et forbud? Norge har lavere forekomst av cannabisbruk i ungdomsgruppene enn de fleste andre land. Andelen 15-20 åringer i Norge som oppgir å ha brukt hasj eller marihuana noen gang, har i de siste par år vært omkring 11-13 prosent, mens andelen som rapporterer å ha brukt stoffet i løpet av de siste seks måneder, har vært omkring 6 prosent I aldersskiktet 20-30 år er det 34 prosent på landsbasis som har prøvd noen gang, og 47 prosent i Oslo. Men det er bare henholdsvis 11 og 16 prosent som har brukt det så mye som 26 ganger eller mer. Sammenligner man med det legale stoffet, alkohol, vil man finne en helt annen utbredelse av bruk. Bruk av cannabis er langt mindre vanlig enn alkohol, bl.a. fordi stoffet er illegalt. Det er heller ikke noen folkeopinion bak kravet om avkriminalisering.

Hva bestemmer straffeutmålingen?

Det er også vanskelig å anlegge rettferdighetsbetraktninger mellom ulike lovbruddstyper og reaksjonen på disse. Både strafferammer og straffeutmåling må sees i en sosial og kulturell kontekst. Strafferammer for narkotika er for eksempel langt høyere enn strafferammer for alkohollovbrudd, til tross for at det kan hevdes at alkohol gjør langt større skade, uten at vi av den grunn har noe ønske om å kreve like strafferammer for disse.

Jeg vil i denne sammenhengen rette søkelyset spesielt mot straffeutmålingen, for mindre narkotikalovbrudd. Det som nå i stor grad bestemmer straffeutmålingen i den enkelte sak er reaksjoner på andre lovbrudd som blir begått av personer som i tillegg også er stoffbrukere. 2/3 av stoffbrukerne siktes etter Legemiddeloven, hvor strafferammene er vesentlig lavere enn etter § 162 i Straffeloven, og 90 prosent av alle saker som gjelder bruk og besittelse avgjøres med forelegg. De lovbrudd stoffbrukere blir fengslet for etter ”proffparagrafen”, i tillegg til stoffimport/-omsetning, inkluderer en rekke andre straffbare forhold som samfunnet må reagere på, som innbrudd, tyveri, ran, heleri osv. Det er disse lovbruddenes alvorlighet som i dag først og fremst bestemmer straffetidens lengde, selv om narkotika på grunn av høye strafferammer blir statistikkført som hovedlovbrudd.

Kapittel 9: Sprøyterom

FMR sier nei til fortsatt sprøyterom

(Publisert 14.12 2008)

Høringsfristen for innspill til regjeringen om en fortsettelse av sprøyteromsloven er nå ute. Forbundet Mot Rusgift har - i likhet med en rekke øvrige organisasjoner uttalt seg negativt til fortsatt sprøyteromsdrift. Svært lite av formålene med sprøyteromsordningen er oppnådd, antallet overdoser har økt - spesielt i Oslo- og derfor bør sprøyterommet i Oslo stenge, sier FMR.

Forbundet Mot Rusgift har avgitt følgende uttalelse:

Helse og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Oslo 12.12.08

HØRING – FORSLAG TIL PERMANENT SPRØYTEROMSLOV.

Det vises til høringsbrev av 31.10.08 og tilhørende høringsnotat vedr. ovenstående. Forbundet Mot Rusgift takker for invitasjonen til å avgi uttalelse.

Forbundet Mot Rusgift har fulgt debatten om sprøyterom i Norge og internasjonalt, og har besøkt slike virksomheter i Sveits, Tyskland og Nederland. Vi har også besøkt lokalene i sprøyterommet i Tollbugata, og ved to anledninger besøkt og mottatt orienteringer i de nye sprøyteromslokalene i Storgata i Oslo. La oss derfor innledningsvis si at vi oppfatter at de ansatte mottar og behandler brukerne med respekt, og at de utfører sitt arbeid fullt på høyde med hva vi har opplevd på tilsvarende etablissementer i utlandet. Når vi likevel er skeptiske til en fortsettelse av virksomheten, og går inn for en avslutning av ordningen, håper vi likevel at den kompetanse som er ervervet på sprøyterommet i forsøkesperioden kan videreføres innen andre, og kanskje nye deler av hjelpeapparatet.

Innledningsvis er det grunn til å understreke at Sprøyteromsloven ble vedtatt under sterk tvil, og etter en omfattende debatt, under den klare forutsetning at sprøyteromsvirksomheten skulle være et tidsbegrenset forsøk, og med den forståelse at den representerer et unntak fra det som, inntil forsøket ble iverksatt, var hovedregelen i norsk narkotikapolitikk, nemlig at innehav og bruk av narkotika skal være illegalt og straffbart. Forutsetningen for forsøksvirksomheten var også at tiltaket skulle avvikles, dersom forsøket ikke gav de forventede resultater.

En avslutning av sprøyteromsforsøket vil være en gjenoppretting av normaltilstanden i norsk narkotikapolitikk. Dette er også i samsvar med FNs narkotikakontrollorgan – INCBs syn. I sin årsrapport for 2005 nevner INCB Norge spesielt og skriver:

" INCB:s styre gjentar sitt standpunkt om at sprøyterom eller andre fasiliteter der personer kan misbruke narkotika som er ulovlig anskaffet, gjør illegal bruk av internasjonalt kontrollerte rusgifter enklere, og bryter med bestemmelsene i de internasjonale kontrollavtalene. Sprøyterom står i strid med hovedprinsippet i avtalene, nemlig at bruk av narkotika skal begrenses til medisinske og vitenskapelige formål. Styret beklager derfor sterkt åpningen av et sprøyterom i Norge i januar 2005, og oppfordrer regjeringen til å ta øyeblikkelige og nødvendige skritt for å sikre full overensstemmelse med de internasjonale narkotikakontrollavtalene."

Denne oppfordringen ble gjentatt i INCBs årsrapport for 2007, som nevnt i høringsbrevet.

Så sent som i høst fikk Norge kritikk fra presidenten i INCB, Hamid Ghodse, som på World Forum Against Drugs overfor en stor internasjonal forsamling anklaget Norge for gjennom sin sprøyteromsvirksomhet å bryte bestemmelsene i FNs narkotikakonvensjoner, som vi har ratifisert og er forpliktet i forhold til.

Disse konvensjonene inneholder bestemmelser som pålegger partene, dvs. de land som er bundet av konvensjonene,

- å begrense besittelse av narkotika til utelukkende medisinske og vitenskapelige formål, jf. 1961-konvensjonen artikkel 4,

- å ikke tillate besittelse av narkotika, jf. 1961-konvensjonen artikkel 33
- å sørge for at besittelse av narkotika er en straffbar handling, jf. 1961-konvensjonen artikkel 36 og 1988-konvensjonen artikkel 3 nr. 2.

