



MOT RUSGIFT

Rusgiftpolitisk tidsskrift

Nr 2 – 2018

Kr 100

- Vitenskap og aktivisme
- Narkotikalovbrudd og alternative reaksjoner
- Skarp kritikk av Canadas narkotikalegalisering
- Internasjonal narkotikapolitikk
- Tiltak mot overdoser

Alternative reaksjoner for narkotika- lovbrudd – er det en suksess?





Nullvisjon

En narkotikaliberal bølge ser ut til å spre seg i den vestlige verden. I USA har flere stater etter folkeavstemning bestemt seg for å legalisere cannabis (hasj og marihuana), det mest utbredte narkotiske stoffet. Også her i landet går legaliseringstilhengere inn for det samme, og det gjelder ikke bare cannabis, men også MDMA/Ecstasy og LSD bør etter deres mening gjøres tilgjengelig.

En narkotikaliberal bølge ser ut til å spre seg i den vestlige verden. I USA har flere stater etter folkeavstemning bestemt seg for å legalisere cannabis (hasj og marihuana), det mest utbredte narkotiske stoffet. Canada har også nylig legalisert. Også her i landet går legaliseringstilhengere inn for det samme, og det gjelder ikke bare cannabis, men også MDMA/Ecstasy og LSD bør etter deres mening gjøres tilgjengelig. Men her møter de motstand. Det store flertall av befolkningen mener innhav og bruk av narkotika fortsatt bør være forbudt og straffbart. Flere av ungdomspartiene har tatt til orde for en legalisering av hasj og marihuana. En ny undersøkelse fra Ungdata viser nå en økning i Oslo-ungdoms bruk av narkotika. Kan ungdomspartiens propaganda for en mer liberal narkotikapolitikk også ha bidratt til dette? Likevel er det fortsatt slik at blant 15-16-åringene har Norge de laveste brukstallene i Europa.

Legaliseringstilhengerne ønsker nullvisjonen i narkotikadebatten vekk. Det er ingen som tror på et samfunn kjemisk fritt for narkotika. Men "Et narkotikafritt samfunn" er en visjon om et samfunn hvor stoffbruk forblir en uakseptabel adferd og et marginalt fenomen. Det blir en målestokk som den førte narkotikapolitikken kan vurderes i forhold til: Fører nye narkotikapolitiske tiltak til at vi nærmer oss eller fjerner oss fra målet? I tillegg er det uttrykk for et optimistisk menneskesyn: Stoffavhengige har selv ressurser til, sammen med gode hjelpere, å kjempe seg ut av avhengighet og gateliv og over i en rusgiftfri tilværelse. Denne visjonen er det vel verdt å holde på, slik også trafikksikkerhetsarbeidet har en nullvisjon, selv om det er usannsynlig at antallet trafikkulykker noen gang vil bli null. Også den statlige kampanjen mot overdoser har en erklært nullvisjon. I samsvar med dette bør også visjonen om et narkotikafritt samfunn bestå.

Nullvisjonen er ikke til hinder for at narkotikaavhengige får behandling i helsevesenet. Det har de rett til allerede. Men 90 prosent av narkotika-

brukerne er ikke avhengige, og har ikke behov for behandling eller helsehjelp p.g.a. sin avhengighet.. Kan noen mennesker røyke cannabis kontrollert, bruke kokain på utesteder og MDMA/ecstasy på raveparties uten at det får negative konsekvenser for dem? Ja, sannsynligvis. Men det finnes store sårbare grupper som også vil kunne ønske å gjøre det samme. Jeg nevner f.eks personer med psykiske problemer eller lidelser, personer som er vokst opp i rusgiftpregede familieforhold, personer som liker å ta risiko. Alle disse gruppene vil få økte vansker som følge av en økt tilgjengelighet og en økt sosial akseptering av narkotika. I virkeligheten er intet menneskeliv problemfritt, og jo flere risikofaktorer vi omgir oss med, jo flere av oss vil få problemer. Narkotika er en risikofaktor vi ikke behøver å få en økning av. Faktisk har tendensen blant unge vært en reduksjon det siste tiåret. Det store flertallet av folket ønsker at innhav og bruk av narkotika skal være forbudt og straffbart, på samme måte som også tyveri og en rekke andre handlinger er straffbare. Dette er en sunn og fornuftig innstilling. Det betyr ikke at vi bedriver noen krig mot verken narkotika eller tyveri. Ingen andre enn legaliseringstilhengerne snakker om krigen mot narkotika. For oss andre er det snakk om tiltak for å beskytte sårbare grupper og samfunnet mot et stort og unødvendig problem.

I denne utgaven av Mot Rusgift foreslår Knut Boe Kielland et mer konsekvent samarbeid mellom kriminalomsorg og helsevesen, med utgangspunkt i at innhav og bruk av narkotika fortsatt skal være forbudt og straffbart. Jeg synes det er et interessant innspill som et alternativ til de avkriminaliseringsdiskusjoner som har pågått den siste tiden.

Knut T. Reinås
Knut T. Reinås

Innhold Utgave 2 2018



Et forslag om systematisk samordning av straff og behandling ved narkotikabruk	4
Alternative reaksjoner for narkotikalovbrudd	13
Bruk av tvang overfor rusgiftavhengige	18
Vitenskap og aktivisme. Forskningen på MDMA og psykedeliske stoffer	20
Skarp kritikk av canadisk narkolegalisering	27
Internasjonal narkotikapolitikk	28
Tiltak mot overdoser	32
Rusreformutvalget	33
Rusreformutvalget har begynt sitt arbeid	34
Narkotikaproblemet	37
Fossumkollektivet i kamp for faget	38
Et steg på veien ut	42
Bokanmeldelse: Massene på meth	46
Bokanmeldelse Avhengighetskrigen	48
Ny brosjyre og nytt prinsipp-program	51

TIL BIDRAGSYTERNE

Tidsskriftet Mot Rusgift redigeres etter redaktørplakaten. Tidsskriftet er medlem av Norsk Tidsskriftforening. Innholdet i artiklene står for forfatterens regning, og er ikke nødvendigvis uttrykk for redaksjonens eller eierens syn.

Vi behandler temaer innenfor områdene alkoholpolitikk, narkotikapolitikk, behandlingspolitikk, rusgiftforebygging, dopingproblematikk, rusgiftforskning og internasjonalt samarbeid.

Tidsskriftet Mot Rusgift har over tid utviklet sin terminologi, og alle bidrag og artikler blir redigert i samsvar med dette. Hensikten er å få en så enhetlig stil som mulig.

Vi bruker ikke begrepet «misbruk», eller sammensetninger med dette. Vi bruker ikke begrepet «rusbehandling», men f.eks. avhengighetsbehandling. Vi bruker ikke begrepene «alkoholiker» eller «narkoman», men begreper som «alkoholavhengig», «narkotikaavhengig» osv. Vi bruker også gjennomgående begrepet «rusgift» istedenfor «rusmiddel», som er mer vanlig i offentlig sammenheng.

Se: www.fmr.no/ordbok

Vi inviterer skribenter innenfor rusgiftfeltet til å skrive i Mot Rusgift. Ubestilte bidrag honoreres ikke.

Dersom du ønsker å skrive i Mot Rusgift, eller har tips om hva vi skal skrive om, ta kontakt.

MOT RUSGIFT

UTGITT AV Forbundet Mot Rusgift
Utgave nr 113 / ISSN 0806-9107

Redaksjonen er avsluttet 01.12.2018

REDAKSJON

Forbundet Mot Rusgift
Pb. 6723 St.Olavs plass, 0130 Oslo
Tel: +47 940 08 830 / post@fmr.no / www.fmr.no

REDAKTØR

Knut T. Reinås, tel +47 97 59 55 48

PRODUKSJON

Lynx Porter Novelli, turid@lynx.no

Redaksjonsråd:

Olaf Aasland, Vigdis Vindenes, Knut Boe Kielland, Cathrine Bjelland, Øyvind Hansen og Harald Bråthen.

DESIGN

Lynx Porter Novelli / Forside: AdobeStock

ABONNEMENT

Kr. 300 pr. år:
post@fmr.no / tel +47 940 08 830 / www.fmr.no

ANNONSER

Turid Viker Bråthen, tel +47 23 13 14 80

Et forslag om systematisk samordning av straff og behandling ved narkotikabruk



AV KNUT BOE KIELLAND,
NASJONAL KOMPETANSE-
TJENESTE FOR SAMTIDIG
RUSMISBRUK OG PSYKISK
LIDELSE (NKROP)

1. SAMMENDRAG

Dette forslaget innebærer at det ved narkotikarelatert kriminalitet utført av personer som har egne stoffproblemer, som hovedregel skal dømmes til betinget fengselsstraff med stoff-frihet som sentralt særvilkår. Dette vilkåret må følges nøye opp med stoffkontroll og raske, forutsigelige, men moderate, reaksjoner ved brudd. Samtidig må det gis et tilbud om behandling og oppfølging, i størst mulig grad i tråd med den enkeltes egne ønsker. Denne kombinasjonen av konsistent grensesetting og langsiktig behandling må kunne vare i minst to år, ofte flere.

2. INNLEDNING

Det er et paradoks at to offentlige tjenesteområder som begge arbeider mye med oppfølging av personer som bruker illegale rusgifter, har så lite samordnede tiltak. Det dreier seg om behandlingstiltak på den ene siden, straff på den andre. Det samarbeidet som foregår er begrenset i omfang og oppnår ikke de potensielle synergieffektene som er mulige.

Mandatet for utvalget som våren 2018 ble nedsett med sikte på avkriminalisering av bruk og besittelse av små mengder narkotika vil ikke omfatte mer enn en liten del av dem som i dag sitter i fengsel for kriminalitet knyttet til egen rusgiftlidelse. Bare 12 % av dem som ble fengslet (inkludert varetekt) for direkte narkotikarelaterte overtredelser i perioden 2014-2016, ble siktet for bruk eller besittelse etter legemiddelloven som regulerer slikt. Resten ble siktet etter straffeloven for narkotikaovertrerdelse (53 %) eller grov narkotikaovertrerdelse (35 %)¹. Av dem som til enhver tid var satt i fengsel i 2014-2016, dreide det seg om 2,4 % etter legemiddelloven, 17,2 % etter straffeloven for narkotikaovertrerdelse, 80,4 % for alvorlig narkotikaovertrerdelse².

Det klareste eksisterende samarbeidet foregår i form av Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND), men ett av problemene med dette programmet er at det bare har nådd fram til en liten andel av aktuelle klienter i forsøkskommunene Oslo og Bergen. Det er sannsynlig at bare en liten del vil nåes også når dette tiltaket nylig er gjort landsdekkende. Et annet eksempel på samordning er Soning av dom i behandlingsinstitusjon etter § 12 i Straffegjennomføringsloven. Men dette gjelder bare behandlingstiltak i institusjon, mens den store utfordringen knyttet til behandling dreier seg om å leve utenfor institusjon i samfunnet, også etter institusjonsopphold.

Her legges fram et forslag til en mer radikal samordning av straff og behandling. Ett sentralt hovedprinsipp er at justisetatene gjennomfører sin oppgave med grensesetting når det gjelder bruk av illegale rusgifter på en mer systematisk og samtidig human måte. God grensesetting er undervurdert som rammebetingelse for behandling. Den typen grensesetting som foreslås her, antas også å ville ha god forebyggende effekt. Dermed tilfredsstiller det justisetatens målsetninger om både individualprevensjon og allmennprevensjon.

Et annet hovedprinsipp er at det må kunne tilbys realistiske behandlingstiltak for alle som ønsker og trenger det når de kommer i en slik situasjon at det foreligger et klart krav om lovlig atferd også når det gjelder bruk av rusgifter.

Her legges fram forslag til tiltak i tråd med dette. Deretter drøftes hvordan dette kan gjennomføres. Men først noen ord om målgruppen.

¹ Statistisk sentralbyrå 2018 Tabell 10536: Nyinnsettelse, etter type fengsling, hovedlovbruddsgruppe, type hovedlovbrudd og alder. Absolutte tall 2012–2016

² Statistisk sentralbyrå 2018b Tabell 10531: 10531: Innsatte, etter type fengsling, hovedlovbruddsgruppe, type hovedlovbrudd og alder. Per 1. januar. Absolutte tall 2002–2016

3. MÅLGRUPPE

Opplegget bør gjelde alle som skal dømmes for narkotikarelatert kriminalitet og som er blitt mer eller mindre avhengige av illegale rusgifter. Reaksjonen kan også brukes overfor dem som ikke egentlig er avhengige, men som likevel har regelmessig stoffbruk som bakgrunn for den kriminaliteten de skal dømmes for. Målgruppen er altså den samme som for ND med to viktige forskjeller: det skal ikke gjøres personundersøkelse/vurdering av egnethet på forhånd, og den enkeltes motivasjon for å slutte med stoff skal ikke tillegges vekt når dommen avses.

4. FORSLAG TIL SAMORDNET OPPFØLGING AV PERSONER MED KRIMINALITET SOM KAN ANTAS Å VÆRE SEKUNDÆR TIL RUSGIFTLIDELSE

4.1 FORSLAGETS TO HOVEDPRINSIPPER

4.1.1 Betinget straffereaksjon med nøye kontroll og forutsigelige, raske, men moderate sanksjoner ved brudd

Ett av forslagens hovedpoenger er at det ved narkotikarelatert kriminalitet³ i stedet for ubetinget fengselsstraff, systematisk gis betinget fengselsstraff med stoff-frihet som særvilkår. Dette bør være hovedreaksjonen som bør benyttes overfor nesten alle. Bare hvis det er helt spesielle forhold som taler mot dette, for eksempel svært alvorlig kriminalitet, bør det gis ubetinget fengselsstraff, men da som deldom (ubetinget del etterfulgt av betinget del med samme krav om stofffrihet).

På bakgrunn av at bruk av stoff er ulovlig, skal den betingede straffen gis uavhengige av den enkeltes motivasjon for å slutte. Særvilkåret må følges opp ved tilfeldige stofftester, hyppig initialt, sjeldnere ved vedvarende stofffrihet. Dette må gjøres på en måte som er oversiktlig og forutsigelig for alle, selv om forutsigeligheten ikke må inkludere tidspunktet for stofftesting.

Prøvetiden settes i første omgang til 2 år, men bør kunne forlenges som en reaksjon på manglende stofffrihet. Ved den endringen som skal til for stabilt å komme bort fra rusgiftavhengighet, er et perspektiv på 5 år for mange mer realistisk enn 2 år.

³ Her kan benyttes samme definisjon som i ND

4.1.2 Behandlingstilbud uten ventetid

Det andre hovedpoenget er at alle som har fått en slik dom, må få tilbud om behandling samtidig som dommen blir rettskraftig. Når slik dom forventes, vil det beste være at et behandlingstiltak – hvis det er nødvendig – kommer i gang i forkant av dommen. Behandlingen er imidlertid frivillig. Dersom den dømte mener at dommens vilkår kan oppfylles uten behandling, skal han ha rett til det. Hovedpoenget er at han skal følge landets lover og avholde seg fra bruk av illegale rusgifter, og at dette vil bli systematisk kontrollert i prøvetiden.