Det blir for lett vint, når man i høringsnotatet slutter seg til vurderingene i Ot.prp. nr. 56 (2003-2004) om at formålet med sprøyteromsordningen er det samme som med narkotikakonvensjonene, nemlig ”å redusere de lidelser og problemer ulovlige narkotiske stoffer forårsaker”. Formålet med narkotikakonvensjonene er å hindre spredning og bruk av narkotika. Det kan man ikke si er formålet med sprøyterom.

På denne bakgrunnen er det grunn til å etterlyse svært overbevisende evalueringsresultater for å bryte internasjonal rettsorden, som Norge ellers er svært avhengig av, og fortsette med sprøyteromsordningen.

SIRUS har evaluert sprøyteromsvirksomheten i Oslo de to første virksomhetsårene, og vurdert hvordan formålene i sprøyteromsforskriften er blitt oppfylt.

Formålene har vært:

- Vurdere effekten av straffrihet for besittelse og bruk av narkotika på et nærmere begrenset område,
- Bidra til økt verdighet for tungt belastede narkotikamisbrukere,
- Gi økt mulighet for kontakt og samtaler mellom rusmiddelmissbrukere og hjelpeapparat,
- Bidra til å forebygge infeksjoner og smitte og
- Redusere antall overdoser og overdosedødsfall.

FMR vil i det følgende kommentere hvert av disse punktene.

Vurdere effekten av straffrihet for besittelse og bruk av narkotika på et nærmere begrenset område,

Ifølge SIRUS har straffrihetsbestemmelsen i den midlertidige sprøyteromsloven medført:
 ” Politiet har lojalt støttet opp om prøveordningen. Straffrihets-bestemmelsen må kunne sies å ha hatt den effekt at det fra et legalt perspektiv er praktisk mulig å drive en sprøyteromsordning, selv om det vil være umulig for ansatte å kontrollere at det bare medbringes én brukerdose heroin. Straffriheten har imidlertid også hatt en noe utilsiktet effekt, ved at heroin i små mengder i praksis er ytterligere avkriminalisert i Oslo sentrum.” (Olsen og Skretting 2007).

Den siste effekten tas det ikke stilling til i høringsnotatet. At innehav av små mengder heroin i praksis er blitt avkriminalisert i Oslo sentrum er en alvorlig negativ bivirkning av sprøyteromsvirksomheten, og et klart avvik fra hevdvunnen narkotikapolitikk opp til og med 2004.

Det kan reises spørsmål om hvordan sprøyteromsvedtaket påvirker lovhåndhevernes, stoffbrukernes og ungdomsmiljøets oppfatning av stoffbrukens illegalitet generelt. En

offentlig vedtatt straff-frihet for innehav av en brukerdose heroin, i - og på veien til sprøyterommet, påvirker publikums oppfatning av straffbarheten ved stoffbruk. I Oslo har sprøyteromsloven uten tvil vært med på å skape en nedprioritering av politiets håndhevelse av forbudet mot omsetning og bruk av narkotiske stoffer, og politinærværet i Oslo er på et langt lavere nivå enn tilsvarende i for eksempel Amsterdam, Frankfurt og Zürich. Det er nå gått så langt at internasjonale, organiserte kriminelle ønsker å bruke Oslo som brohode for å ekspandere også kokaintrafikk i Europa, fordi lovhåndhevelsen er så tilfeldig, og risikoen følgelig lav. Omsetning, innehav og bruk av alle slags narkotiske stoffer foregår åpent i Oslos gater, og straffriheten for heroin, som av mange regnes som ett av de mest risikable narkotiske stoffene, gjør at også håndhevelse av forbudet mot spredning og bruk av andre stoffer kan synes fåfengt. Etter at evalueringen var ferdig, har det foregått en storstilt nyrekruttering til sprøyterommet i Oslo. I dag er ca. en tredjedel av alle injeksjonsbrukerne i Oslo registrert som sprøyteromsbrukere. Selv om de sjelden eller aldri bruker sprøyterommet, er dette et godt påskudd, dersom de skulle bli stoppet av politiet med en brukerdose heroin på seg. Om sprøyteromsvirksomheten fortsetter, vil en enda større andel av injeksjonsbrukerne registrere seg, og muligheten til å forhindre straffbart innehav og bruk av heroin vil bli stadig mindre.

Bidra til økt verdighet for tungt belastede narkotikamisbrukere,

SIRUS skriver i sin evalueringsrapport:

” I den grad det er mulig å operasjonalisere verdighetsbegrepet, kan sprøyteromsordningen sies å ha bidratt til økt verdighet for den aktuelle målgruppa. Sprøyteromsordningen kan sies å ha gitt økt verdighet til rusmiddelmissbrukere i vid forstand, ved at den anerkjenner behovet for å injisere narkotika på en minst mulig risikofylt måte. Sprøyteroms-ordningen kan også sies å gi en form for verdighet for den enkelte bruker gjennom måten han/hun blir møtt på av de ansatte.”

Dette er en operasjonalisering av verdighetsbegrepet som sitter langt inne. FMR forutsetter at stoffbrukere blir mottatt med respekt og hjelpsomhet også ved andre lavterskel- og behandlingstiltak, og i så fall bidrar ikke sprøyterommet til noen større grad av verdighet enn man kan finne andre steder.

Vi vil spørre om det er sprøytesettingssituasjonen eller sprøytebrukertilværelsen som er uverdige? Den offentlige debatt har ofte dreid seg om det uverdige i at publikum ser på at stoffbrukere setter injeksjoner i full offentlighet. Men dette er ikke det eneste uverdige ved langtkomne stoffbrukeres situasjon. Prostitusjon, tigging, vold og annen fornedrelse, og det stadige jaget etter dop som avhengigheten krever, er en uverdige tilværelse døgnet rundt. Sprøyteromsvirksomheten gir i alle fall ikke noe insentiv til å endre på dette. Derimot kan den bidra til at noen stoffbrukere ikke lenger setter sine injeksjoner på gata, og da slipper publikum å se dem. I andre byer med sprøyterom har myndighetene vært ærlige nok til å si at fjerning av ”public nuisance” er et viktig formål med ordningen. I Norge har man ikke ønsket å si dette. Men det synlige narkotikaproblemet var et viktig bakteppe for at ordningen kom i stand. Dersom man imidlertid antar at det lavt regnet er 3000 injiserende stoffbrukere i Oslo, som må sette 3-5 injeksjoner pr. døgn, innebærer

dette et totalt antall på 12 000 injeksjoner daglig. På en travel dag settes det kanskje 70 injeksjoner i sprøyterommet, hvilket da utgjør ca. 0,6 prosent av alle injeksjoner. Antallet injeksjoner pr. døgn og antallet aktive brukere i sprøyterommet er så pass lavt, at heller ikke renovasjonsformålet i noen særlig grad er blitt oppfylt.

Departementet sier selv i høringsnotatet at:

”Departementet vil samtidig understreke at tjenester som kan sies å gi verdighet først og fremst ytes gjennom andre helse- og sosialtjenestetilbud, herunder tilgang til bolig, lavterskel helsetiltak, ernæringsstiltak, tannhelsetjenester, oppfølging og rådgivning m.v.”