4.2 KRIMINALOMSORGENS OPPFØLGING

4.2.1 Ordinær oppfølging

Kriminalomsorgen må i tillegg også ha regelmessige samtaler med klientene, omtrent slik som nå. Dersom klienten ikke har valgt behandlingstiltak, blir disse samtalene enda viktigere. Det vil være viktig å fange opp, spesielt om den enkelte har underliggende psykiske eller andre problemer av betydning for hvordan utviklingen blir. Å henvise til oppfølging/behandling må i en slik situasjon gjøres med lav terskel. For øvrig vil det å bidra til det vi vet er viktig for alle mennesker, også være sentralt her: stabil bolig, sosialt nettverk (som ikke er knyttet til rusgiftbruk), meningsfulle aktiviteter, arbeid med mer. Selv om klienten ikke ønsker behandling for eksempel innenfor TSB, vil oppfølging fra kommunale instanser i tillegg til Kriminalomsorgen sannsynligvis være aktuelt i de fleste tilfellene.

4.2.2 Stofftesting

Kontrollen bør i hovedsak dreie seg om stofftesting på tilfeldige og uforutsigelige dager, initialt med stor risiko⁴ for testing, etter hvert lavere risiko forutsatt negative prøver. Testingen må foretas av Kriminalomsorgen dersom det dreier seg om betinget fengselsstraff eller under prøvetid etter fengselsstraff. Ved betinget påtaleunntatelse, antas denne kontrollen å måtte bli gjort av politiet, men i det følgende omtales bare Kriminalomsorgen⁵.

⁴ Det vil være bedre å snakke om daglig risiko for testing, heller enn antall tester per uke eller måned. Dermed vil det være enklere å forstå at testing tilfeldigvis godt kan komme to dager etter hverandre

⁵ Det må være klart at dette dreier seg om stofftesting som en konsekvens av straffbar handling. Slike tester bør derfor gjøres i kriminalomsorgen, ikke i helsetjenesten

4.2.2.1 Varighet

Varigheten for kontrollen bør om mulig være avhengig av forløpet, slik det er nevnt i kapittel 3.1. Det kan i tillegg tenkes en ordning hvor den dømte kan få avslutte stofftestingen – for eksempel ved vedvarende negative stofftester sammenhengende ett år utenfor institusjon.

4.2.2.2 Hyppighet

Hyppigheten av kontroll bør variere mye. En hver positiv urinprøve bør føre til hyppigere stofftesting som en av reaksjonene. Ved rusgiftfrihet, bør kontrollen reduseres etter et fast opplegg, slik at den etter hvert gjøres sjelden. Men prøvene bør alltid komme tilfeldig.

4.2.2.3 Kommunikasjon av prøve og prøveresultat

Med dagens mobiltelefoner vil det ikke være vanskelig å formidle beskjed til den enkelte om at det er dag for stofftesting. Den enkelte må ha egen mobiltelefon og plikt til å følge med.

En mulighet er at beskjed gis med sms, som må besvares. Når beskjed er gitt, må det være en klar plikt å få gjennomført testingen. Reaksjonen på manglende oppmøte bør være like stor – eller heller litt større – enn ved en gjennomført test som viser stoffbruk.

Hvilken type test som skal benyttes, må diskuteres. Spyttprøve er blitt brukt i økende grad og har svært mange fordeler både estetisk, følelsesmessig og fra et kontrollperspektiv. Urinprøver kan det jukses med, det er mye vanskeligere ved spyttprøve. Ulempen er kortere tidsvindu for positiv prøve ved spyttprøve.

For noen rusgifter – spesielt cannabis – kan det etter langvarig regelmessig bruk ta svært lang tid før prøven blir negativ, spesielt ved test i urin. For å holde oppsikt med dette kan kvantitativ testing en periode være nødvendig. Bruk av spyttprøve vil sannsynligvis redusere dette problemet.

For at et kontrollsystem som dette ikke skal miste legitimitet er det selvsagt svært viktig at det ikke foreligger falskt positive prøver. Dersom den enkelte mener et stoffutslag ikke kan være riktig, må det gjøres bekreftelsesprøve i løpet av få dager. Dersom denne viser at den opprinnelige prøven ikke var riktig, må den som var utsatt for dette, få en unnskyldning. Det kan på den annen side kanskje overveies en ordning hvor den enkelte dekker deler eller hele utgiften knyttet til bekreftelsesprøven dersom denne viste at den opprinnelige prøven ga riktig resultat.

4.2.3 Sanksjoner

4.2.3.1 Raske, sikre og moderate

Reaksjon på positive urinprøver bør komme etter så kort tid som mulig, fordi det er overbevisende kunnskap om at dette virker best når målsetningen er å få til endret atferd. Ideelt bør den komme samme dag som den positive testen er gjort eller dagen etter. Reaksjonen bør være kjent for klienten på forhånd. Den må komme med så stor sikkerhet som mulig, men må være så begrenset at det ikke føles vanskelig å gjennomføre den. En liten reaksjon som kommer sikkert og raskt, er vanligvis vesentlig mer effektiv enn en stor reaksjon som kommer sent og usikkert (se kapittel 7).

4.2.3.2 Type sanksjoner

En vanlig initial reaksjon ved brudd kan for eksempel være noen få dager i fengsel. Noen dager i behandlingsinstitusjon kan være et alternativ, det må drøftes videre. Hyppigere stofftesting må være reaksjon dersom denne ikke på forhånd er maksimalt høy. Også andre typer sanksjoner kan drøftes. Hovedpoenget er at det kommer en konkret reaksjon, at den kommer nesten umiddelbart, at den føles som en reaksjon, og at det er sikkert at den kommer. I denne sammenheng antas en «muntlig advarsel» ikke å være tilstrekkelig, det vil lett åpne for tvil om forutsetningene i dommen, fordi selve dommen i realiteten må inneholde denne advarselen. Etter en slik episode med en begrenset sanksjon fortsetter klienten med samme opplegg. Sanksjoner må kunne gjentas. Dersom det over litt tid viser seg at klienten stadig har positive stoffprøver eller ikke følger opp avtalene med Kriminalomsorgen, vil konklusjonen måtte være at behandling er nødvendig. Dersom vedkommende ikke ønsker det, kan noen uker i fengsel være aktuelt. Fengselet bør da ha ressurser til relativt tett dialog med den innsatte. Spørsmålet om nærmere utredning og behandlingsbehov vil være sentralt. Ved løslatelse skal opplegget fortsette uendret. Dersom det ikke lykkes vedkommende å slutte (eller formulert på en annen måte: dersom det ikke lykkes å få vedkommende til å la være å begå gjentatte lovbrudd), vil det måtte komme en tid i fengsel dersom den enkelte ikke ønsker behandling. Poenget er at den straffedømte må skjønne at vi mener alvor når vi krever at han skal slutte med stoff – fordi det er forbudt. Men det må hele tiden være klart for klienten at det ikke er noe ønske om at han skal sone i fengsel eller være i institusjon, bare at han skal slutte med stoff og komme videre i livet uten kriminalitet.

4.3 MER OM BEHANDLING

Dersom vedkommende i forbindelse med selvedommen eller senere, ønsker behandling, må den kunne gis nærmest umiddelbart eller helst i forkant av selvedommen i forventning om at dommen blir av denne typen. Behandlingens innhold må tilpasses sammen med den enkelte. Ved tvil bør den enkeltes ønske være avgjørende med det unntak at behandling i utlandet ikke kan aksepteres. For noen vil i første omgang avrusing være det viktigste, utredning hvis det er behov for det (en del vil sannsynligvis være grundig utredet også tidligere) og overføring til egnet behandlingssted mest mulig i tråd med den enkeltes ønsker. Poliklinisk behandling kan for noen være et alternativ. Selve rusgiftkontrollen må fortsette både under innleggelse i behandlingsinstitusjon og utenfor institusjon. Utenfor institusjon bør Kriminalomsorgen ha ansvaret; under behandlingsopphold i institusjon vil det nok være mest praktisk at dette er en del av institusjonens virksomhet, slik praksis er for de fleste behandlingsinstitusjonene også i dag.

4.3.1 Avhengighet av rusgifter

Avhengighet av rusgifter dreier seg om et kontinuum fra lett til alvorlig. Dette synet har vunnet plass i det amerikanske diagnosesystemet DSM⁶ i deres siste versjon 5. Graden av avhengighet kan altså være lav (få kriterier passer), til alvorlig (mange kriterier). Ved lett avhengighet vil det åpenbart stort sett være lettere å slutte med stoff enn dersom denne avhengigheten er alvorlig. Men ingen avhengighet er så sterk at det ikke finnes mulighet for å velge ikke å bruke, spesielt dersom dette valget også inkluderer å velge gode rammebetingelser, for eksempel i behandlingsinstitusjon. Avhengighet gir derfor ikke fritak for straff, noe som er felles med andre typer kriminalitet hvor det kan ligge nesten driftsmessige forhold bak, slik som for eksempel pyromani eller kleptomani.

Hovedpoenget i denne sammenheng er å gi en type straff som bidrar til konstruktive valg til tross for avhengigheten. God grensesetting slik dette forslaget gir, er faktisk en slik hjelp. Å sette mennesker i fengsel lenge etter at det er oppdaget stoffrelatert kriminalitet hjelper – med få unntak – lite. Det er i Norge alminnelig aksept for at bruk av stoff skal forbli ulovlig. Men det er ytterst problematisk å straffe sterkt stoffavhengige mennesker for dette med bøter og fengselsdommer på den måten vi har

gjort i mange år. Å gi straff i form av en dynamisk grensesetting med gode valgmuligheter for tilpasset behandling over tid, vil imidlertid være rimelig, også overfor mennesker som sliter med avhengighet.

4.3.2 Rusavhengighet og samtidig psykisk lidelse

Det vil for de fleste med rusgiftavhengighet være mulig å idømme straffer av denne typen selv om de samtidig skulle ha betydelige psykiske problemer. Forekomsten av psykiske lidelser, spesielt innenfor området angst og depresjon, er vanlig hos mennesker som bruker mye rusgifter. Det må tilbys behandling til dem som ønsker det, om nødvendig institusjonsbehandling. Det bør fra kriminalomsorgens side være en årvåkenhet knyttet til forekomsten av samtidig psykisk lidelse hos disse klientene.

4.3.3 Recovery

Begrepet «recovery» er blitt viktig de siste årene som et uttrykk for at veien bort fra rusgiftavhengighet grunnleggende må skje gjennom at den enkelte gjør konstruktive valg ut fra egne forutsetninger. Behandling innebærer i stor grad å bistå den enkelte med å gjøre de valgene som skal til. Det kunne kanskje tenkes at et opplegg hvor man skal «tvinges» til å slutte med stoff, står i motsetning til recovery-tilnærming. Men det er en urimelig måte å se på dette. Rettstilstanden i Norge er faktisk slik at det er ulovlig å bruke stoff. Loven anses som rimelig her i landet blant annet fordi bruk av illegale rusgifter har en rekke skadevirkninger, både for den enkelte og for andre. Dette forslaget fjerner det mange nok oppfatter som uklare i denne rettstilstanden, at forbudet ikke gjelder. Legalt sett er det ikke en frivillig sak å la være å bruke stoff. Klarhet på dette området er faktisk viktig og gunstig både for dem som kunne tenke seg å begynne med stoff og som hjelp for dem som sliter med å slutte.

Men når det gjelder hvordan man skal oppnå å slutte med stoffbruk bør et hovedprinsipp være at den enkelte i stor grad er herre over seg selv. Valg av behandlingsopplegg må skje med mye vekt på den enkeltes egne ønsker. Å komme bort fra rusgiftavhengighet er ofte en langvarig prosess, preget av svingende motivasjon. Det spesielle i dette opplegget er den tydelige grensesettingen også utenfor institusjon. Det kan også her dreie seg om en recovery-prosess, men i en situasjon hvor den legale grensesettingen er vesentlig klarere enn tidligere. De valgene som skal gjøres, skjer i en rammebetingelse som mest sannsynlig for de fleste vil fremme de gode valg.

⁶ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

4.4 STRAFF OG LÆRINGSPSYKOLOGI

En av begrunnelsene for å gi straff er å bidra til individualprevensjon. Dette vil i praksis si at en illegal atferd skal endres. I vårt tilfelle dreier det seg om å komme bort fra bruk av narkotika og ulik type kriminalitet som følger med. Justisetatens metode er å gi straff på en måte som skal bidra til slik atferdsendring. Ulovlig atferd medfører straff, og den enkelte skal «lære» at dette ikke er lurt og derfor velge en annen atferd. Dette ligger godt innenfor området læringspsykologi.

4.4.1 Noen læringspsykologiske prinsipper

Et prinsipp for å få til ønsket atferd innenfor læringspsykologien er at positive reaksjoner stort sett virker bedre enn negative. Men det betyr ikke at sanksjoner (negative reaksjoner) er uten virkning. Momenter som bidrar til økt effekt er:

- Kort tid mellom lovbrudd/forseelse og reaksjon
- Høy sannsynlighet for at lovbrudd/forseelse vil føre til straff, ikke bare i teori, men også i praksis
- Sanksjonen bør være kjent og forutsigbar for den enkelte
- Sanksjoner må oppleves som sanksjon, men ikke være så alvorlig at den virker uforholdsmessig sammenlignet med handlingen. Den må kunne gjentas mange ganger
- Det må være konsistens og klarhet omkring hva som kan føre til straff
- En liten straff som kommer raskt vil virke bedre enn en omfattende straff som kommer sent
- Det bør være en subjektiv opplevelse av at straffen er rettfærdig
- Minst mulig skadevirkninger for den som får straffen

Det er ikke vanskelig å se at dagens strafferettslige oppfølging av personer som bruker illegale rusgifter nesten ikke inneholder noen av disse elementene. Det er sannsynligvis den viktigste grunnen til at den i så liten grad bidrar til atferdsendring hos mennesker som har utviklet avhengighet.

Det forslaget som legges fram her tar systematisk hensyn til alle ovenstående momenter.

4.4.2 Supplerende «contingency management»

Det kan nok argumenteres for at dette forslaget i seg selv inneholder mange positive reaksjoner på å komme bort fra bruk av illegale rusgifter, ved at den enkelte i stor grad unngår fengselsstraff. Men det er mulig at disse positive virkningene ytterligere kan forsterkes ved bruk av insentiver ved ønsket atferd. Én mulighet er å knytte konkret belønning til for eksempel negative stoffprøver. Slik «contingency management» har vist seg effektiv i mange andre sammenhenger som et tiltak for å oppnå redusert rusbruk. Men på sikt er nok det viktigste insentiv for den enkelte å oppleve at man innen denne rammen faktisk får til noe man har hatt ønske om i lang tid.

4.5 HVA MED DEM SOM IKKE ØNSKER Å SLUTTE MED NARKOTIKA?

Dette forslaget innebærer at også personer som ikke gir uttrykk for ønske om å slutte med stoff, skal få samme type dom. Bakgrunn for dette er stadig dette: Det er fra et legalt synspunkt like viktig at umotiverte slutter som at de motiverte gjør det. Bruk av narkotika har for nære pårørende, nærmiljø og hele samfunnet omfattende skadevirkninger som gjør det urimelig å gjøre det avhengig av den enkeltes motivasjon å slutte.

En illustrerende sammenligning med trafikkloven kan her være på sin plass: Skal vi slå oss til ro med at personer som ønsker å kjøre for fort skal få fortsette med dette hvis de ikke er motivert for å slutte? Selvfølgelig skal vi ikke det.

Dette forslaget forutsetter at det grunnleggende gjelder for alle mennesker – også personer som bruker narkotika – at man har en mulighet for å gjøre valg. Straffelovgivningen er basert på dette, og det eneste unntaket av betydning gjelder personer med «alvorlig sinnslidelse», i praksis i hovedsak personer med psykose. Og personer som ikke er strafferettslig ansvarlige for egne handlinger, er i prinsippet den eneste gruppen hvor dom etter prinsippene i dette forslaget ikke er rimelig.

Men hvordan vil et slikt forslag virke for en narkotikaavhengig person som ikke ønsker å slutte? Det vesentligste er at han vil merke en vesentlig mer konsis samfunnsmessig både verbal og non-verbal kommunikasjon om at han ikke kan gjøre som han selv ønsker uten at det får vedvarende konsekvenser. Mens konsekvensene etter dagens ordning for-

toner seg fjerne og mulige å omgå, vil dette forslaget endre premissene. Sannsynligvis vil dette innebære at vesentlig flere ønsker å slutte for å komme bort fra denne situasjonen.

I motsatt fall er det mulig at det finnes en gruppe som over tid vil nekte å slutte med bruk av narkotika. I denne gruppen – som vi må kunne håpe vil være relativt liten – er det mulig noen vil oppleve mer soning i fengsel enn i dagens ordning. Men det er viktig at også denne gruppen stadig må få muligheten til å komme ut av dette ved å slutte med stoff, og ved å få hjelp til det når vedkommende ønsker det.

4.6 LOVGRUNNLAG

Dette forslaget skisserer hva som ville være gunstige straffereaksjoner ut fra et kjennskap til rusgiftavhengighet og atferdsendring. Intensjonen er å få til atferdsendring hvor straffesanksjoner virker i samspill med behandlingstiltak. Hovedpoenget er å oppnå en strafferettslig prøvesituasjon hvor de prinsippene som er skissert, kan gjennomføres i praksis.

4.6.1 Betinget fengselsstraff eller deldom

Den mest aktuelle strafferettslige rammen antas å være betinget fengselsstraff, enten alene eller som deldom, omtrent som ved Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND). I dette forslaget er det poenget at en moderat reaksjon på brudd – for eksempel stoffbruk – bør komme med lav terskel og etter kort tid. Det vil være en utfordring å få det til på en hensiktsmessig måte, og det må vurderes videre hvilken lovhjemmel som best mulig kan fungere her.

4.6.2 Betinget påtaleunntatelse

Et lignende opplegg foregår allerede i dag noen steder med betinget påtaleunntatelse. Dette bør åpenbart utvikles videre slik at dette også virker konsistent over tid. Men ved brudd vil også der etter hvert nivået for en betinget dom nåes hvis den enkelte fortsetter å bruke narkotika eller gjøre annen kriminalitet.

4.6.3 Prøveløslatelse

En siste aktuell strafferettslig prøvesituasjon er prøveløslatelse. Det kan vurderes om dette vil kunne fungere omtrent etter de prinsippene som er skissert her, men praksis taler nok for at betinget fengselsstraff vil være en mer robust lovforankring.

4.7 POLITIKK

Det forslaget som legges fram her, har åpenbart politiske sider. Både partier, organisasjoner, pasientorganisasjoner og pårørende vil kunne ha synspunkter på dette. Forslaget forutsetter – i likhet med ND – at forbudet mot narkotika opprettholdes. Med andre ord må det ikke skje en legalisering av verken oppbevaring eller bruk av narkotika for at denne typen opplegg skal kunne gjennomføres.

Mange har de siste årene tatt til orde for en såkalt «avkriminalisering» av bruk og oppbevaring av små mengder narkotika. Dersom dette innebærer en sterk reduksjon i bruk av fengselsstraff og bøter, er dette forslaget i tråd med det. Det er sannsynlig at en gjennomføring av forslaget vil medføre en stor reduksjon i omfanget av fengselsopphold, sammenlignet med dagens situasjon, til tross for at risiko for korte fengselsopphold er en del av selve forslaget. Men «avkriminalisering» passer sannsynligvis dårlig for dette forslaget hvis man med det mener at bruk og oppbevaring ikke skal kunne straffes. Faktisk er det å kunne straffe på en human og hensiktsmessig måte en nødvendig forutsetning for dette forslaget.

Fra et humanistisk synspunkt er likevel det viktigste ved dette forslaget at det vil kunne bidra til at vesentlig flere klarer å komme seg ut av alvorlig rusgiftbruk, og at mange gjennom denne typen oppfølging tidlig i ruskarrièren vil unngå å havne i alvorlig avhengighet av narkotika.

5. KORT OM FORSKNING PÅ ET LIGNENDE TILTAK

Det ble på Hawaii i 2004 igangsatt et opplegg som ligner svært mye på det som foreslås her. I en forskningsrapport publisert i 2009 var evalueringen gjennomført dels som en randomisert kontrollert studie (RCT), og dels som en kvalitativ studie for å finne ut hvordan ulike deler av strafferettskjeden og dømte opplevde dette⁷. RCT-delen viste en vesentlig reduksjon av stoffbruk og av fengslinger, sistnevnte i stor grad som en konsekvens av den reduserte bruken av stoff. Også i dette prosjektet ble det henvist til behandling bare ved fortsatt stoffbruk eller etter ønske fra den enkelte. Omtrent en av tre klarte å stoppe med narkotika uten behandling. For denne tredelen syntes effekten av den klare grensesettingen å være tilstrekkelig, i alle fall i første omgang.

⁷ www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/229023.pdf

Den kvalitative delen av undersøkelsen viste at de dømte i utgangspunktet var skeptiske til ordningen. Men ettersom de opplevde hvordan dette virket for dem, ble de i økende grad fornøyd med den fordi de opplevde at det hjalp dem, og – ikke minst – fordi de fant at de positive valgene de gjorde hadde så gode konsekvenser. På den måten opplevde de større kontroll med egne liv enn tidligere. Også de fleste i strafferetts-kjeden opplevde dette som en mer tilfredsstillende måte å arbeide på, til tross for at noen opplevde større arbeidsmengde.

På bakgrunn av dette er lignende opplegg satt i gang i en rekke delstater i USA. Ulike varianter er vurdert og prøves ut. Det diskuteres i hvilken grad sanksjoner bør dreie seg om korte fengselsopphold eller om andre reaksjoner kan fungere like bra, likeledes hvorvidt det bør benyttes belønnende tiltak (contingency management) i større grad. Det er også en levende diskusjon av hvilke elementer i programmet som er effektivt.

Ovennevnte undersøkelse fra Hawaii var basert på resultater etter 12 måneder i programmet. En etterundersøkelse publisert i 2016 viste resultatene etter nær 10 års oppfølging i hovedsak basert på offentlige registre⁸. Den viste at selv etter så lang tid var personer som hadde gjennomgått dette programmet mindre i fengsel og gjorde mindre kriminalitet (spesielt direkte narkotikakriminalitet) enn de som hadde gjennomgått betinget straff under vanlige omstendigheter.

Det er satt i gang et føderalt finansiert forskningsprogram hvor fire avleggere av Hawaii-programmet undersøkes⁹. Resultatene fra disse foreligger ikke ennå.

6. MULIGE GEVINSTER AV SLIKT PROGRAM

Den viktigste gevinsten vil sannsynligvis være at flere narkotikaavhengige klarer å komme bort fra narkotikabruk. Det er også sannsynlig at risiko for å komme inn i et langsiktig kontrollopplegg med grensesetting av denne typen i større grad vil forebygge narkotikabruk enn dagens ordninger.

Det gjøres stor innsats av politi, tollvesen og domstoler for å begrense narkotikamisbruk ved å oppdage dem som oppsetter stoff med vekt på «bakmennene». Imidlertid er det ingen tvil om at langt det meste av narkotika som kommer inn i landet

forblir uoppdaget. Sannsynligvis oppdages bare omkring 10-15 %. En økning av denne innsatsen, vil neppe ha særlig betydning i denne sammenhengen. En stor andel av dem som selger narkotika er for øvrig sannsynligvis selv avhengige brukere.

Den mest realistiske metoden for å oppnå vesentlige reduksjon av narkotikabruk, vil være å ansvarlig-gjøre den enkelte bruker. Slik ansvarlig-gjøring bør ikke føre til en forsterking av dagens inhumane system med meningsløse fengselsstraffer og like meningsløse bøter. Men det opplegget som foreslås her vil ha en gunstig kombinasjon av at den enkeltes ansvar blir konkretisert og at det gis realistisk hjelp til å komme bort fra bruken. Å redusere selve narkotikamarkedet er en mer realistisk vei i en strategi mot narkotika, ikke å ta «bakmennene».

7. MULIGE INNVENDINGER

7.1 VIL STRAFFEDØMTE FÅ BEHANDLING PÅ BEKOSTNING AV MENNESKER SOM FRIVILLIG SØKER BEHANDLING?

Denne innvendingen – som også i sin tid møtte ND – må tas alvorlig. Det er begrenset kapasitet til spesielt behandling i TSB-institusjoner. Spesielt dersom det ønskes institusjonsbehandling som en del av dette opplegget, vil man sannsynligvis komme i en situasjon hvor kravet om at behandling uten ventetid, vil komme i konflikt med ønsket om institusjonsbehandling utenfor dette opplegget. Det er mulig dette bare kan løses ved at Kriminalomsorgen selv finansierer/kjøper behandlingsplasser for de klientene som er i dette opplegget. Siden den enkelte ved en slik dom settes i en form for tvangssituasjon, er det imidlertid helt nødvendig at behandlingstilbud finnes for denne type behandling. Kostnadene for kriminalomsorgen til å dekke slike utgifter kan sannsynligvis for en stor del kompenseres gjennom redusert behov for fengselsplasser, selv om omfanget av behandlingsbehov vil være betydelig.

Det er imidlertid en mulighet for at oppholdstiden i institusjon kan reduseres noe som følge av den konkrete oppfølgingen med stofftesting etter utskrivelse som pasienter i dette opplegget vil få. Dermed vil muligheten for at utskrevne pasienter klarer seg uten rusing øke. Tilbakefall vil kunne oppdages tidlig. Dersom rusbruk fanges opp i denne prosessen bør innleggelse – oftest kortvarig – i samme behandling sinstitusjon være reaksjonen.

7.2 ER GRENSESETTINGEN FOR STRENG?

I en tid hvor det er en tendens til å mene at behandling bør erstatte straff som tiltak ved narkotikaavhengighet, kan det virke som et paradoks å foreslå et tiltak som nettopp baserer seg på at bruk av narkotika er forbudt. Hovedpoenget i denne sammenhengen er vridningen av straffeoppfølgingen i en retning som tar hensyn til det som er de reelle behovene for personer som er avhengige av rusgifter. Resultatet av dette programmet vil være økt vekt på behandling/rehabilitering innenfor rammebetingelser som øker mulighetene for slik rehabilitering.

En annen side ved dette er at mye illegalt rusbruk i dag forekommer hos personer som ikke har noen avhengighet eller noe egentlig behandlingsbehov. De bruker stoff fordi det gir umiddelbare virkninger som oppleves som positive. Mange kan leve ganske bra med dette i alle fall en stund. Det opplegget som foreslås her må forventes å ha virkning også overfor dem som har et lystbetont bruk av rusgifter uten behandlingsbehov. Selve grensesettingen som er implisitt i dette programmet, er her det viktigste elementet.

Det er håp om at tilgjengeligheten av stoff vil kunne bli redusert etter at dette programmet har fungert i noen år fordi mange småselgere har sluttet eller måttet slutte å bruke narkotika og dermed i de fleste tilfellene også har sluttet å omsette. Hvis en slik redusert tilgjengelighet oppnås, vil det kunne medføre en gunstig ringvirkning ved at lav tilgjengelighet gjør det lettere for flere å slutte å bruke stoff.

8. SAMMENLIGNING MED NARKOTIKAPROGRAM MED DOMSTOLSKONTROLL (ND)

Dette opplegget har noen felles trekk med det allerede eksisterende Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND), spesielt ved at det dreier seg om betinget fengselsstraff med rusgiftfrihet som særtilkår. Blant forskjellene er:

- at det ikke forutsettes at den dømte er motivert for endring
- økt vekt på kontroll av stoffrihet med umiddelbare sanksjoner
- i utgangspunktet ikke noe krav om gjennomføring av behandlingstiltak (selv om dette kan bli et krav ved mislighold av forutsetningene)

- det skal ikke gjøres noen omfattende personundersøkelse
- de eneste kriterier for opplegget er
 - 1) *at de kriminelle handlingene som det skal gis dom for, må kunne ansees som en følge av stoffbruk*
 - 2) *at den dømte er strafferettslig tilregnelig*

Men programmet forutsetter – i likhet med ND – at det gis behandling når det er nødvendig. Den viktigste forskjellen i praksis vil nok være at en mye større andel av stoffavhengige straffedømte inkluderes. Dermed oppnås vesentlig større reduksjon i bruk av fengselsstraff. Innsparingen ved dette bør brukes til kjøp av behandlingsplasser på enten private eller offentlige behandling sinstitusjoner med sikte på at behandlingsplass kan gis uten ventetid for personer som dømmes til stoff-frihet.

9. DISKUSJON

9.1 LÆRINGSPSYKOLOGISK PERSPEKTIV

Forslaget er basert på den antakelse at også en realistisk, oversiktlig og forutsigelig grensesetting er av betydning for å styre den enkeltes valg. En av hensiktene er at den dømte både har og opplever at han/hun har en reell mulighet til å påvirke forløpet. Studier av lignende opplegg har vist meget god effekt når det gjelder redusert stoffbruk, sammenlignet med betinget fengselsstraff fulgt opp på vanlig måte.

Forslaget ligger som tidligere nevnt innenfor en læringspsykologisk tradisjon. Det er her antatt at belønningstiltak har større virkning enn negative sanksjoner, men også sistnevnte har klar virkning, noe som spesielt er vist i strafferettslig sammenheng.

Også ordinær straffeoppfølging av stoffkriminalitet (og annen kriminalitet) er basert på læringspsykologi, selv om dette ofte ikke er så eksplisitt. En rekke forutsetninger for læringspsykologisk tilnærming, brytes imidlertid, og det er sannsynligvis årsaken til at effekten når det gjelder å få til endring av atferd er så dårlig. Følgende faktorer bør endres hvis man skal kunne forvente virkning av straff når det gjelder atferd knyttet til stoffbruk:

- De fleste opplever at de kan ruse seg over lang tid uten at det får konsekvenser.

⁸ www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/249912.pdf

⁹ clinicaltrials.gov/ct2/show/record/NCT01670708?view=results

- Bare en svært liten del av stoffomsetning oppdages, noe som innebærer at også det meste av den stoffomsetningen som utføres av personer som selv har avhengighet, ikke får noen konsekvenser.
- Også vinningskriminalitet som utføres for å skaffe penger til stoff oppdages i svært liten grad.
- Dersom man blir tatt, vil det vanligvis gå flere måneder før sanksjonen blir idømt og enda lengre tid før straff blir gjennomført. Fængselsstraff er en engangssanksjon som for personer med stoffavhengighet sjelden fører til atferdsendring over tid.
- Straffen kan ofte oppleves urettferdig fordi det er tilfeldig hvem som blir tatt.
- Behandling som alternativ til straff etter § 12 i Straffegjennomføringsloven foregår bare i institusjon. Det er utenfor institusjon det er mest behov for grensesettende tiltak av den typen som foreslås her.