Dersom man virkelig mener dette, burde man ikke da bruke sprøyteromsmidlene på slike tiltak som kan gi verdighet, istedenfor å fortsette med sprøyteromstiltaket hvor verdighetsgevinsten i beste fall er tvilsom?

Gi økt mulighet for kontakt og samtaler mellom rusmiddelmissbrukere og hjelpeapparat,

I SIRUS-rapporten heter det:

”Helse- og sosialfaglig oppfølging av brukerne av sprøyteromsordningen er registrert i 8 prosent av alle besøk. Slik oppfølging er imidlertid avhengig av tilstrekkelig bemanning. Hensiktsmessige lokaler som gir mulighet for separate samtaler, vil også kunne gi bedre muligheter for oppfølging.”

Det er strengt tatt svært lite, når man også tenker på hvor få det er som regelmessig har benyttet seg av ordningen. Selv om innsatsen er blitt noe bedre etter at sprøyterommet flyttet til nye lokaler, rapporterer brukerne at det ikke først og fremst er derfor de kommer dit. De har nok kontakt med hjelpeapparatet som det er, og får sine behov dekket i en by som har svært mange lavterskel-, kontakt- og væresteder, feltpleiestasjoner og rehabiliterings- og akutt-tiltak allerede. Vi kan ikke se at enda ett lavterskeltiltak pr. definisjon gir denne økte muligheten til kontakt?

I sitt høringsnotat sier departementet at:

”Evalueringen av ordningen med lavterskel helsetiltak viser bl.a. at stabil kontakt mellom brukeren og hjelpeapparat bidrar til at brukernes problemer lettere blir fanget opp, og at det raskere etableres kontakt med rett hjelpeinstans”.

Det henvises her til en SINTEF-undersøkelse som ikke omfattet sprøyterom. Det som imidlertid er typisk for sprøyterommet er at kontakten mellom brukerne og sprøyteromsbetjeningen ikke har vært stabil, men sporadisk eller sjelden. Kun 10 prosent av de registrerte brukerne brukte rommet mer enn 6 ganger pr. måned.

Bidra til å forebygge infeksjoner og smitte

I SIRUS-rapporten heter det:

”Det er begrenset grunnlag for å si hvorvidt sprøyteromsordningen har bidratt til å forebygge infeksjoner og smitte. Brukerne må imidlertid forholde seg til klare

regler for hygiene. De får også konkrete råd om hvordan de kan injisere på en måte som gir minst mulig skade med hensyn til sår og abscesser. Det ble gitt injeksjonsveiledning i 13 prosent av det totale antallet injeksjoner, og 81 prosent av brukerne har mottatt slik veiledning en eller flere ganger. En må kunne anta at brukerne tar noe av denne "lærdommen" med seg når de tar narkotika med sprøyte utenom sprøyterommet. Brukere opplyser også at de generelt er blitt mer oppmerksomme på hygiene når de injiserer."

Selv om det er positivt at brukerne har fått informasjon om mindre skadelig injeksjonspraksis, mener vi denne informasjonen også kunne ha vært gitt på annen måte, f.eks gjennom feltpleien, eller gjennom ambulante overdose- og helseteam, som i større grad kunne ha nådd de brukerne som er ute på gata. Man "antar" at brukerne på sprøyterommet tar noe av denne lærdommen med seg, men man vet ikke hvilken effekt den har hatt. I alle fall er det etablert en rekke andre smitte- og infeksjonsforebyggende tiltak i Oslo, og vi mener det ikke er nødvendig med ett til.

Redusere antall overdoser og overdosedødsfall.

Sprøyterommet i Oslo har ifølge evalueringen ikke ført til nedgang i overdosedødelighet (Olsen og Skretting 2007). 18 prosent av brukerne har hatt overdose i sprøyterommet. Overdoser i etterkant av sprøyteromsbesøket vet man intet om. 15 personer fikk overdose, til tross for at de fulgte rådet om å halvere inntatt dose, noe som understreker at det ikke bare er dosens størrelse som avgjør, men også inntak av alkohol eller benzodiazepiner, samtidig eller på forhånd, pluss allmentilstanden generelt. Et gjennomsnitt på 24 injeksjoner i rommet pr. dag kunne ikke forventes å innvirke på overdosedødeligheten. Ikke mer enn 10 prosent av de registrerte brukerne brukte rommet mer enn 6 ganger pr. måned.

I et høringsnotat skriver Sosial- og helsedepartementet:

"Obduksjoner i forbindelse med narkotikadødsfall viser gjennomgående lav morfinkonsentrasjon. Dette har blant annet sammenheng med tidsrommet fra at sprøyten settes til dødsfallet inntre. En gjennomgang av norske og internasjonale studier av narkotikadødsfall viser at de akutte dødsfallene bare utgjør en mindre andel (14-23% inntre i løpet av sekunder – minutter) mens andelen dødsfall som inntre 1-12 timer etter at sprøyten er satt, utgjør 22-51% (Hilberg 1999). Med mindre misbrukerne vil oppholde seg i sprøyterommet i relativt lang tid etter at heroindosen er satt, vil et overvåket sprøyterom derfor bare i begrenset grad fange opp evt. toksiske tilstander i forbindelse med inntak av heroin"(Sosial- og helsedepartementet 2001).

De fleste dødsfall inntre ikke øyeblikkelig, men 1-3 timer etter injeksjonen (Zador m.fl. 1996). Det går også fram av evalueringen av sprøyterommet i Oslo at de ansatte har vært redde for å slippe pasienter ut etter en injeksjon, fordi de har fryktet at det ville ende i en overdose etter besøket (Olsen og Skretting 2007). Ingen av de 105 overdosene inne i sprøyterommet i Oslo de to første driftsårene har endt i dødsfall, men det bekreftes at 5 av de registrerte brukerne er døde, uvisst av hvilken årsak.

Ifølge en litteraturoversikt (Sporer 1999) skjer bare et mindretall av overdosedødsfallene blant uerfarne nybegynnere (17 %), og de fleste som dør av heroinoverdoser, har heller ikke unormalt høye konsentrasjoner av morfin i blodet, sammenlignet med prøver av aktive heroinbrukere (Heroin brytes etter injeksjonen raskt ned til morfin). Men de fleste som dør av heroin, har også påvirkningsnivåer av alkohol og/eller benzodiazepiner (beroligende og søvngivende midler). Ettersom en overdose kan defineres som en hel eller delvis lammelse av pustesenteret i hjernen, er det lett å forstå at også andre rusgifter med bedøvende egenskaper, som for eksempel alkohol og Rohypnol, kan bidra til et fatalt resultat, selv om ikke heroindosen er unormalt høy.

En vesentlig kritikk er at sprøyterommet legger opp til å vedlikeholde injeksjonskulturen blant brukerne, som er en del av årsakskomplekset bak høye overdosetall.