9.2 STRAFF FOR SYKDOM?

Men kan man dømme personer som har sykdommen rusgiftavhengighet til straff for en kriminalitet som er en følge av sykdommen? I prinsippet kan man det. Det er ikke forbudt å være avhengig, men det er likevel forbudt å bruke stoff. Også andre tilstander innebærer at mennesker opplever en trang i retning av å gjøre noe som er forbudt, men den forbudte handlingen blir likevel ikke lovlig. Problemet er altså ikke at stoffbruk er forbudt, men at forbudet håndheves på en måte som ikke gir den enkelte tilstrekkelig hjelp og rammebetingelse til å endre atferd.

Mange med alvorlig rusgiftproblem har psykiske lidelser av varierende alvorlighetsgrad. For noen

» Dette forslaget innebærer at det ved narkotikarelatert kriminalitet utført av personer som har egne stoffproblemer, som hovedregel skal dømmes til betinget fængselsstraff med stoff-frihet som sentralt særvilkår. Dette vilkåret må følges nøye opp med stoffkontroll og raske, forutsigelige, men moderate, reaksjoner ved brudd.

er også bruken av rusgifter en form for selvmedisinering. Denne selvmedisineringen er vanligvis lite hensiktsmessig. Selv om den kan oppleves å gi umiddelbar symptomreduksjon, virker den uheldig på sikt. Et opplegg som forslås her, kan bidra behandlingsmessig til en gunstig utvikling ved at underliggende psykiske problemer blir lettere tilgjengelige for behandling. Derfor er det sentralt at også behandlingsmuligheter knyttet til underliggende psykiske problemer er på plass med lav terskel for personer som dømmes til stofffrihet.

9.3 TVANGSBEHANDLING?

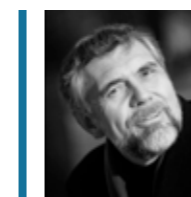
Kravet om at også rusgiftavhengige må følge landets lover, innebærer selvsagt en form for tvang, noe som vel er felles for de fleste lover. Men selve behandlingen er her i utgangspunktet frivillig. Vi tror dette er en vesentlig mer fruktbar – og human – måte å håndtere også situasjonen for mennesker med en så destruktiv avhengighet av rusgifter at man kan vurdere tvangsbehandling etter Helse- og omsorgstjenestelovens § 10-2. Helse- og omsorgsloven gir mulighet for opphold under tvang i behandling sinstitusjon i opptil tre måneder, ut fra den tanke at den enkelte etter det kan foreta rasjonelle valg knyttet til senere rusgiftbruk. Det er tre hovedproblemer med denne loven:

- 1) Tre måneder er for kort tid for de fleste
- 2) Tvangen gis bare innenfor institusjon, mens det er utenfor de største vanskene oppstår
- 3) Tvangen innebærer innleggelse i institusjon i stedet for det som er rasjonelt: å rette den mot selve rusgiftbruken

Når det gjelder tvang knyttet til rusgiftbruk, antas derfor dette forslaget – knyttet til straffeloven – å ville kunne være til vesentlig større hjelp for rusgiftavhengige enn Helse- og sosiallovens § 10-2.

Alternative reaksjoner for narkotikalovbrudd – er det en suksess – og hva må til for at det skal bli en suksess?

I en serie med seminartilbud for politikere som Forbundet Mot Rusgift arrangerte høsten 2017, var ett av temaene om narkotikapolitikk. Forsker, Sturla Falck ved Folkehelseinstituttet innledet om de alternative reaksjonene for narkotikalovbrudd som er vokst fram de siste årene.



AV KNUT T. REINÅS

Falck fant det oppgitte temaet utfordrende, men mente man kunne belyse det ved hjelp av å gå tilbake til grunntesene innen kriminologien, hvor spørsmålet i utgangspunktet er: Hva er det som virker? Strafferettslig blir spørsmålet, har man greid å skremme nok folk bort fra bruk av narkotika? Det allmennpreventive er jo her det vesentlige. Men i denne sammenhengen blir det det individualpreventive man må undersøke om virker. Kan man finne en mirakelkur? Der er det jo en del fagfolk som har uttalt seg. F.eks. Brita Kyvsgård sier: «Mirakelkurer virker kun så lenge som de ikke er vitenskapelig etterprøvd». Falck henviste også tilbake til Nils Christies doktorgrad i 1961 der han tok opp spørsmålet om reaksjonenes virkninger. Hans hovedfunn den gangen var at det utgjorde omtrent ingen forskjell om det ble reagert eller ikke reagert når det gjaldt tilbakefall og videre kriminalitet.

NYE STUDIER

Men den gangen hadde man ikke kontrollgrupper og andre gode metodetilnærminger som man har i dag. Falck henviste til en gjennomgang av 74 studier i 2012 fra Campbell-instituttet. Der framgår

det: Behandlingsprogrammer i fængslene har nesten ingen effekt. Man finner ingen effekt hverken på senere kriminalitet eller senere rusgiftbruk. Og dette er ikke forbausende, for dette har vi sett i massevis av år. I Sverige gjorde de en stor studie, kalt Swedate, hvor de samlet alle undersøkelser som var gjort i Sverige. Der fant de i grunnen heller ikke noen store resultater. Men de hadde to konklusjoner. Den ene var at det er utrolig vanskelig å måle effekter ut fra enkelttiltak. For jo eldre de innsatte blir, jo flere tiltak har de vært igjennom i løpet av sitt liv. Og når de skulle måle effekten av det siste tiltaket, så måtte de spørre seg: Er det effekten av det siste tiltaket vi måler, eller er det summen av alle tiltakene som vedkommende har vært igjennom, opp gjennom livet, som barnevern, PPT, BUP, politiet, og kanskje andre gode hjelpere utenfor. Og så skal man måle effekten av det siste tiltaket! Det er ikke lett å si hvorfra effekten kommer, hvis det er noen.

OPPFØLGING

Det andre funnet svenskene gjorde, var å slå fast at det eneste som gir noen effekt, det er en god oppfølging etter at man har fått en reaksjon, at de ikke bare slippes løs, men at det skjer noe etterpå. Dette var i grunnen også konklusjonen i Terje Ogdens sin undersøkelse, hvor man skulle se hva som kunne gjøres for ungdommene etter behandling. Der kom man fram til at det viktige ikke var tiden i institusjon, men at man la inn en oppfølging som var minst like lang som den tiden man hadde vært i institusjon.

HVILKE INNSLAG VIRKER OG HVILKE VIRKER IKKE?

På bakgrunn av dette, trakk Falck fram to spørsmål: Hva er det i reaksjonene som gjør at de ikke virker, og kan det være noen innslag i reaksjonene som bidrar til en positiv virkning?

Det første er altså spørsmålet om kontrollskader: Hvilke skader påfører straffen lovbrøyten, skader som man blir nødt til å hanskes med senere? Det andre spørsmålet er: I hvilken grad bidrar reaksjonen til inkludering i samfunnet, slik at man kan greie å leve et noenlunde verdig liv etterpå?

Falck gikk deretter grundigere inn på ulike innslag i straffereaksjonene og noen av de virkningene som de fleste har felles:

STIGMA

Stigma er en helt vesentlig effekt av straffereaksjoner som påføres ungdom og også andre som har vært i fengsel. Stigma er andres oppfatning av hvordan man framstår. Aftenpostens helgemagasin nevner nylig Norges farligste ungdommer, og så trekker de fram to stykker. Men de andre 98, som kanskje har vært innom fengselet i ganske kort tid, de får akkurat det samme stigmaet på seg. Fra 2013-2015 var det bare en som sonet straff i ungdomsenhetene (opprettet for spesielt farlige ungdommer), de andre satt bare i varetekt en måned eller to. Disse to fra A-magasinet hadde gjort veldig alvorlige ting, men de andre har også fått det samme stigmaet på seg. Og det gjelder ikke bare fengselsreaksjoner, men alle typer reaksjoner: «Han er blitt tatt av politiet, han kjenner vi, han er notorisk kriminell». En slik merkelapp er det veldig vanskelig å bli kvitt. Og her er vi over til den andre delen av stigma, at det gjerne påvirker personen selv. Man oppfatter seg selv som kriminell. Og det er jo veldig vanskelig å endre sin egen selvoppfatning, så det kan jo bli et slags selvoppfyllende profeti.

INTERN OPPLÆRING

I tillegg, enten man er i institusjon eller fengsel, så skjer det en intern opplæring. Det er vel og bra det man lærer av forskjellige gode hjelpere under institusjons- eller fengselsoppholdet, men like vesentlig er det hva man lærer av sine kamerater. Det er de som har den vesentligste innflytelsen, det er kameratgjengen som betyr noe og deres normer og regler, mens det betyr mindre hva en formynder eller autoritet står og sier.



» For at en reaksjon skal virke, må visse forutsetninger være oppfylt: Vedkommende må ha en egnet bolig, må være tilknyttet et arbeid eller en skolegang. Vedkommende bør ha venner, kjæreste, et nettverk som støtter opp om en. Og vedkommende må være motivert til å gå inn i en ny, ikke-kriminell tilværelse.

VENNER OG NETTVERK ETTERPÅ

Et tredje vanskelig punkt er at det er lite som er gjort med miljøet de kommer tilbake til. Den løslatte har kanskje forsøkt å endre seg i fengselet, men det er lite som er gjort med det kanskje uheldige miljøet som man har vært i tidligere, i kameratgjengen og i den familien som faktisk ikke greide å ta vare på sin ungdom. Eller de som kanskje er blitt noe eldre, og som faktisk kommer ut igjen til nesten ingen ting.

BEHANDLINGSBEHOV

Oftest er det slik at man ser at den enkelte har et behandlingsbehov, men dette behovet blir ikke fulgt opp. Oftest er det ikke ressurser til å gjøre en skikkelig oppfølgingsinnsats. Vi har nettopp hatt en debatt om fastlegene som er overarbeidet. De skal også ta seg av dem som kommer ut fra fengsler og institusjoner med behandlingsbehov, men de har ikke særlig kapasitet til å gjøre det. For selv om det står at det skal være en kontakt mellom fengselsvesenet og fastlegen før løslatelse, så ser vi at det skjer i bare en fjerdedel av tilfellene.

EN MENINGSFYLT TILVÆRELSE

Men vi ser også av undersøkelser hva som er nødvendig etter en reaksjon. For at en reaksjon skal virke, må visse forutsetninger være oppfylt: Vedkommende må ha en egnet bolig, må være tilknyttet et arbeid eller en skolegang. Vedkommende bør ha venner, kjæreste, et nettverk som støtter opp om en. Og vedkommende må være motivert til å gå inn i en ny, ikke-kriminell tilværelse. Til sammen kan vi oppsummere disse punktene som at vedkommende må tilbys en meningsfull tilværelse. Man må kunne oppleve at man betyr noe. Og dette er de store problemene: Hvordan skal man få bolig, hvordan skal man få arbeid? I dag har nesten tre fjerdedeler av de løslatte ikke bolig når de slippes ut. Mange har mistet den boligen de hadde mens de har sonet, bl.a. fordi de ikke har greid å betale husleie under fengselsoppholdet. I behovet for bolig og arbeid ligger naturligvis også behovet for en økonomisk trygghet og stabilitet. Bolig- og arbeidsproblematikken var jo også kjent for politikerne, så de lanserte «Tilbakeføringsgarantien» (St.meld. nr.37 (2007-2008)). Det var dette man skulle satse på, men det var ikke så lett å få det gjennomført, så nå er den «garantien» skrinlagt.

En annen ting vi trenger alle sammen, er noen å forholde oss til, som venner, kjæreste, noen som støtter opp om oss. Det er kanskje det viktigste for oss alle sammen i dagliglivet.

MOTIVASJON

Motivasjon er også en vesentlig faktor som går igjen. Mange undersøkelser kan kritiseres, og kanskje med rette, for at det bare er de motiverte man måler effekter overfor. Falck har selv evaluert det tiltaket som kalles Narkotikaprogram med domstolskontroll. Og der var det tydelig at de som gjennomførte og som lyktes var de som var motivert. Og de som faller fra er de som ikke er motivert. Det samme finner man f.eks. i evalueringen av Stifinnet – et tiltak i Oslo fengsel. Og her viste det seg at det også kreves en viss alder før man blir motivert. Motivasjonen kan nok komme underveis, men man ser jo også at dersom man ikke er motivert på forhånd, så blir man heller ikke plukket ut til å være med. Så det er mange som ekskluderer seg selv på veien ved å si at «Dette vil jeg ikke».

Disse faktorene, som bolig, arbeid/skole, støttende nettverk og motivasjon er det man må måle reaksjonene opp mot når man gir en reaksjon. Ligger de integrert i reaksjonene, eller er reaksjonene faktisk nedbrytende i forhold til disse faktorene?

» I dag har nesten tre fjerdedeler av de løslatte ikke bolig når de slippes ut. Mange har mistet den boligen de hadde mens de har sonet, bl.a. fordi de ikke har greid å betale husleie under fengselsoppholdet.

ALTERNATIVE REAKSJONER

Hva som skal være alternative reaksjoner er et spørsmål om hva man legger i alternativer. Man bruker alternative reaksjoner innenfor fengslene også, f.eks. rusmestringsenhetene som i grunnen er et helt OK tiltak. Men når man vet at 60-70 prosent av 3800 som sitter i fengslene har problemer med rusgifter, så burde halvparten av fengselsplassene ha vært forbeholdt rusmestringsplasser, men det er bare 148 slike plasser, og det er ikke mye å skryte av, det er svært få av de løslatte som har gjennomgått dette opplegget. Poenget med rusmestringsenhetene var ikke bare at deltakerne skulle få en begynnende behandling innenfor, med psykolog og sosialfaglig oppfølging, men de skulle også ha mulighet til å bli overført til behandling etter at de kom ut av fengselet. Dette er det svært få som får tilbud om.

§12-SONING

Et annet tilbud er den s.k. §12-soningen, hvor innsatte med rusgiftproblemer eller psykiske plager har mulighet til å bli overført til behandlingsinstitusjon for den siste delen av soningen. Men det er det også veldig få som får. Og det er ikke fler som får det i dag enn i 2006, ifølge en gjennomgang fra Kriminalomsorgsdirektoratet. Og hvorfor er det så få som blir overført til behandling? Det er fordi det er en lang prosess. Først skal det søkes og så skal det vurderes innenfor fengselet: Er de motivert? Og hvis ja, skal det finnes en plass til dem. Og denne prosessen tar oftest over et halvt år. Men som alle vet, så er det få som får så lang straff. Den gjennomsnittlige straffen i Norge ligger på 4 måneder, og de fleste får nokså korte reaksjoner. Så de aller fleste får ikke denne muligheten, spesielt ikke ungdom, der det stod i NOUen fra 2005 at alle ungdommer etter halv tid skulle søkes inn for overføring etter §12. Men de aller fleste ungdommer sitter ikke inne mer enn et par måneder, og de har ingen sjanse til å bli overført, de er ute lenger før søknaden blir sendt inn.

NARKOTIKAPROGRAM MED DOMSTOLSKONTROLL

Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) er også et alternativ til fengsel. Det er et tiltak hvor motiverte lovbrøyttere direkte gjennom domstolen blir dømt til å delta i behandlingstiltak utenfor fengsel, eller de får en deldom hvor de skal være en stund i fengsel, og så over til behandling via ND. Dette programmet viser at det faktisk går an å gjøre andre ting med langtkomne stoffbrukere. Kravet for å komme inn i ND er at du skal ha vært stoffavhengig over lang tid, og de som har deltatt i dette prosjektet i Oslo og Bergen hadde i gjennomsnitt 15 tidligere dommer. Og de hadde vært registrert som brukere av illegale stoffer i over 15 år alle sammen, noe som vil si at de hadde kommet opp i en viss alder, en alder der de så at nå fikk de endelig en sjanse til å komme ut av rustilværelsen og til å gjøre noe annet. Behandlingen i ND er ikke nødvendigvis en helsemessig institusjonsbehandling. De som trenger avgiftning, får det. Og de som trenger annen form for psykiatrisk oppfølging, får det. Men hoveddelen av behandlingen er at de får de to tidligere nevnte hovedfaktorene. Det kreves at de skal ha et sted å bo, og de får også arbeid og utdanning. De får noe som gir tilværelsen deres mening, og som gir dem en sjanse til å komme ut av det livet de hittil har levd. Og det er nettopp disse faktorene som man ser har virket. Men heller ikke i ND kan man regne med å lykkes med mer enn halvparten. Men dette er jo rekruttert fra en gruppe der tilbakefallet vanligvis er 80-90 prosent. Og fordi det har bedre effekt enn ting man har prøvd tidligere, så blir nå ND rullet ut over hele Norge.

ALTERNATIVER TIL FENGSEL

Alternativer til fengsel – der har vi allerede vært inne på forelegg. Foreldrene betaler, derfor har de liten eller svært dårlig effekt.

Påtaleunntattelse kan problematiseres, men det er mer hensiktsmessig.

Samfunnstjeneste sies det har en større effekt enn fengsel. Det samme gjelder også hjemmesoning med elektronisk overvåking, dvs. fotlenke. Her er det også slik at man må være enig i en slik soningsform selv, for å kunne sone på denne måten, og man kan søke om å få det. Og med motivasjon er det ikke så merkelig at man får noe bedre resultater enn der hvor man ikke er motivert.

Ungdomsoppfølging og ungdomsstraff er noen av de nye alternative reaksjonene. Da NOU 2008:15 om barn og straff kom, så var det dette som ble kjørt



» Samfunnstjeneste sies det har en større effekt enn fengsel. Det samme gjelder også hjemmesoning med elektronisk overvåking, dvs. fotlenke.

fram som det store alternativet til fengsel. Men likevel så var det ungdomsfengselsplassene som ble etablert først. Men nå er også de andre tiltakene kommet. Både ungdomsstraff og ungdomsoppfølging innebærer oppfølging i lokalmiljøet. Plan for oppfølging blir laget i ungdomsstormøte (med politi, kriminalomsorg, skole, familiekontor, barnevern og ungdommens private nettverk). Forskjellen mellom reaksjonene er at ungdomsstraffen er for mer alvorlige lovbrudd som alternativ til ubetinget fengsel. Øvre grense for gjennomføringstid er tre år. Ungdomsoppfølging gjelder mindre alvorlig kriminalitet. Det er ikke et alternativ til fengsel, og oppfølgingen er maksimum ett år.

Hoveddelen i ungdomsstraff og ungdomsoppfølging er at alle parter som har vært involvert i forhold til den enkelte ungdommen sammen skal lage en forpliktende plan som skal følges opp. Oppfølgingen er lagt inn under Konfliktrådet. Idegrunnlaget for reaksjonene har klare paralleller til en modell som er hentet fra New Zealand «Family Group Conferences» der dette er den vanligste reaksjonsform overfor ungdom. I Norge ble «Familierråd» innført i barnevernet fra 2003.

Man bør imidlertid også spørre: Er ungdomsstraffen et bedre alternativ til ubetinget fengsel? Eller blir det en utvidelse av strafferegimer, at det kommer til å angå flere personer, og at det i stedet blir et alternativ til betinget fengsel? Her kreves det faktisk en god forskning.

» De vesentlige reaksjonene er jo dem vi gir hjemme, i familien. Det neste nivået skolen, der har man også mange reaksjoner, problemet løses i skolesituasjonen. I vanskelige tilfeller overføres problemet ofte til barnevernet, som har et stort sett med reaksjoner, fra de rent støttende tiltakene til den paragraf 4-24 som brukes ved alvorlig, gjentatt kriminalitet, eller alvorlig og vedvarende problembruk av rusgifter.

RETTSSIKKERHET

Det andre man må spørre om når det kommer en slik ny spesialreaksjon, er det det samme som innenfor særreaksjonene, at man mister noe av rettssikkerheten, det som gjelder likhet og proporsjonalitet. Er det like reaksjoner for like handlinger? Selv om denne reaksjonen har en øvre strafferamme, så kan man likevel spørre er den tidsbestemt eller er det nokså tidsubestemt hvor lenge man skal være i denne reaksjonen. Det trengs gode oppfølgninger fra forskning på dette, og det har man foreløpig ikke.

ALTERNATIVER TIL STRAFFERETTLIG REAKSJON

Vi må ikke late som reaksjoner bare skjer innenfor strafferettsapparatet. Vi har massevis av reaksjoner hele veien. De vesentlige reaksjonene er jo dem vi gir hjemme, i familien. Det neste nivået skolen, der har man også mange reaksjoner, problemet løses i skolesituasjonen. I vanskelige tilfeller overføres problemet ofte til barnevernet, som har et stort sett med reaksjoner, fra de rent støttende tiltakene til den paragraf 4-24 som brukes ved alvorlig, gjentatt kriminalitet, eller alvorlig og vedvarende problembruk av rusgifter. Man kan faktisk tvangs plasseres i inntil to år i barnevernsinstitusjon. Og så i tillegg har man hele helsevesenet, som har massevis av tiltak de kan sette inn. Og der mente Falck man burde minne om LEON-prinsippet, dvs. laveste effektive omsorgsnivå. Det er ikke nødvendig å drive på med overkill. Greier man å gi tiltak på lavest effektive nivå, så gir det alltid best resultat.



Sturla Falck, som er kriminolog og tilknyttet Folkehelseinstituttet, foreleste om alternative reaksjoner på FMRs kurs for politikere i desember.

TILLIT

I spørsmålsrunden etter foredraget, ble også spørsmålet om tillit tatt opp. Tillit mellom dem som skal behandle/følge opp og den som skal følges opp er en vesentlig forutsetning for å lykkes. Det hjelper ikke med gode modeller, dersom man ikke også har gode personer, sa Falck. Det typiske med hjelpeorganisasjoner som f.eks. Wayback (en hjelpeorganisasjon av og for innsatte), er at de ikke legger vekt på hva personen har gjort, men på hva personen er nå og har muligheter til å bli.

Vi skal ha en samfunnsfunksjon der vi setter grenser, vi må kunne skille mellom riktig og galt, sa Falck, og også innenfor behandlingsapparatet er grensesetting et helt vesentlig begrep, men det er også mange grenser opp gjennom tidene som har endret seg.

Bruk av tvang overfor rusgiftavhengige

På slutten av 1970 – tallet dukket ideen opp om at tvang var den beste måten å hjelpe en rusgiftavhengig ut av uføret. Hasselakollektivet i Sverige, som baserte sin ideologi på tvang kunne vise til gode resultater. «Vi kan ikke stå å vente på at unge mennesker skal bli motivert for behandling, og i mellomtida skade seg selv og pårørende og i verste fall dø» og «Vi står ikke og ser på at et menneske som ikke kan svømme går under», var retorikk som preget debatten.



AV ØYVIND HANSEN,
SOLLIAKOLLEKTIVET

På den andre siden argumenterte man med at «først må vi hjelpe dem som selv ønsker hjelp.» Og «det er lange ventelister på frivillig behandling». «En person som holder på å drukne roper på hjelp.» En rekke behandlingskollektiv startet opp i begynnelsen av 1980-tallet. Flere av disse basert på tvang. Tilhengerne av tvang hevdet at: «Det er innholdet i tvangen som avgjør om det er hensiktsmessig.» Bærebjelken i kollektivene var fellesskapet som metode og et innhold fylt med aktiviteter. Rømninger var likevel ikke til å unngå når ungdom og unge voksne ble tvunget til 1, 2 eller 3 år i behandling.

Tvangsdebatten er fortsatt aktuell. I Aftenbladet 27 okt. 2017, uttaler rusgiftforsker Sverre Nesvåg at ««Rettingfundamentalister» har vunnet fram. Samtidig forekommer enkeltmennesker i ensomhet.» Han etterlyser bruk av tvang i tilfeller der syke mennesker med rusgiftavhengighet og psykiske lidelser lever under uverdige forhold.

» *Bærebjelken i kollektivene var fellesskapet som metode og et innhold fylt med aktiviteter.*

BRUKEREN MÅ ØNSKE HJELPEN

Skal en person hjelpes ut av problematisk rusgiftbruk, kreves det at brukeren selv ønsker hjelpen. Motivasjonsfaktoren er avgjørende for å lykkes. Første steg er derfor motiverende innsats. Dette er et felt som i dag er preget av medisiner og skadereduksjon som mål. I mindre grad enn tidligere er rusgiftfrihet under og etter behandling målet. Skadereduksjon er nødvendig for å redusere dødelighet og lidelse, men det er et tveegget sverd, og påvirker forventningene til, og motivasjonen for et rusgiftfritt liv. Å tvinge rusgiftbrukere som selv ikke ønsker hjelp til lange institusjonsopphold stiller helt andre krav til innholdet enn Sollia-modellen tilbyr.

SOLLIAKOLLEKTIVET BASERES PÅ FRIVILLIGHET

Solliakollektivet som startet opp i 1970 og fortsatt er i full drift, har hele tida basert sitt tilbud på frivillig deltagelse.

Sentralt i behandlinga står viktige elementer som aktiv deltagelse i den daglige virksomheten, det sosiale fellesskapet, gårdens arbeidsoppgaver og en inkluderende demokratisk organisering rundt dette. Levefellesskapet er basert på tillit, medbestemmelse og ansvar. Et slikt omfattende rusgiftfritt levefellesskap kan vanskelig gjennomføres under tvang. Det kreves et minimum av egen motivasjon og vilje til å delta. Alle som fullfører programmet på Sollia reiser til ordnede boforhold, arbeid eller skoleplass og tett oppfølging fra Solliakollektivets ansatte dersom de ønsker det. Slik ivaretas relasjonen som er etablert også etter utskrivning. Det vil ikke være hensiktsmessig å tvinge folk til å bli inkludert i dette.



En gjeng fra Solliakollektivet på tur med FMR i fjor.

» *Hvorfor er melodien at alle skal tilbakeføres til en alenetilværelse i sin lille bolig? Små bemannede rusgiftfrie kollektiver og ulike former for bo og arbeidsfellesskap over lengre tid eller permanent, kan utgjøre den store forskjellen for mange. Vi er alle avhengige av tilhørighet og fellesskap for å ha et godt liv.*

FRIVILLIG TVANG?

Kan frivillig tvang være en motivasjonskilde? Sollia har lang erfaring med soning av dom etter § 12 (Straffegjennomføringsloven. Red. anm). Dette er jo en form for tvang der personen selv aktivt søker om institusjonsopphold under soning av fengselsdom og forhåpentlig ønsker seg en aktiv rehabilitering. Motivasjonen kan allikevel i noen tilfelle være et ønske om lettere soningsforhold. Det viser seg imidlertid ikke å være lettere, men derimot mer krevende å være på kollektivet enn i fengselet. Ikke mange, men noen returnerer derfor til fengselet. Noen avslutter behandlingsoppholdet når dommen er ferdig sonet selv om de ikke har fullført behandling. Andre igjen motiveres, blir lenger enn utløpet av soningstida og fullfører døgntil behandling. Det er altså delte erfaringer med § 12 soning, men tilbudet opprettholdes da vi mener at alle som selv ønsker det skal få muligheten.

KOLLEKTIVTILBUD OGSÅ ETTER BEHANDLING

Det hjelper lite å rope på mer tvang når det er mangel på gode tilbud som fører til at folk ikke ender opp i ensomhet og nedverdiggende boforhold. Hvorfor er melodien at alle skal tilbakeføres til en alenetilværelse i sin lille bolig? Små bemannede rusgiftfrie kollektiver og ulike former for bo og arbeidsfellesskap over lengre tid eller permanent, kan utgjøre den store forskjellen for mange. Vi er alle avhengige av tilhørighet og fellesskap for å ha et godt liv. Alle er enige om at oppfølging etter behandlingsopphold er avgjørende for slutresultatet.

Tvang er det som kommer når hjelperen har sluppet opp for gode ideer. Hele rusgiftfeltet er i dag preget av medikalisering. Hvor har det blitt av sosialarbeideren?

Vitenskap og aktivisme

Forskningen på MDMA og psykedeliske stoffer

Hege Breen Bakken er tidligere journalist hos nettstedet Forskning.no og har de siste årene skrevet en rekke artikler om forskningen på MDMA og psykedeliske stoffer. Hun har blant annet sett på nettverkene og finansieringskildene som står bak mange av studiene som påviser medisinske effekter av disse stoffene. På Actis' konferanse om MDMA/Ecstasy i desember for et år siden holdt hun et innlegg om dette.



AV KNUT T. REINÅS

Hun har de siste årene sett nærmere på forskningen om psykedelika, eller den delen av det som hun kaller pro-psykedelika-forskningen, som særlig har skutt fart siden rundt år 2000, og som er tett knyttet til politikk og kommersielle interesser og aktivisme. Hva er så problemet med det? Utgangspunktet er at folk stoler på vitenskapen. Det er den beste metoden vi har for å framskaffe kunnskap som vi kan stole på og ta beslutninger ut fra. Det er ofte sånn at politikere snakker om at alt skal være kunnskapsbasert. Det betyr at vi må ha tillit til de metodene og resultatene som produseres av forskere. Men jo flere agendaer som styrer forskningen, som f.eks. penger, ideologi eller prestisje eller politiske agendaer, jo mere skeptiske blir vi til den,

særlig innenfor naturvitenskapelig forskning og helseforskning. Hva sier forskningsetikken? Dette omtales som en interessekonflikt, et område som det er blitt stadig mere fokus på de siste årene, fordi uavhengigheten til forskningen er kommet under stadig større press, ikke minst fra kommersielle interesser. Forskningen er i all hovedsak basert på tillit. Og derfor skal det ikke mange interessekonfliktene til før vi blir skeptiske eller at forskerne mister troverdighet. Dette gjelder uansett hvor god forskningen måtte være. Forskere skal være åpne om interessekonfliktene sine. De skal oppgi hvor de får støtte fra når de publiserer forskningsstoff, noe de fleste forskerne som Bakken har sett på også har gjort.

«Selv med full åpenhet rundt bindingene, så kan det aldri bøte på den usikkerheten det skaper når bindingene blir veldig sterke og forskningsformidlingen veldig agiterende.» Helene Ingjerd, Den nasjonale forsknings-etiske komite for naturvitenskap og teknologi. (NENT)



Hege Breen Bakken har de siste årene sett nærmere på forskningen om psykedelika, eller den delen av det som hun kaller pro-psykedelika-forskningen.



Vitenskapens psykedelika-pushere

Stadig mer penger blir gitt til forskning på LSD, ecstasy og fleinsopp. På toppen av pengesekken sitter en gammel grevinne og en politisk aktivist. Skjermdump fra artikkelen Vitenskapens psykedelikapushere på forskning.no.