I den norske debatten har et vesentlig moment vært å forebygge overdosedødsfall. Men med kunnskapen om de alvorlige og irreversible konsekvensene som kan oppstå etter en enkelt overdose må vi revurdere vårt syn på overdoser. Målet kan ikke bare være å forhindre overdosedødsfall, men å forhindre overdoser.

Oppsummering:

Svært lite av målsettingene ved sprøyterommet er oppnådd. En fortsettelse av ordningen vil ha følgende negative konsekvenser.

1. Sprøyterom kan vedlikeholde og forsterke injeksjonskulturen, den farligste formen for heroinbruk.
2. Verken SIRUS-evalueringen eller annen forskning har påvist at sprøyterom forebygger overdosedødsfall.
3. Et verdig tilbud til stoffbrukere må peke ut over stoffbrukertilværelsen - sprøyterom bidrar til å vedlikeholde bruksmønsteret, avhengigheten og gatenarkomantilværelsen.
4. Sprøyterom innebærer en formell legalisering av bruk av narkotiske stoffer på områder hvor politiet blir forpliktet til ikke å gripe inn.
5. Forsøk med sprøyterom er en politisk ansvarsfraskrivelse fra det prinsipielle spørsmålet om en legalisering av heroinbruk på offentlig tilrettelagte områder.
6. Sprøyterom er i strid med de FN-konvensjoner Norge har sluttet seg til.

Konklusjon:

Sprøyteromsordningen må opphøre.

Kapittel 10: Heroinutdeling og LAR

Heroinutdeling - hva nå?

(Denne artikkelen sto i *Mot Rusgift* nr. 89).

Helseminister Bjarne Håkon Hanssen har annonsert at han ønsker en debatt om forskrivning av heroin til langtkomne heroinavhengige. Han har varslet at han vil

dra til Sveits for å studere det heroinprogrammet de har utviklet der. Han har gått langt i å antyde at han nærmer seg en konklusjon, og at han vil introdusere et forsøk med forskrivning av heroin i Norge.

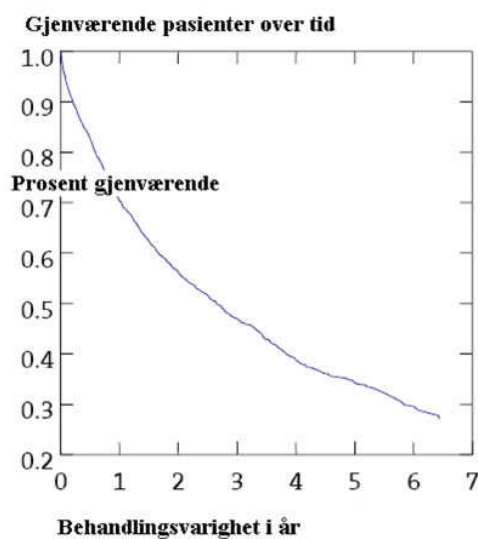
Utenlandske forsøk

Spørsmålet om heroinforskrivning er svært komplisert. De forsøk som har vært gjort i utlandet har vært av varierende kvalitet, og har gått ut på å undersøke forhold som ikke har vært oppe i den norske debatten. Forsøkene i Nederland, var ikke en sammenligning mellom metadon og heroin, men mellom metadon på den ene siden og en kombinasjon av metadon og heroin på den andre. De som bare fikk metadon fikk langt lavere doser enn det som er vanlig i Norge. Resultatene herfra er dermed ikke automatisk overførbare til den norske situasjonen. Bl.a. ble de dårligst fungerende metadonklientene utelukket fra forsøket, fordi man ikke trodde de ville kunne overholde de grunnleggende kravene til oppmøte og forsøksdisiplin. Og det er jo nettopp disse klientene Bjarne Håkon Hanssen ønsker å komme i møte. I tillegg hadde man naturligvis frafall også i heroinprosjektet, og heroinbehandling ble oppsummert å være langt dyrere enn behandling med metadon. Berlingske Tidende melder at de dårligst fungerende pasientene også vil bli utelukket fra det danske heroinprosjektet.

Erfaringene fra Sveits

Forsøkene i Sveits er bl.a. blitt kritisert i en rapport fra WHO for ikke å sammenligne denne behandlingen med resultatene i medikamentfri behandling. Sveitserne selv innrømmer at programmet ikke har vært noen suksess når det gjelder å få folk inn på det ordinære arbeidsmarkedet. WHO har også anbefalt at Sveits skal foreta en kvalitetsutvikling av sine metadonprogrammer.

Ikke overraskende er oppslutningen om behandling høy blant pasientene, men allerede etter ett år er frafallet på ca. 30 prosent, og for perioden 1994-2000 så retensjonsandelen ut som nedenstående figur:



Kilde: Jürgen Rehm, ISGF 2007

Vel 60 prosent av de pasientene som forlot behandlingen, er gått over i annen vedlikeholdsbehandling (hovedsakelig metadon, 37 prosent) eller abstinensorientert behandling (22 prosent). Utskrivning av pasienter som følge av uteblivelse fra behandlingen, vegring mot aktiv deltakelse i programmet eller andre former for dårlig tilpasning til programmet skjedde for ca. 15 prosent av dem som ble utskrevet. De slutninger som kan trekkes av dette, er at mange av dem som er blitt trukket inn i heroinprogrammet, like så vel kunne ha gått inn i metadonbehandling uten å gå omveien om heroin. Og de som er gått inn i abstinensorientert behandling bør vel ha utsikter til å bli stoff-frie. Hvorfor disse skulle ha noe å gjøre i et heroinprogram, er vanskelig å se. En ser også at heroinprogrammet også må skrive ut mange på grunn av non-compliance, formodentlig de som heller ikke tilpasser seg andre behandlingsprogrammer, altså dem som programmet angivelig ble opprettet for.

Heroin lite egnet som substitusjonsmedikament

Heroin som substitusjonsmedikament er mindre egnet enn metadon/subutex/suboxone, de medikamenter som i dag brukes i legemiddelassistert rehabilitering i Norge, LAR. Dette fordi heroin har mye kortere forbrennings-/virketid enn de øvrige medikamentene. Dette innebærer at heroininntak må gjentas tre-fire ganger i døgnet for å holde abstinenssymptomene unna, mens metadon kun må inntas én gang om dagen, og Subutex/Suboxone kanskje annenhver dag. Med metadon/Subutex blir det dermed mulig for en pasient å delta i arbeid/utdanning eller annen rehabilitering, mens situasjonen for en "heroinpasient" vil kretse rundt stoffinntaket. Man kan passivisere pasientene på den måten, men dersom hjelpeapparatet har som ambisjon å gjøre den opiatavhengige uavhengig og i størst mulig grad i stand til å greie seg selv, da er metadon/Subutex å foretrekke framfor heroin.

Heroin er ikke behandling

Det er enighet – i alle fall i Norge – om at substitusjonsmedikamenter ikke er behandling, men kan være en støtte ved å gjøre det lettere for pasienten å gjennomgå behandling. Når det påstås at noen, langtkomne metadonpasienter er mislykkede, må man også ta høyde for hvilke tilbud disse har fått - ved siden av metadon. Har de fått psykososial oppfølging? Har de fått hjelp med å skaffe bolig, arbeid, utdanning og aktivisering på dagtid? Har de fått hjelp til å komme inn i ikke-stoffbrukende nettverk. Har de metadonpasienter som trenger det, fått tilbud om døgnbehandling i institusjon? Her er det store forbedringspotensialer, forutsatt at stat og kommune er villige til å satse ressurser på det. Dette er naturligvis dyrt – det også, men kortvarige investeringer i opiatavhengige kan forebygge stadige utgifter i årevis. Man får av og til en følelse av at når politikere foreslår nye "løsninger", skyldes det en uvilje mot å gi seg inn på det langsommelige og kostnadskrevede arbeidet som skal til for å bygge opp en forsvarlig avhengighetsbehandling og et sammenhengende oppfølgingssystem i kommunene for dem som er avhengige av opiater eller andre rusgifter. Her har Bjarne Håkon Hanssen en utfordring.

Prioritering

Rundt 20 prosent av Oslos injiserende heroinavhengige er nå inne i LAR, og dette har redusert overdosedødeligheten, og ført til en nedgang i etterspørselen etter heroin. Men

det er fortsatt mange opiatavhengige som står i kø for å få metadon eller andre LAR-preparater - i Oslo og i Norge for øvrig. I den grad ressursene er knappe, må disse konsentreres om å få kjøene vekk, og å gi LAR-pasientene et skikkelig oppfølgingstilbud. Forslaget om heroin er i den forbindelse et blindspor. Det er heroinet som i utgangspunktet har skapt problemene for disse menneskene. Av narkotikapolitiske hensyn er en normalisering av heroinbruk derfor heller ikke ønskelig.

LAR trenger et løft

Diskusjonen om heroinforskrivning undergraver tiltroen til eksisterende LAR-programmer i Norge, og disse kan trenge et forsvar i seg selv. Det vil kreve store ressurser å bringe disse opp på et forsvarlig nivå, slik dette ble skissert den gangen metadon ble introdusert i Norge, med bolig, nettverksoppfølging, opplæring og jobbtiltak. La ikke heroin bli det ”magiske” ordet som hindrer oss i å gi stoffavhengige den oppfølging de trenger.

Akutt heroin overdose

Av Knut T. Reinås, magister i sosiologi og leder i Forbundet Mot Rusgift

(Denne artikkelen ble lagt ut som kronikk på www.forebygging.no i 2008)

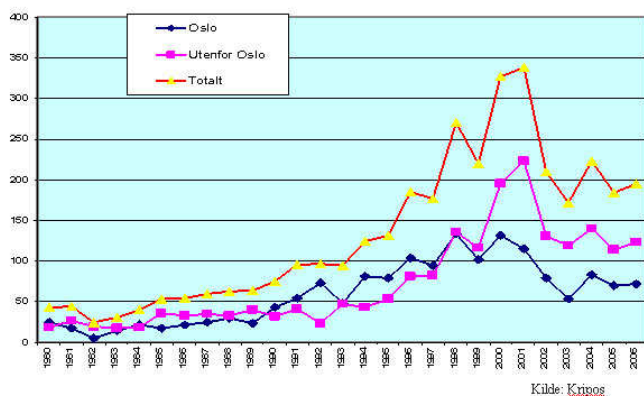
Overdosedødeligheten i et land er ikke et resultat av narkotikapolitikken. Tvert i mot utvikler og forandrer narkotikapolitikken seg, som en reaksjon på bl. a. overdosedødelighet og andre negative utslag av narkotikabruk.

Vi har fått behandlingsprogrammer i og utenfor institusjon, sprøyteutdelingsprogrammer, legemiddelasistert rehabilitering, feltpleie og andre lavterskeltiltak som reaksjon på problemutviklingen. At narkotikapolitikken også skal bidra til å forebygge spredning og bruk av narkotika gjør at tiltakene ikke bare kan sees i en behandlingspolitisk eller skadereduserende sammenheng. FNs kontor for narkotika og kriminalitet, UNODC har nettopp utgitt et debattnotat som framhever behovet for en omfattende narkotikastrategi, hvor en både vektlegger forebygging og etterspørselsregulerende tiltak, behandling og lavterskeltiltak (Costa 2008). Jeg bruker her overdosedødelighet som et eksempel.

En heroinepidemi

Norge opplevde en heroinepidemi på 90-tallet, - tilsvarende situasjonen i andre vestlige land, men til litt ulike tidspunkter. Heroinet ble mer utbredt blant gatebrukerne samtidig som injeksjoner var og er den vanligste, men også den mest risikable formen for heroinbruk, både med hensyn til overdoser men også når det gjelder byller, sår, smitte og forgiftninger. Antallet narkotikarelaterte dødsfall økte i samme periode fra 75 i 1990 til 338 i 2001, mens narkotikapolitikken utviklet seg fra restriktiv til litt mindre restriktiv. Etter at toppen var passert har antallet dødsfall avtatt, som i andre land, og tallet var nede i 195 i 2006 (KRIPOS) – en nedgang på 42 prosent. I Oslo ble toppen nådd i 1998 med 134 dødsfall. Oslo hadde da alene halvparten av alle narkotikarelaterte dødsfall i landet, mens tallet i 2006 var gått ned til 72 – en nedgang på 46 prosent siden toppåret.

Antall narkotikarelaterte dødsfall i Norge 1980-2006



Heroinepidemien er nå på hell. Stoffet er blitt mindre populært, og de åpenlyst heroinavhengige som opptrer i sentrale gatestrøk i de største byene våre virker ikke attraktivt på nyrekrutteringen. Den sterke økningen i metadon- og Subutex-programmer er sannsynligvis den viktigste årsaken til nedgangen i dødsfall blant injiserende stoffbrukere. Men disse erstatningsmidlene har også potensial til å skape nye overdosedødsfall dersom de kommer ut av kontroll.

Mekanismer ved overdoser

Til tross for en sterk nedgang, vil likevel overdoser og overdosedødsfall fortsatt inntreffe så lenge vi har en stor gruppe mennesker som bruker heroin. En statistisk andel av disse vil med regelmessighet dø. En regner med en dødelighet i denne gruppen på ca. 2 prosent årlig (Darke & Zador 1996). Halvparten av disse dødsfallene tilskrives vanligvis overdoser. Resten skyldes skader, ulykker og økt sykkelighet, forårsaket av en risikabel livsstil.