PSYKEDELIKA-PUSHERE

Bakkens prosjekt hos forskning.no endte opp med artikkelen : «Vitenskapens psykedelikapushere» i april 2016. Det handler om et voksende nettverk av aktivister og forskere som samler inn penger til forskning, nettopp for å bevise at disse stoffene bør gjøres tilgjengelige for flere, og gjerne avkriminaliseres eller brukes f.eks i terapi. De har som mål å motbevise den etablerte forskningen på dette området, den forskningen som ofte konkluderer med at disse stoffene er helsefarlige.

Pro-psykedelikaforskerne mener at den etablerte forskningen er styrt av myndighetene og krigen mot narkotika. Bakken ville gjerne understreke at hun ikke har noen agenda for å avgjøre hvem som har rett eller feil her, men skulle hun ha hatt noen, så står hun etter eget utsagn på en liberal side i narkotikas spørsmål. Men utgangspunktet hennes er at hun gjerne ville se på forskningen og hvordan den blir brukt og kommunisert. Hun har ikke gått inn og vurdert hvorvidt forskningen er god eller dårlig, eller hvem som har rett, den etablerte forskningen eller de som utfordrer den.

Hun har kikket på de ulike aktørene og sett på hvordan de agerer. Bakgrunnen for at hun endte opp med å grave i psykedelikaforskningen var at hun jobbet med den serien med opplysninger og mediaoppslag som dreide seg om forskningen om LSD og MDMA på NTNU rundt 2011. Og da ble hun etter hvert nysgjerrig på det internasjonale psykedelikanettverket. Det var da hun oppdaget det

norske ekteparet som også har drevet forskning og som er aktive i debatten om psykedelika. Hun så da at det var en større internasjonal bevegelse, et internasjonalt politisk- og forskningsnettverk. Jeg ble fascinert av hvordan dette miljøet har klart å vinne store deler av opinionen, kanskje spesielt en del opinionsledere som journalister og politikere og vunnet mediebildet.

Det er liksom tidsånden å være åpen og positiv til disse stoffene. Ved å presentere mer positiv forskning om disse stoffene, og gjennom profesjonelt kommunikasjonsarbeid, har de klart å vinne viktige deler av opinionen.

HVA MED JOURNALISTENE?

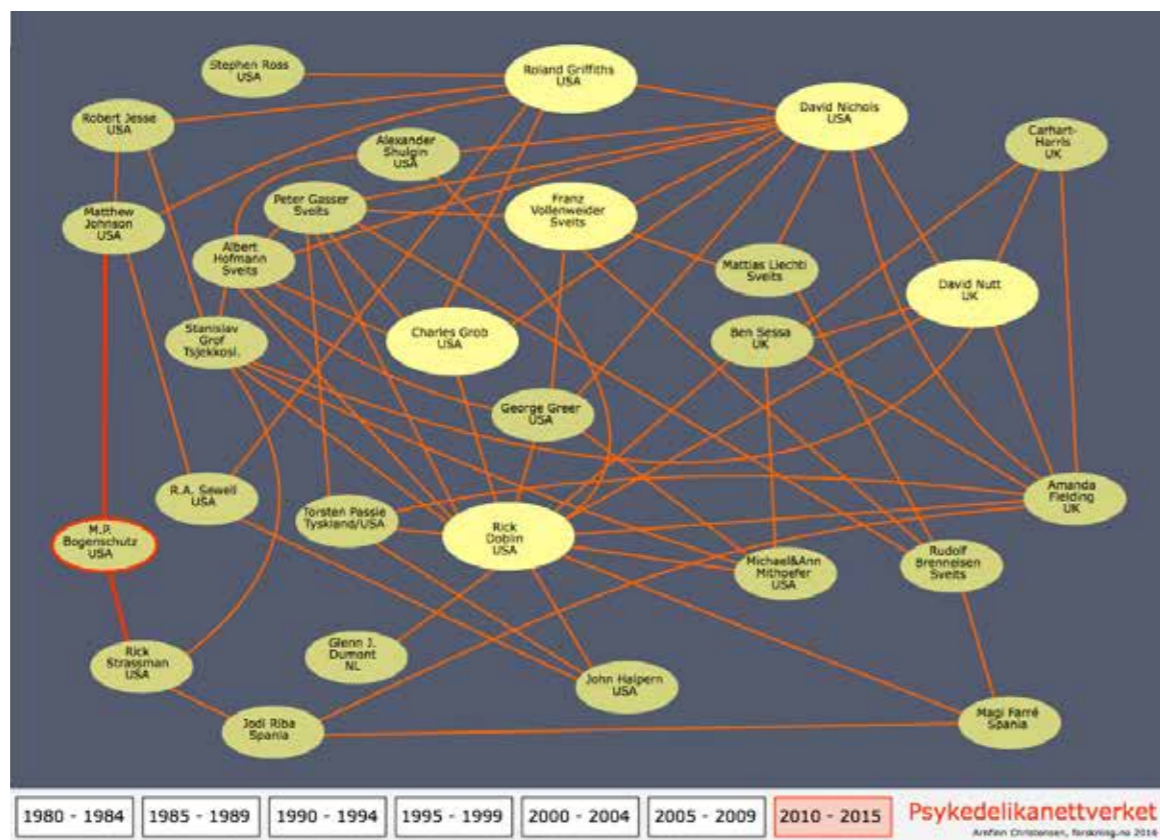
Men det er rart at det ikke er så mange journalister som har stilt spørsmålsteget ved den åpenbare koblingen til denne forskningen. Og så stuset jeg over hvordan en del profilerte bloggere og kommentatorer er veldig opptatt av å hegne om folkehelseforskning når det er snakk om f.eks vaksinedebatt, og da tar de gjerne den etablerte forskningens parti. Men i rusgiftdebatten er det gjerne helt motsatt. Man kan kanskje også sammenligne det med klimadebatten. Og da forteller det meg at det handler om mye mer enn forskning, som jo skal ha et nøytralt utgangspunkt og være åpen for mange sider og nye kunnskaper og fakta som måtte komme. Jeg har plassert meg helt i midten, noe som er vanskelig fordi man blir tatt til inntekt for veldig mange sider.

Jeg vil si litt om metoden min. Jeg har bakgrunn fra sosiologi, vitenskapssosiologien, og så hadde jeg lyst til å koble den inn på journalistikkens fokus på personer og gode historiefortellinger. Vitenskap handler ikke bare om resultater og data, men også om penger og makt og relasjoner og politikk og kommunikasjon og PR, hvem snakker med hvem, forhold som til syvende og sist kan påvirke folkeopinionen og beslutningstakere, kanskje til og med på tross av den etablerte kunnskapen. Så jeg har kartlagt nettverkene, funnet ut hvem personene bak forskningen er, hvilke agendaer de har, hvilke relasjoner de har og jeg har prøvd å se på hvor stort omfanget av denne forskningen er, hvor pengene kommer fra og hvordan forskningen formidles. Jeg har søkt i ulike databaser, som PubMed og Clinical Trials og twittermeldinger og facebooksider og bøker og mediaoppslag. Det som jeg brukte veldig mye tid på, var dette nettverket her.

PSYKEDELIKA-NETTVERKET

Metoden min er ikke vitenskapelig, men basert på journalistisk metode. Jeg satt og skrev opp navn etter hvert som de dukket opp mens jeg søkte i databasene, etter søk på «MDMA», «Ecstasy», «Psilocybin» og «LSD», og så tegnet jeg opp nettverk med de nøkkelpersonene som dukket opp. Koblingene mellom dem fant jeg ved å se på bl.a. medforfattere, men også pengestrømmene, hvem som gir penger til hvem, og også andre typer relasjoner, men det var først og fremst medforfatterskap jeg baserte det på. Nettverket er veldig mye større, men det ovenstående er det jeg har plukket ut som de viktigste personene. Hvis man går inn på nett, så går det an å klikke på de forskjellige tidsperiodene, og da ser man at dette nettverket vokser fra den ene femårsperioden til den neste. Så kan man klikke seg inn på de forskjellige personene og lese om hvem de er, bakgrunn og aktivitet. Fagfellevur-

PSYKEDELIKANETTVERKET: Denne illustrasjonen viser hvordan forskningen på psykedelika har utviklet seg de siste 35 årene. Illustrasjonen viser nøkkelpersonene i nettverket, forbindelsene mellom dem og hvordan nettverket har utvidet seg i ulike tidsepoker. Forbindelseslinjene er basert på forskningssamarbeid, først og fremst medforfatterskap på vitenskapelige artikler, men også styrearbeid, finansiering og PR-virksomhet. Ekstra store bobler markerer forskere som betraktes som ekstra betydningsfulle i nettverket.



TIL VENSTRE: Amanda Fielding, grevinne av Wemyss og March, har selv erfaringer med å eksperimentere med psykedelika på 70-tallet, Hun er forsker selv og medforfatter på flere av studiene. Hun opprettet på slutten av 1990-tallet The Beckley Foundation. I MIDTEN: Rick Doblin, som dannet organisasjonen Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies, MAPS i 1986, er kanskje en av de mest sentrale personene i nettverket. TIL HØYRE: David Nutt, professor i psykiatri ved Imperial College i London. Han sitter som styremedlem i Beckley Foundation, som deler ut penger til forskning på psykedelikas virkninger i hjernen.

deringer er også en viktig sak. Jeg kikket på hvem som vurderte de ulike forskningsartiklene som ble publisert. Jeg tok noen stikkprøver på noen av disse studiene. Det viste seg at det var personene i nettverket som gjennomførte fagfellevurderinger for hverandre. Jeg fant en del eksempler på dette i noen av de viktige studiene. Det er kanskje ikke så uvanlig, fordi dette er ganske nytt og det er ikke et svært stort forskningsmiljø. Men det er jo uheldig fordi det svekker troverdigheten og objektiviteten til forskerne.

Da skal jeg kanskje si noe om disse nøkkelpersonene. Jeg driver jo med journalistikk så det er naturlig å fortelle denne historien ved også å fortelle om menneskene og deres bakgrunn. Dette er spennende folk som de siste årene også har fått stort gjennomslag i media. Hvis du søker på psykedelika og de ulike stoffene så dukker gjerne disse folkene opp. Blant annet Amanda Fielding.

GREVINNEN

Britiske Amanda Fielding, grevinne av Wemyss og March, sponser en rekke forskningsprosjekter for å bevise det hun har ment i over 40 år, nemlig at risikoen ved å ta psykedeliske stoffer som ecstasy og LSD er overdrevet og at de kan brukes til å behandle depresjon, avhengighet og angst. (Foto: Richard Saker, the Observer) Hun har selv erfaringer med å eksperimentere med psykedelika på 70-tallet, og på slutten av 1990-tallet opprettet hun The Beckley Foundation som arbeider for å endre verdens narkotikalovgivning og samler inn penger og sponser forskning på psykedelika. Hun er forsker selv og medforfatter på flere av studiene. Mannen i midten heter Rick Doblin, kanskje en av de mest sentrale personene i nettverket. Han er veldig aktiv også på nettet og en veldig karismatisk og likandes kar,

virker det som. Han dannet organisasjonen Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies, MAPS i 1986 i protest mot «krigen mot narkotika». Han bruker gjerne sine egne erfaringer som bruker av LSD og MDMA både i foredrag og intervjuer og youtube-innslag. Han har jobbet systematisk og tålmodig gjennom veldig mange år for å få tillatelse til å gjøre kliniske studier med MDMA. Og han har til en viss grad lyktes, det er gjort noen studier. Mannen til høyre er David Nutt. Han er professor i psykiatri ved Imperial College i London, der han driver et eget laboratorium for å forske på psykedelikas virkninger i hjernen. Han er redaktør i The Journal of Psychofarmacology, hvor en del av disse studiene blir publisert. Og han sitter også som styremedlem i Beckley Foundation, som altså deler ut penger til denne forskningen.

Bakkens hypotese er at psykedelikaforskningen blir brukt som strategi i kampen for å avkriminalisere, deregulere eller liberalisere disse stoffene. Dette var det ikke vanskelig å få bekreftet. Det blir uttalt i intervjuer med bl.a. Amanda Fielding: «Ingen bryr seg om kunst. Jeg innså etter hvert at jeg kunne ha mye mer innflytelse gjennom vitenskapen», sa hun i et intervju med The Guardian i 2015. På 1970-tallet drev hun også og eksperimenterte med noe som heter trepanasjon. Dvs. at hun boret hull i pannen for å øke blodgjennomstrømmingen i hjernen. Dette laget hun en kunstvideo på. Men det nådde ikke helt fram, så hun viet seg til vitenskapen isteden.

» Han bruker gjerne sine egne erfaringer som bruker av LSD og MDMA både i foredrag og intervjuer og youtube-innslag.

DOBLIN

Rick Doblin la på tidlig 2000-tall strategier for hvordan han skulle nå målet om å få godkjenning fra de amerikanske legemiddelmyndighetene til å forske på MDMA og etter hvert få det godkjent som legemiddel. Det tror han han vil oppnå i 2021.

Han sa: «If you can't beat 'em, join them»: «Vi må lytte til rusgiftmyndighetenes bekymringer, lære språket deres og drive forskning».

Planen var at MAPS skulle være et slags psykedelikas legemiddelfirma. MAPS har nå også dannet en egen datterorganisasjon som står klare til å produsere MDMA når de får det godkjent etter planen i 2021. Og de skal etablere klinikker for å drive med terapi.

Sosiologen Michelle Corbin har skrevet en doktorgradsavhandling, hvor hun har kartlagt de to psykedelikabølgene, den første på 1960-tallet og den andre nå, og hun skriver: «Den nye bølgen psykedelikaforskere bruker i enda større grad enn

tidligere vitenskapen som «taktikk» for å få anerkjennelse og bli en del av det gode selskap.» Hun kaller den «vitenskapeliggjøringen» som nå skjer for en taktikk for å få anerkjennelse blant det etablerte forskerkollegiet og overbevise opinionen og beslutningstakere, fordi forskning gir jo tyngde til argumentene. Noe veldig interessant som hun viser er også at det har oppstått en intern konflikt i psykedelikamiljøet. På den ene siden er de som vil rendyrke vitenskapen, altså «hard science» for å utforske disse stoffene og vise at de har en plass i legevitenskapen. På den andre siden finnes de som heller vil ivareta de naturlige assosiasjonene rundt disse stoffene, og mener at den vitenskapelige metoden vil ødelegge den psykedeliske, spirituelle, åndelige opplevelsen ved bruken av psykedelika. MAPS klarer å kombinere disse to retningene ved å skildre mye effekter og opplevelser i nyhetsbrevene sine, med assosiasjoner til det spirituelle og åndelige. Bildene de bruker på frontcovere og i publikasjoner er psykedeliske, illustrasjoner som også er til salgs som bilder.