I et høringsnotat skriver Sosial- og helsedepartementet:

”Obduksjoner i forbindelse med narkotikadødsfall viser gjennomgående lav morfinkonsentrasjon. Dette har blant annet sammenheng med tidsrommet fra at sprøyten settes til dødsfallet inntreffer. En gjennomgang av norske og internasjonale studier av narkotikadødsfall viser at de akutte dødsfallene bare utgjør en mindre andel (14-23% inntreffer i løpet av sekunder – minutter) mens andelen dødsfall som inntreffer 1-12 timer etter at sprøyten er satt, utgjør 22-51% (Hilberg 1999). Med mindre misbrukerne vil oppholde seg i sprøyterommet i relativt lang tid etter at heroindosen er satt, vil et overvåket sprøyterom derfor bare i begrenset grad fange opp evt. toksiske tilstander i forbindelse med inntak av heroin” (Sosial- og helsedepartementet 2001).

De fleste dødsfall inntreffer ikke øyeblikkelig, men 1-3 timer etter injeksjonen (Zador m.fl. 1996). Det går også fram av evalueringen av sprøyterommet i Oslo at de ansatte har vært redde for å slippe pasienter ut etter en injeksjon, fordi de har fryktet at det ville ende i en overdose etter besøket (Olsen og Skretting 2007). Ingen av de 105 overdosene inne i

sprøyterommet i Oslo de to første driftsårene har endt i dødsfall, men det bekreftes at 5 av de registrerte brukerne er døde, uvisst av hvilken årsak.

Ifølge en litteraturoversikt (Sporer 1999) skjer bare et mindretall av overdosedødsfallene blant uerfarne nybegynnere (17 %), og de fleste som dør av heroinoverdoser har heller ikke unormalt høye konsentrasjoner av morfin i blodet, sammenlignet med prøver av aktive heroinbrukere (heroin brytes etter injeksjonen raskt ned til morfin). De fleste som dør av heroin, har også påvirkningsnivåer av alkohol og/eller benzodiazepiner (beroligende og søvngivende midler). Ettersom en overdose kan defineres som en hel eller delvis lammelse av pustesenteret i hjernen, er det lett å forstå at også andre rusgifter med bedøvende egenskaper, som for eksempel alkohol og Rohypnol, kan bidra til et fatalt resultat, selv om ikke heroindosen er unormalt høy.

Behov for et akuttmottak

Overdoser fører regelmessig til hjerneskader, selv om de ikke fører til dødsfall, skader som i verste fall medfører at brukeren blir varig hjelpetrequende. En overdose av heroin og kombinasjoner av heroin/rohypnol/alkohol er i utgangspunktet et resultat av at respirasjonssenteret 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 hukommelsessvikt. 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/reduert blodtilførsel (Andersen og Skullerud 1999).

I USA legges 3-7 prosent av alle som blir behandlet for overdose inn til observasjon og behandling av relaterte komplikasjoner. I Oslo er en praksis utviklet hvor ambulansespersonellet injiserer naloxone (Narcanti), som øyeblikkelig blokkerer for heroinvirkningen, og så forlater overdoseofferet i bakrus, uten videre behandling eller observasjon. Naloxone har kort forbrenningstid, og virkningen varer kun i ca. 60-90 minutter. Et overdoseoffer som blir etterlatt ute, kan derfor teoretisk gå på en ny overdose fra samme heroininjeksjon som forårsaket den første, når naloxonet forlater kroppen. Derfor burde overdoseofre legges inn til observasjon. Dette understreker behovet for et akuttmottak hvor sterkt rusgiftpåvirkede pasienter kan legges inn til øyeblikkelig behandling, avgiftning og observasjon. Det vil føre for langt å gå konkret inn i den diskusjon om nytt rusakutt-tiltak som nå føres i Oslo-området, men stikkordsmessig

forutsettes det at en rusakutt må kunne yte lege- og sykepleietjenester på linje med somatiske og psykiatriske akuttavdelinger, og må kunne utføre alle nødvendige somatiske undersøkelser med røntgen og laboratorietjenester innenfor en forsvarlig tidsramme. En rusakutt vil ikke kunne forebygge overdosedødsfall, men vil kunne ta hånd om overlevende overdoseofre, og utrede mulige komplikasjoner og skader som følge av overdosen. Rusakutten vil også kunne bidra til en sømløs overføring til andre avgiftnings- og behandlingssenheter, eventuelt til videre oppfølging poliklinisk eller gjennom det kommunale lavterskeltilbudet.

Behov for involvering fra psykiatrien.

Ved en intervjuundersøkelse i Oslo i 2001 av 26 personer som hadde overlevd en overdose de nærmeste tre foregående uker (Ekkeren & Altstadius 2001), bekreftet hele 76 prosent at de hadde psykiske problemer, hvilket understreker behovet for oppsøkende arbeid også fra spesialisthelsetjenesten, hvor man fokuserer på å gi behandling for lettere psykiske lidelser innenfor rustiltaksapparatet, og en kombinasjon av behandling for alvorligere psykiske lidelser og avhengighetsproblematikk innenfor psykiatrien. Det må komme initiativer i den retningen når løftene om økte bevilgningen til den s.k. ”Opptrappingsplanen” for rusgiftfeltet skal innfris.

Sprøyterom ikke løsningen.

Sprøyterommet i Oslo har ifølge evalueringen ikke ført til nedgang i overdosedødelighet (Olsen og Skretting 2007). 18 prosent av brukerne har hatt overdose i sprøyterommet. Overdoser i etterkant av sprøyteromsbesøket vet man intet om. 15 personer fikk overdose, til tross for at de fulgte rådet om å halvere inntatt dose, noe som understreker at det ikke bare er dosens størrelse som avgjør, men også inntak av alkohol eller benzodiazepiner, samtidig eller på forhånd, pluss almenntilstanden generelt. Et gjennomsnitt på 24 injeksjoner i rommet pr. dag kunne ikke forventes å innvirke på overdosedødeligheten. Ikke mer enn 10 prosent av de registrerte brukerne brukte rommet mer enn 6 ganger pr. måned.

En vesentlig kritikk er at sprøyterommet legger opp til å vedlikeholde injeksjonskulturen blant brukerne, som er en del av årsakskomplekset bak høye overdosetall.

I den norske debatten har et vesentlig moment vært å forebygge overdosedødsfall. Men med kunnskapen om de alvorlige og irreversible konsekvensene som kan oppstå etter en enkelt overdose må vi revurdere vårt syn på overdoser. Målet kan ikke bare være å forhindre overdosedødsfall, men å forhindre overdoser.

Referanser:

1. Andersen, S.N. og Skullerud, K: "Hypoxic/ischaemic brain damage, especially pallidal lesions in heroin addicts" i Forensic Science International, Nr. 1-1999.

2. Costa: Antonio Maria: "Reducing the adverse health and social consequences of drug abuse: A comprehensive approach" Discussion Paper, UNODC, 2008

<http://www.unodc.org/documents/prevention/Reducing-adverse-consequences-drug-abuse.pdf>

3. Hanne Ekkeren og Ståle Alstadius: "Årsakssammenhenger ved overdoser. Undersøkelse basert på intervju med 26 personer som nettopp har hatt en overdose i Oslo". Oslo kommune, Rusmiddeletaten, OKT, 2001.