I 1970 boret Amanda Fielding hull i skallen på seg selv. Det hele endte opp som kunstfilmen Heartbeat in the Brain. I dag finnes den kun som små utdrag på YouTube. (Foto: klipp fra YouTube)

POSTTRAUMATISK STRESSLIDELSE

All informasjon om det de har holdt på med ligger åpent, og det er veldig spennende å se hvordan de har bygget opp organisasjonen og drevet en systematisk jobbing med dette temaet. I nyhetsbrevet fra MAPS i 2002 beskriver Rick Doblin hvordan han og MAPS valgte ut Posttraumatisk Stresslidelse PTSD som den lidelsen som ville gi suksess i utprøvingen av MDMA. Han hadde tidligere prøvd på både depresjon og angst og smerter hos kreftpasienter, men da fikk han nei fra legemiddelmyndighetene i USA. Men så dukket PTSD opp ved at han traff et ektepar som heter Mithoefer. Det er de som i dag driver MDMA-studiene til MAPS. De traff hverandre på en psykedelisk festival og fant ut at PTSD kunne være det som gjorde at de skulle nå fram. Oppskriften de brukte for å få til dette, var fra legemiddelfirmaet Pfizers godkjenning av legemiddelet Zoloft. På jakt etter en perfekt pasientgruppå er det ifølge Doblin viktig at MDMA kan tilby «dramatiske forbedringer». For det andre måtte det være en gruppe som folk flest hadde stor medfølelse med, nettopp «for å bidra til å overvinne motstanden mot ideen om terapeutisk bruk av psykedelika», som Doblin skriver.

HVOR KOMMER PENGENE FRA?

Jo mer penger som går til forskning, jo mer forskning blir det. Bakken har sett på hvor pengene kommer fra. MAPS har siden oppstarten samlet inn over 220 millioner kroner. Dette holder liv i en rekke forskningsprosjekter, hovedsakelig på MDMA. Foreløpig er det publisert to MAPS-sponsede kliniske studier med MDMA, med totalt 20 pasienter, men flere er på vei. Fra 2000 til 2015 er det publisert 5500 studier på stoffene LSD, MDMA og psilocybin. MDMA-studier utgjør 43 prosent av disse.

» Selv om de fleste studiene er ganske små, så får de mye medieoppslag som det ganske sjelden stilles spørsmålstegn ved, som f.eks. hvor små disse studiene er eller hvilken politisk forankring de er produsert i tilknytning til.



Illustrasjon med psykedeliske assosiasjoner. Fra forsiden av ett av MAPS' nyhetsbrev

Til sammenligning ble det publisert bare 1560 fra 1984 til 1999. Den årlige produksjonen av studier har økt fra rundt 100 i året på 1990-tallet til over 400 hvert år de fire siste årene.

Den store økningen skyldes nok at det er kommet i gang mange studier fra disse propsykedelika-organisasjonene som gir penger. Det er hovedsakelig disse fire:

- Beckley foundation, Amanda Fielding
- MAPS, Rick Doblin
- Heffner Research Institute, bl.a. George Greer
- Council on Spiritual Practices, Robert Jesse

Det er vanskelig å finne konkrete beløp på hvor mye penger disse organisasjonene bidrar med, men det er nok til å holde liv i ganske mye forskning. Selv om de fleste studiene er ganske små, så får de mye medieoppslag som det ganske sjelden stilles spørsmålstegn ved, som f.eks. hvor små disse studiene er eller hvilken politisk forankring de er produsert i tilknytning til.

Bakken tok også opp dette med medieoppmerksomheten, fordi det er en del av strategien og en del av nettverket rundt disse stoffene. Jo flere studier man får publisert, jo mer oppmerksomhet blir det, uansett hvordan disse studiene er. Og forskerne selv snakker jo både om paradigmeskifte og «mind-blowing» resultater og det vitenskapelige momentum, og det er sjelden man hører forskere snakke i så store ord. Forskere er jo kjent for å ha mange forbehold, men Robert Carhart-Harris, som er en person i nettverket og en medieyndling som jobber på laboratoriet til David Nutt, sier: «Det føles som om vi har satt pengene på den riktige hesten».

Bakken har gått igjennom medieoppslagene om psykedelika de siste årene, og de viser en stor økning. Bare MAPS har hatt over 500 mediasiteringer i 2015, som er en økning på 50 prosent fra året før, og mange positive TV og avisoppslag. I 2011 hadde de bare 4 oppslag, står det i årsrapporten deres. De oppslagene Bakken har sett på er gjennomgående positive. Det er titler som «LSD-studie bryter 40 år gammelt tabu», «MDMA-psykoterapi kan bli lov om bare 5 år», og «Psykedelika kan bidra til et paradigmeskifte i psykisk helsevern». Det er ingen tvil om at den nye bølgen med psykedelikaforskning får gjennomslag i media.

HVA MED ETABLERT FORSKNING?

På slutten av sitt foredrag, stilte Bakken følgende spørsmål:

Hvorfor er det så stille fra den etablerte forskningen? Når man søker på Google om psykedelika, så er det denne nye, optimistiske bølgen som kommer. Det er interessant, når man vet at det er mange andre som mener noe helt annet, og som sitter på annen type forskning.

Er det fordi den etablerte forskningen ikke tar psykedelikaforskerne på alvor? Eller har de gitt den opp?

Det kan være lett å avfeie forskning som fringe science – den litt rare, som ikke anerkjennes og passer inn. Men kan man gjøre det?

Men hva hvis den er i ferd med å vinne opinionen? Uansett hvor små og smale studiene er? Så Bakken kunne tenke seg at flere kom på banen, diskuterte og viste fram forskningen sin. Det kan sikkert være ganske tøft, for det er harde fronter, noe Bakken selv har kjent på.

Men det er lettere å ta stilling for et vanlig menneske hvis begge sider er med i ordskiftet. Det kunne vært fint med mer ydmykhet og åpenhet fra begge sider i denne debatten.

REAKSJONER OG UTTALELSER:

Fra etikkeksperter: – Det skaper mistenksomhet og tvil om forskningen, uansett hvor god den er.

Helene Ingierd, sekretariatsleder for Den nasjonale forskningsetiske komité for naturvitenskap og teknologi (NENT).

Om forskningen: – Det de holder på med er politisert, og det er ingen tvil om at en del av aktørene er inne i dette for å bevise at psykedelika har positive effekter. Det er med andre ord ikke vitenskap, der man også er fornøyd med et negativt resultat.

Jørgen Bramness, professor og tidligere forskningsdirektør ved Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF).

Intern skeptiker: – De (MAPS) irriterer meg fordi de later til å vite alle resultater for en eneste studie er gjennomført. Det er en politisk organisasjon som håper å avkriminalisere stoffet.

Neuroforsker Franz X. Vollenweider, som forsker på MDMA og psilocybin og er tilknyttet Heffner Research Institute.

Tilsvaret: – Psykedelika tilbyr gode behandlingsmetoder og forbudet mot stoffene og forskningen på dem er den verste form for sensur i hele forskningshistorien.

Professor David Nutt ved Imperial College.

Fra etablissementet: – Folk som David Nutt er veldig innflytelsesrike. Det er ingen penger å tjene på å si at narkotika ikke er særlig bra for deg. Nyheter om at narkotika er skadelig, er veldig kjedelig.

Professor Andy Parrott, Swansea University.

Om fremtiden: – Krigen mot narkotika har vært en kald krig, som nå ser ut til å ha kommet over i et annet spor. Vi ser at land liberaliserer praksis.

Steinar Madsen, fagdirektør i Statens legemiddelverk.

Skarp kritikk av canadisk narkolegalisering

I en uttalelse av 17. oktober om Canadas nylige iverksettelse av legalisering av cannabis (hasj og marihuana) til ikke-medisinsk bruk, kommer FNs internasjonale kontrollorgan for narkotika – INCB med skarp kritikk. Canada bidrar til å svekke den internasjonale narkotikalovgivningen, heter det.

Erklæring fra International Narcotics Control Board (INCB) om ikrafttredelse av vedtak C-45 om legalisering av cannabis til ikke-medisinsk bruk i Canada.

– På bakgrunn av ikrafttredelse av vedtak C-45 som legaliserer cannabis til ikke-medisinsk bruk i Canada, gjentar INCB sin beklagelse overfor Canadas innføring av dette vedtaket.

Canadas legalisering av cannabis til ikke-medisinske formål er i strid med de juridiske forpliktelsene som ligger til grunn for stater som er parter i den internasjonale rammen for narkotikakontroll, og er et brudd på grunnleggende bestemmelser i 1961-konvensjonen om narkotika, som ble endret ved protokollen fra 1972. I henhold til konvensjonen har alle konvensjonsparter forpliktet seg til å begrense produksjon, industri, eksport, import, distribusjon av, handel med, bruk og besittelse av narkotika utelukkende kun til medisinske og vitenskapelige formål.

INCB hevder at ved å gå videre med legalisering av cannabis til ikke-medisinske formål på tross av sine juridiske og diplomatiske forpliktelser, har Canadas regjering bidratt til å svekke den internasjonale lovgivningen om narkotikakontroll og undergrave den regelbaserte internasjonale ordningen.

På vegne av styret, sa president Viroj Sumyai følgende: «Mens styret er bekymret for effekten av Canadas legalisering av cannabis på den internasjonale konsensus som man er blitt enige om i FNs tre narkotikakontrollkonvensjoner, og de tilknyttede forpliktelsene fra det internasjonale samfunnet på generalforsamlingen i 2016, er det også svært bekymret for folkehelsemessige konsekvenser på kanadiernes helse og velferd, særlig ungdom, på grunn av disse politiske valgene.

Styret vil fortsatte å engasjere seg overfor Canadas regjering i dette alvorlige spørsmålet.



Internasjonal narkotikapolitikk

Det internasjonale narkotikasamarbeidet bygger på de tre narkotikakonvensjonene fra 1961, 1971 og 1988. Den gjennomgående hensikten med konvensjonene er å fremme helse og velferd for menneskeheten ved å gjøre narkotika til medisinske og forskningsmessige formål tilgjengelig, delvis ved å regulere ikke-medisinsk bruk av narkotika. I konvensjonene slår man fast at narkotika skal være forbudt til ikke-medisinsk bruk, også cannabis, som er tatt opp i 1961-konvensjonen.



AV LINDA NILSSON,
GENERALSEKRETÆR I WORLD
FEDERATION AGAINST DRUGS

Linda Nilsson er generalsekretær i World Forum Against Drugs, WFAD, en organisasjon som arbeider for et narkotikafritt samfunn gjennom sine 170 medlemsorganisasjoner over hele verden.

PLAN OF ACTION

For å gjennomføre denne internasjonale forpliktelsen for medlemsstatene, er man blitt enige om en politisk deklarasjon og en Plan of Action som gjelder for perioden 2009-2019. Den utløper altså neste år, og skal oppdateres ved et høynivåmøte på minsternivå. Høynivåmøtet vil finne sted i forbindelse med at Commission on Narcotic Drugs møtes i mars 2019.

I de diskusjonene som kommer finnes det ytterligere ett dokument å forholde seg til, sluttdokumentet fra United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem, UNGASS. Dokumentet ble vedtatt enstemmig av medlemslandene i 2016. Det var en lang, global prosess, der forhandlingene pågikk i flere år før man fikk fram dette dokumentet. Det var Mexico som tok initiativet, som sammen med flere andre latinamerikanske land mente at vi behøver å forsterke og utvikle vårt arbeid på grunn av problemene knyttet til narkotikarelatert vold og kriminalitet.

” Høynivåmøtet vil finne sted i forbindelse med at Commission on Narcotic Drugs møtes i mars 2019.

IKKE ENIGE OM UTGANGSPUNKTET

Her finner vi en av vanskene som dagens internasjonale samarbeid står overfor. Hvilket av de to dokumentene skal være utgangspunktet for diskusjonene som skal gjennomføres i mars 2019, dokumentet fra 2009 eller dokumentet fra 2016?

Det er forskjeller mellom de to dokumentene som er ganske viktige. I 2009-dokumentet beskrives den politikken som vi tradisjonelt har gjennomført siden det internasjonale narkotikasamarbeidet begynte, med tilgjengelighet og etterspørsel og internasjonalt samarbeid som hovedoverskrifter. UNGASS-dokumentet fra 2016 er istedet oppdelt i sju kapitler, etterspørsel, tilgang til narkotika som medisin, tilgjengelighet utenom medisinsk bruk, menneskerettigheter, nye utfordringer, internasjonalt samarbeid og alternativ utvikling. I praksis betyr det at man utvider problemet og lar aspekter av problemet som menneskerettigheter, utviklingsproblemer og tilgang til livsnødvendige medisiner få større plass i debatten.

Dette er bra og blir hilst velkommen av det globale sivilsamfunnet som er enige om at vi tok flere steg framover i UNGASS-prosessen. UNGASS-dokumentet får likevel ikke den samme samlede støtten fra alle medlemsland. Delvis kan dette skyldes at det vil få konsekvenser for oppfølgingen av narkotikapolitikken. Dersom UNGASS-dokumentet skal følges etter diskusjonene i 2019, så vil den naturlige utviklingen være at man også pålegger medlemslandene rapporteringsforpliktelser på f.eks. menneskerettigheter. Det er noe som ikke blir hilst velkommen i alle land, mens de vil beholde den praksisen der man rapporterer om hvor mye narkotika man har beslagtatt siden forrige møte. Resultatet av dette er at man nå ser en konflikt om hvilket dokument som skal være utgangspunktet for diskusjonene. Landene er altså ikke enige om utgangspunktet for diskusjonen.



” Det er ikke sannsynlig at den ikke-måten man hittil har behandlet dette på vil fortsette å være en mulig måte å forholde seg til spørsmålet på, når et stort vestlig land som Canada har valgt å legalisere.

ULIKE SYNSPUNKTER

I tillegg finnes det et antall narkotikapolitiske områder der det er store forskjeller mellom verdens land. Ett område der landene har vanskelig for å komme videre er temaer rundt skademinusking. FN har ikke i offisielle dokumenter nevnt ordet ”harm reduction”, fordi det er et antall land som motsetter seg skadereduksjonstilnærmingen og kanskje først og fremst begrepet ”skadereduksjon”.

I forhandlingene om UNGASS-dokumentet var dette ett av områdene hvor det var vanskelig å bli enige. Resultatet ble en veldig innviklet (og lang) paragraf der man beskriver noen av de innsatserne som bruker å havne under skadereduksjonsparaplyen som innsatser man kan anvende. Mer konkret handlet det om substitusjonsbehandling og sprøyteutdeling. Det er trolig at denne diskusjonen også i 2019 kommer til å bli en vanskelig nøtt å knekke. Flere land presser hardt på for å få inn begrepet ”harm reduction”, samtidig som vi ikke ser noen forandringer i holdninger hos de landene som motsetter seg dette.

DØDSSTRAFF

Et annet spørsmål der landene står langt fra hverandre er spørsmålet om dødsstraff for narkotikarelaterte lovbrudd. I prosessen som førte fram til UNGASS kjempet først og fremst EU-landene for å få inn setninger der man fordømmer dødsstraff. Det lyktes ikke. EU forlangte ordet rett etter at UNGASS-dokumentet var klubbet igjennom, for å beklage at man ikke hadde lyktes. Det førte til at noen land tok ordet for å forsvare bruken av dødsstraff. Det er ikke noe som tyder på at den innstillingen er blitt forandret i de landene som bruker dødsstraff, og dermed vil det bli vanskelig å komme lengre i den diskusjonen ved toppmøtet i 2019. Dødsstraffens være eller ikke være er imidlertid et spørsmål der det ellers ganske mangefasetterte sivilsamfunnet er enige og arbeider for en avskaffelse.