4. Hilgunn Olsen og Astrid Skretting: "Hva nå ? Evaluering av prøveordning med sprøyterom" SIRUS-rapport nr. 7/2007
<http://www.sirus.no/files/pub/397/sirusrap.7.07.pdf>

5. Karl A. Sporer: "Acute Heroin Overdose", Annals of Internal Medicine, 1999, 130: 584-590

6. Shane Darke & Deborah Zador: "Fatal Heroin 'overdose': a review" Addiction (1996) 91 (12) 1765-1772

7. Sosial- og Helsedepartementet: "[Anmodning om uttalelse til spørsmålet om etablering av sprøyterom for narkomane](#)", Høsten 2001 – frist 11. januar 2002

Studieplan til Rusgiftpolitisk Studiehefte

Studieplannr. 0506010172

Anbefalt tid: 9-12 timer, Anbefalt antall deltakere: minst 5

Innledning:

Studieplanen tar sikte på å gi deltakerne mulighet til å studere og diskutere sentrale problemstillinger i "Rusgiftpolitisk Studiehefte" mer inngående. Den tar også sikte på å oppmuntre studiedeltakere til å bruke de kunnskapene som dette heftet gir mer aktivt for å delta i debatten om rusgiftpolitikk, eller for å vurdere de ulike utspillene som kommer.

Målgrupper

Målgruppene for dette studieopplegget er medlemmer i rusgiftpolitiske og andre frivillige organisasjoner, studenter og ansatte ved høyskoler og universiteter, og folk ansatt i hjelpeapparatet for rusgiftskadde, og i helse- og sosialomsorgen for øvrig, kort sagt alle som har en interesse av rusgiftpolitikk.

Læringsmål

Målet er å sette studiedeltakerne bedre i stand til å vurdere de ulike innspill som kommer om alkohol og narkotika i den daglige mediadebatten og på Internett, og til selv å søke informasjon og kunne delta i debatten.

Temaer:

Rusgiftpolitisk Studiehefte består for det meste av verdifulle artikler fra tidsskriftet Mot Rusgift, eller fra andre artikler eller publikasjoner som FMR er opphav til. Heftet er inndelt i 3 hovedbolker. Del I: "Om alkohol, narkotika, ideologi, og folkehelse" beskriver FMRs tilnærming til alkohol, narkotika, terminologi og hvilket synspunkt en kan anlegge på forebygging.

Del II: "Om avhengighet og behandling" forklarer det nevrobiologiske og sosiologiske grunnlaget for avhengighet, kommer med forslag til behandlingspolitikk og ser på straff og alternativer til straff i narkotikapolitikken.

Del III: "Legalisering/skadereduksjon" tar opp temaer knyttet til diskusjonen om skadereduksjon og legalisering/avkriminalisering, med en spesiell diskusjon knyttet til sprøyterom og heroinforskrivning.

Arbeidsmetoder

Studieplanen legger opp til å diskutere innholdet i heftet i løpet av 3 studiemøter. Dette forutsetter at man har bestilt det nødvendige antall hefter og har fått fordelt disse til studiedeltakerne på forhånd. Det gir best utbytte dersom man før man møtes har lest igjennom alt stoffet som er nevnt som forberedelsesstoff til hvert møte. Dette forutsettes også i studieplanen, hvor det også oppfordres til merke av ting i artiklene som vurderes vanskelig å forstå, uklare, eller på annen måte viktig å få diskutert inngående med de

andre møtedeltakerne. I tillegg bør alle ha tenkt grundig igjennom hva de mener om de problemstillingene som studieplanen spesielt reiser hver gang. Utdeling av spørsmålene blir derfor nødvendig i forkant av møtene

Foreta en evaluering av studieringen.

Hvordan vurderer dere dette studiekompndiet?

Send noen ord om begge deler, både evalueringen av studieringen og vurderingen av heftet, inn til Forbundet Mot Rusgift, Torggt. 1, 0181 Oslo, eller epost: post@fmr.no

Studiespørsmål:

Møte 1.

(Grunnlagslesning: Del I: "Om alkohol, narkotika, ideologi, og folkehelse")

1. Hva ønsker gruppen å oppnå ved å gjennomgå denne studieringen.? Bruk litt tid på å gjennomgå ønskene den enkelte gruppedeltaker har?
2. Er det noe i noen av artiklene i Del I du spesielt ønsker å framheve, noe du vi ha utdypet eller er uenig i?
3. Mener du at FMR ut fra beskrivelsen i Kapittel 1: "FMR – en organisasjon for spesielt interesserte?" prioriterer de riktige arbeidsmåtene og sakene?
4. Diskuter grundig de argumentene som blir angitt for avhold fra alkohol og andre rusgifter i utdragene fra FMRs prinsippprogram. Hvilken vekt bør legges på disse i diskusjonen om FMR fortsatt skal ha avholdskrav til sine medlemmer? Er avhold fortsatt en livsstil FMR skal anbefale og oppfordre til?
5. I artikkelen "Ta det personlig – om avhold og måtehold" beskrives forholdet mellom avholdsmennesker og måteholdsmennesker i hverdagsliv og fest. Hvordan stemmer denne beskrivelsen med studiedeltakernes egne erfaringer?
6. Hvilke positive effekter kan totalavhold ha for enkeltmennesket?
7. I intervjuet med Liliana Bachs: "Alle har et naturgitt behov for rus" hevdes det at vi er født med et naturlig rusbehov. Hvordan harmonerer dette med avholdsbevegelsens, de narkotikapolitiske organisasjonenes og behandlingsapparatets tradisjonelle standpunkt om å være mot rus.
8. I artikkelen "Positiv rus" et nytt konsept for rusgiftmotstandere – positiv rus. Diskuter fordeler og ulemper med å bruke dette begrepet.
9. I artikkelen "Kan rusmiddelbegrepet overleve?" foreslås en alternativ terminologi til den som brukes i dag. Er dere enige i de ulike forslagene til annen ordbruk som settes fram? Har dere andre forslag?
10. I artikkelen "Farlighetskriterier for rusgifter" skilles det mellom "relativ risiko" og "folkehelsorisiko". Hva er forskjellen på de to begrepene? Hva er på denne bakgrunnen det farligste illegale stoffet – hasj eller heroin?
11. Er det ut fra artikkelen "Mål for samfunnets rusgiftforebyggende innsats" mulig å forebygge fyll og utsette alkoholdebuten blant ungdom? Hvordan samsvarer dette med forebyggingsinnsatsen i skolen i dag?

Møte 2.

(Grunnlagslesning: Del II: "Avhengighet og behandling". Les gjennom alle artiklene)

1. I artikkelen "Avhengighet i et nevrobiologisk perspektiv" skilles det mellom "Liking" og "Wanting". Kan dette skillet være med på å forklare hvorfor noen fortsetter å bruke rusgifter til tross for at de åpenbart ikke har så mye glede av det?
2. Artikkelen "Avhengighet i et sosiologisk perspektiv" peker på at det ikke er små grupper – men tvert i mot store grupper i befolkningen som er sårbare for å utvikle avhengighetsproblemer. Hvilken betydning må dette ha for forebyggende arbeid?
3. Artikkelen "Avhengighet i et sosiologisk perspektiv" beskriver en tenkemåte i rusgiftpolitikken som kalles "symptomteorien". Kan gruppen nevne eksempler på at denne teorien fortsatt er i bruk?
4. I "Innspill til en helhetlig rusgiftpolitikk" er det nevnt mange tiltak. Kan gruppen markere hvilke innspill dere er enige i, hvilke dere er uenige i og hvilke dere eventuelt er i tvil om. Gi eventuelt tilbakemelding til post@fmr.no. Er det andre tiltak gruppen kan tenke seg?
5. Er det etter gruppens mening riktig at bruk og besittelse av narkotika skal være straffbart?

Møte 3.

(Grunnlagslesning: Del III: Legalisering/skadereduksjon)

1. I artikkelen "Cannabis som gateway drug" hevdes det at cannabisbruk kan disponere for bruk av opiater. Hvordan begrunnes dette? Er dette viktig for debatten om cannabis?
2. I artikkelen "Hasjforbudet er riktig" hevdes det at vi ikke kan avskaffe uønsket kriminell atferd ved å avkriminalisere den, dersom den fortsatt er uønsket. Skulle vi avkriminalisere smånasking i butikker, barnemishandling, bilinnbrudd?
3. I artikkelen "Vet vi alt om cannabis' virkninger?" hevder forfatteren at cannabisbruk fører til økt fare for hjerteinfarkt og død. Hvordan forklarer hun dette?
4. I artikkelen "Cannabis som medisin" gjennomgår forfatteren de ulike områdene der cannabis har vært forsøkt som medisin. Hvorfor er dette et så viktig tema i legaliseringsdebatten?
5. I artikkelen "Legalisere, avkriminalisere eller rekriminalisere?" hevdes det at "småbrukerne" av narkotika er viktige drivkrefter i narkotikamarkedet. Hvordan begrunnes dette? Er dere enige?
6. I artikkelen "FMR sier fortsatt nei til sprøyterom" konkluderes det med at sprøyteromsordningen må opphøre. Myndighetene har likevel vedtatt å gjøre ordningen med sprøyterom permanent, forutsatt at kommunen ønsker det.

 - a. Har FMR rett?
 - b. Hva bør FMR gjøre med saken nå?
7. I artikkelen "Heroinutdeling – hva nå?" gis det flere argumenter mot heroinforskrivning. Hva mener gruppen er de to viktigste?
8. I artikkelen "Akutt heroin overdose" hevdes det at målet ikke bare må være å forhindre overdosedødsfall, men å forhindre overdoser i det hele tatt. Hvorfor er dette så viktig?

Tilskudd til studietiltaket, da må du passe på dette:

Du som har tatt initiativet til studiesirkelen, må sørge for å bestille det nødvendige antall (like mange som det er studiedeltakere) av følgende:

1. Rusgiftpolitisk Studiehefte (kr. 100 pr. hefte).
2. Søknad om godkjenning av studietiltak sendes Populus – studieforbundet folkeopplysning. Søknadsskjema i papir hentes fra www.populus.no eller elektronisk søknad via samme web-side. Rapport skjema blir sendt i retur og deltakerlister hentes fra www.populus.no
3. Rapport skjema sammen med deltakerliste returneres til Populus når studietiltaket/kurset er gjennomført.

Studiesirkelen får utbetalt tilskudd med en fast sum pr. time. Støtten blir utbetalt til organisasjonens/lagets kontonummer etter at sluttrapporten er innsendt til Populus og godkjent.

Formelle krav til studietiltaket (kurset):

Vær oppmerksom på følgende krav som stilles i Voksenopplæringsloven for at studiesirkelen/studieringen skal kunne godkjennes og få støtte:

- * Det skal være minst 8 klokketimer studietid.
- * Det skal foreligge en deltakerliste, slik at timetallet kan dokumenteres. Den studieplanen som følger dette heftet er en godkjent studieplan.
- * Studieringen skal være innmeldt og godkjent før arbeidet starter.
- * Det er ikke lenger krav til minste deltakertall som har gjennomført tiltaket.
- * Deltakerne skal være til stede 75 % av studietiden for å få godkjent frammøte.

Alle nødvendige opplysninger og søknadsskjema kan fåes fra (og skal sendes til):

Populus –studieforbundet folkeopplysning
Postboks 9188 Grønland
0134 Oslo
Tlf. 22 14 11 50
www.populus.no e-post: populus@populus.no

Det må være en organisasjon/lokalt lag som er medlem av et studieforbund som kan registreres som kursarrangør. Deltakere i studietiltaket er uavhengig av medlemskap, da det er krav om at studietiltak skal være åpne for alle.

Dersom uoverstigelige vanskeligheter skulle oppstå under studiene, eller dere ønsker å kommentere eller stille spørsmål til enkelte deler av heftet, vil Forbundet Mot Rusgift så langt mulig forsøke å besvare spørsmål. Send forespørslene skriftlig til

Forbundet Mot Rusgift,
Torggt. 1, 0181 Oslo
e-post: post@fmr.no

Etterarbeid:

Send inn rapportskjema for studiesirkelen, vedlagt deltakerliste med navn, adresse og alder og avmerking for frammøte for deltakerne til Populus. Husk underskrifter på rapportskjema og deltakerliste.

Du må sende inn det ferdigutfylte rapportskjemaet sammen med deltakerliste som brev til Populus, Postboks 9188 Grønland, 0134 Oslo.

Ved usikkerhet: Populus, tlf. 24 14 11 50.

Gi beskjed til din organisasjon, eller til Forbundet Mot Rusgift, dersom du ønsker hjelp eller støtte til å følge opp arbeidet, eller dersom du ønsker materiell for spredning eller videre studier.

Forslag til videre aktiviteter:

1. Lag et flygeblad, med noen enkle punkter om rusgifter, som dere ønsker folk skal lese. Ikke glem å skrive på hvor folk som er interessert kan henvende seg. Telefonnummer eller epostadresse.
2. Skriv en liten artikkel til lokalavisen, med tema fra dette studieheftet.
3. Gå inn på FMRs hjemmeside www.fmr.no og se om dere kan finne stoff dere vil undersøke ytterligere.
4. Lag et rollespill, hvor dere framfører argumenter for og imot avhold fra alkohol.
5. Inviter til et informasjonsmøte om cannabis, eller om et annet tema fra heftet.
6. Dersom dere ønsker å gjøre mer enn dette, ta kontakt med FMR sentralt, så kanskje vi kan avtale et samarbeid om videre oppfølging.