LEGALISERING

Enda et spørsmål der det globale samfunnet er mildt sagt splittet er spørsmålet om legalisering av cannabis. Det er ikke forenlig med de internasjonale konvensjonene og har utviklet seg til å bli en elefant i rommet. Debatten er ikke ført inne i forhandlingssalene, men heller vært et spørsmål som har vært diskutert i korridorer og avstengte rom. Her står vi nå overfor et tydelig bruddpunkt. Det er ikke sannsynlig at den ikke-måten man hittil har behandlet dette på vil fortsette å være en mulig måte å forholde seg til spørsmålet på, når et stort vestlig land som Canada har valgt å legalisere.

STORE UTFORDRINGER

Bruddet mot de internasjonale konvensjonene som Canada står for med sin legalisering av cannabis inntreffer i en tid der det internasjonale samarbeidet generelt står overfor store utfordringer. Miljøet for internasjonalt samarbeid er ikke optimalt i dag. I flere spørsmål har land vanskelig for å bli enige og de nasjonalistiske vindene blåser stadig hardere, noe som ikke kommer til å gjøre dette spørsmålet lettere å løse. Med tanke på hvor langt fra hverandre landene står i enkelte spørsmål om narkotikapolitikk er det vanskelig å se for seg at man skal lykkes i å reforhandle de internasjonale konvensjonene – noe visse grupperinger vil.

Jeg har helt enkelt vanskelig for å se at man skal kunne framforhandle et dokument som fortsatt behandler de globale spørsmål vi står overfor (som for eksempel illegal handel med narkotika over grensene, samt tilgang til medisiner), og samtidig gjøre legalisering og ikke-medisinsk bruk av narkotika mulig. Spørsmålet er da om man fortsatt velger å stikke hodet i sanden og helt enkelt ikke behandle spørsmålet om legalisering for å beholde de ramene vi har i dag. Den andre utveien er farlig og kan innebære at vi står uten internasjonale konvensjoner om narkotika. Samtidig innebærer også en uthuling av konvensjonene gjennom regelbrudd en trussel mot helheten.

SPLITTET SYN BLANT ORGANISASJONENE

I spørsmålet om legalisering er sivilsamfunnet minst like splittet som medlemslandene. Legaliserings-spørsmålet har for en stor del vært drevet fra ulike grupperinger innen sivilsamfunnet, og det er ikke noe som tyder på at den kraften er i ferd med å bli svekket. Med legaliseringen av cannabis i store deler av Nordamerika følger også ytterligere en finansieringskilde for legaliseringsbevegelsen, gjennom de legale bedriftene som vokser fram i legaliseringens fotspor. Også før legaliseringen har legaliseringsbevegelsen vært velfinansiert gjennom at rike mennesker har stått bak det spørsmålet. Mest kjent er kanskje George Soros som gjennom sin Open Society Foundation har støttet mange av de organisasjoner som arbeider for en annen narkotikapolitikk enn den vi har i dag. Nå kommer ytterligere finansielle ressurser til å bli tilført.

LEGALISERING – EN DÅRLIG IDE

World Forum Against Drugs' medlemmer står sammen om at legalisering er en dårlig ide som vil føre til at narkotika blir mer tilgjengelig, med økt bruk og økte skader som konsekvens. Vi står imidlertid overfor utfordringer når det gjelder å gjøre vår stemme hørt, og å få fram argumentene våre og peke på den typen politikk og iverksettelse som vi vil fram til. Mange av de folkebevegelsesbaserte organisasjonene har god forankring på lokalt plan, de har enorme kunnskaper og erfaringer. Men få har ressurser og kunnskap til å kunne kaste seg inn i den ganske inflokte internasjonale debatten. Vi vet at vi har bred støtte og mange organisasjoner på vår side, men vi har ikke de samme ressursene for å kunne gjøre vår stemme hørt internasjonalt. Det er trolig at denne forskjellen kommer til å bli enda mer merkbar når kapitalen fra de legale bedriftene investerer for å utvide det legale markedet.

Ett av grunnproblemene vi ser i vår analyse av det globale narkotikaproblemet er at vi vet mye om hva som fungerer, men mange av disse innsatsene stopper opp som papirprodukter. Planene for å få realisert de vakre ordene på papiret er ikke blitt realisert i virkeligheten. Vi har ikke mobilisert våre lokalsamfunn, men latt for mye forbli hos FN eller i regjeringskontorene.

» Også før legaliseringen har legaliseringsbevegelsen vært vel-finansiert gjennom at rike mennesker har stått bak det spørsmålet.



FRAMGANGSRIK NARKOTIKAFORBUDNING

Framgangsrik narkotikaforbudning består i å skape godt skoleklima, mobilisere foreldre og ha meningsfulle fritidstilbud for våre ungdommer etter skolen. Den består også i å forsikre seg om at skoler og arbeidsplasser er narkotikafrie. Dette bidrar til at narkotikabruken i samfunnet ikke blir normalisert. Med en normalisering kommer det en økende bruk, og til slutt nås et vippepunkt der legalisering blir utveien, en utvikling vi har sett i de land og stater som har legalisert i dag.

Det er viktig å ha i bakhodet når media-bildet i dag er dominert av virkeligheten fra USA, mens den reelle situasjonen er at et overveldende flertall, 95 prosent av verdens befolkning ikke bruker narkotika.

Verdens narkotikapolitikk er ikke et valg mellom krig, dødsstraff og legalisering, som det forenklet blir framstilt av legaliseringens talspersoner. Den beskrivelsen muliggjør en forenklet og fordommende diskusjon der man tror at store sosiale problemer kan løses med enkle løsninger isteden for ekte sosialt arbeid og mobilisering av lokalsamfunnet. Det finnes ingen silver bullet eller quick fix.

» Framgangsrik narkotikaforbudning består i å skape godt skoleklima, mobilisere foreldre og ha meningsfulle fritidstilbud for våre ungdommer etter skolen.

TA I BRUK UNGASS-DOKUMENTET

Vi behøver ikke flere globale politiske dokument og bråk om begreper. UNGASS-dokumentet er et bra dokument men mange strategier og henvisninger til den kunnskapen som finnes. Vi behøver å implementere den kunnskapen som finnes og mobilisere våre lokalsamfunn. Vi behøver en global handlingsplan som fokuserer på hvordan vi kan få ned forekomsten av narkotikabruken og de ressursene som trengs for å gjøre det.

Tenk om vi hadde innbudt lokalsamfunn til en verdensomspennende, evidensbasert kraftsamling for forebygging – en million lokalsamfunn de nærmeste fem årene!



Tiltak mot overdoser

I forbindelse med årets internasjonale dag mot overdoser sendte FMR en henvendelse til helseminister Bent Høie og Stortingets helse- og omsorgskomite, hvor det ble lagt vekt på at langtidsvirkende naltrekson, en opioidantagonist kan tas i bruk og kanskje redusere overdosedødeligheten med så mye som 20 prosent.

Til helseminister Bent Høie
Stortingets helse- og omsorgskomite

TILTAK MOT OVERDOSER

31. august er den internasjonale dagen for markering av og oppmerksomhet rundt overdoser og andre narkotikarelaterte dødsfall.

Forbundet Mot Rusgift er i likhet med alle andre innen rusgiftfeltet bekymret for det fortsatte høye antallet mennesker som hvert år dør av narkotikarelaterte årsaker. Vi vil få bemerke at det ikke ser ut til at regjeringens overdosestrategi foreløpig har ført til merkbare resultater. Tvert imot har antallet narkotikarelaterte dødsfall økt litt, og var i 2016 oppe i 282 døde.

Mange dør relativt raskt av overdose etter utskrivning fra medikamentfri behandling, eller etter løslatelse fra fengsel. De to første ukene har det vist seg at folk er svært sårbare. Disse to gruppene alene antas å utgjøre mer enn 20 prosent av overdoseofrene.

” *Studiene har vist at med naltrekson i kroppen, i form av en depotinjeksjon eller et implantat, vil en person være beskyttet mot overdoser i lang tid.*

I tillegg vet vi at mange som skrives ut av Lege-middelassistert Rehabilitering – LAR, eller som selv skriver seg ut av LAR, kan være svært utsatt for overdosefare.

Vi kan vise til flere studier som har vært gjennomført i både Norge, Russland og USA med langtidsvirkende naltrekson, som er en opioidantagonist.

Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF) ved Universitetet i Oslo har nylig gjennomført en klinisk studie om bruk av langtidsvirkende naltrekson i behandling av opioidavhengige. Studien viste at langtidsvirkende naltrekson kunne være et effektivt og trygt behandlingsalternativ til opioidavhengige. Resultatene fra studien er publisert i internasjonalt anerkjente tidsskrift og har fått stor oppmerksomhet i internasjonale forskningsmiljøer.

Studiene har vist at med naltrekson i kroppen, i form av en depotinjeksjon eller et implantat, vil en person være beskyttet mot overdoser i lang tid. I tillegg har naltrekson ingen sløvende eller dempende virkning. Den bare hindrer at opioider kan virke på opioidreseptorene i hjernen. Naltrekson demper også suget – som ellers er en viktig årsak til både tilbakefall og fortsatt opioidbruk.

Forbundet Mot Rusgift mener følgende kunne være målgrupper for et naltreksonprogram:

1. Personer som skrives ut fra medikamentfri institusjonsbehandling
2. Personer med opioidavhengighet som løslates fra fengsel
3. Personer som etter mange år i LAR ønsker å gå ut av dette programmet.
4. Personer som ikke ønsker å gå inn i ordinær LAR p.g.a. den dempende effekten som LAR-medikamentene har.
5. Personer som er skrevet ut av LAR, men som trenger beskyttelse mot overdoser.

På denne bakgrunnen vil FMR henstille til norske myndigheter om å innlede forhandlinger med produsenter om å få nasjonal tilgang til langtidsvirkende naltrekson, slik at det kan inngå i ordinær behandling, som et supplement til LAR.

Rusreformutvalget

I mars i år nedsatte regjeringen et utvalg, «Rusreformutvalget» som skal utrede framtidig norsk narkotikapolitikk, basert på Stortingets ønske om at «samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av narkotika til eget bruk skal flyttes fra justis-sektoren til helsesektoren».

– Rusavhengige skal møtes med helsehjelp og respekt – ikke med straff og fordømmelse. Nå starter vi arbeidet med å endre norsk ruspolitikk og holdningene til mennesker som strever med rusavhengighet, sier helseminister Bent Høie i departementets pressemelding om saken.

I mandatet heter det at:

«Utvalget står fritt til å se til andre lands erfaringer, men skal særskilt vurdere erfaringer fra Portugal og om deres modell, eller deler av denne modellen, er egnet i en norsk sammenheng».

– Bruk og besittelse av narkotika skal fortsatt være ulovlig. Det er viktig at vi gir tydelig beskjed om at dette er ulovlig, spesielt overfor unge mennesker som vurderer å teste illegale rusmidler, sier Høie.

Utvalget blir ledet av førstestatsadvokat Runar Torgersen. Han har tidligere ledet straffeprosesslovutvalget 2014-2016. Utvalget har også medlemmer med brukererfaring, juridisk kompetanse, erfaring fra kommunalt rusarbeid og spesialisthelsetjenesten, og representanter fra politi og forskning.

Utvalget er nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet, og skal avgi sin utredning til Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet innen 31. desember 2019.

UTVALGSLEDER:

- **Runar Torgersen.**
Førstestatsadvokat, ledet straffeprosesslovutvalget 2014-2016. Oslo.

MEDLEMMER:

- **Henriette Sinding Aasen.**
Dr. juris, professor ved det juridiske fakultet Universitetet i Bergen. Bergen.
- **Moses Deyegbe Kuvoame.**
Førsteamanuensis Høgskolen i Sørøst-Norge, fakultet for helse- og sosialvitenskap Institutt for helse-sosial- og velferdsfag. Porsgrunn.
- **Mona Michalsen.**
Ruskonsulent i Søgne kommune. Søgne.
- **Anne Helene Fraas Tveit.**
Seksjonsleder ruspoliklinikken, Lovisenberg Diakonale sykehus. Oslo.
- **Trine Funder Amundal.**
Lege, spesialist i rusmedisin ved St. Olavs Hospital HF. Trondheim.
- **Sverre Martin Nesvåg.**
Forskningsleder ved Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR) Stavanger Universitetssjukehus HF. Sandnes.
- **Kenneth Arctander Johansen.**
Informasjonsansvarlig, i Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO). Brukererfaring. Oslo
- **Wibecke Årst.**
Styreleder i MARBORG. Brukererfaring. Tromsø.
- **Rune Solberg Swahn.**
Politidirektoratet. Leder arbeidet med forebyggingsløftet i Politidirektoratet. Ås.

NARKOTIKASITUASJONEN I PORTUGAL – OG DEN NORSKE NARKOTIKAPOLITIKKEN



Les intervuet med Helge Waal i "Mot Rusgift" om narkotikapolitikken i Portugal her:

fmr.no/narkotikasituasjonen-i-portugal-og-den-norske-narkotikapolitikken.6137201-470168.html



Rusreformutvalget har begynt sitt arbeid

I sitt arbeid vil det regjeringsoppnevnte Rusreformutvalget innhente innspill fra alle aktører på rusgiftfeltet. Bl.a. har de innledet en rekke med høringer rundt om i landet. I utgangspunktet får hver aktør 10 minutter til å framføre sine synspunkter. Det er ikke mye i en så komplisert sak.



AV KNUT T. REINÅS

FMR avga sin første uttalelse den 13. november. Her heter det:

«Et sosialt eksperiment vi må unngå»

Vi i Forbundet Mot Rusgift er glade for muligheten til å møte rusreformutvalget samlet og å få legge fram noen foreløpige synspunkter på utvalgets oppdrag og videre arbeid.

Vi konstaterer en enighet om at innehav og bruk av narkotika fortsatt skal være forbudt, noe som også kommer til uttrykk f.eks. i helseminister Bent Høies innlegg i Vårt Land den 28. august i år, hvor han skriver; «Legalisering av cannabis er et sosialt eksperiment vi må unngå.»



Vi er helt enige i dette. Etter vårt syn er det viktig at dette forbudet mot innehav og bruk videreføres og håndheves, ikke minst av hensyn til barn og unge, som nå påvirkes både av impulser fra stater og delstater i Vesten som har legalisert cannabis, og samtidig blir påvirket av den offentlige narkotikadebatten vi har her hjemme.

Mange tror nå at innehav og bruk av cannabis nå er i ferd med å bli lovlig. At bruken av cannabis er gått opp blant ungdom de tre siste årene viser at en gunstig bruksutvikling fra tidlig på 2000-tallet nå kan ha snudd.

FNS BARNEKONVENSJON

La oss minne om FNs barnekonvensjon, som i artikkel 33 slår fast at:

«Partene skal treffe alle egnede tiltak, herunder lovgivningsmessige, administrative, sosiale og undervisningsmessige tiltak, for å beskytte barnet mot ulovlig bruk av narkotiske eller psykotrope stoffer, slik disse er definert i de relevante internasjonale traktater, og for å hindre at barn blir brukt i ulovlig produksjon og handel med slike stoffer.»

Barnekonvensjonen er det eneste stedet i den internasjonale menneskerettslovgivningen hvor narkotika er omtalt. Barnekonvensjonen ble også gjort til norsk lov i 1999.

Helseminister Bent Høie.
Foto: Bjørn Stuedal

FNS NARKOTIKAKONVENSJONER

«De relevante internasjonale traktater» er naturligvis FNs narkotikakonvensjoner, som Norge har ratifisert. Her heter det f.eks. i FNs konvensjon om illegal omsetning av narkotiske og psykotrope stoffer av 1988, artikkel 3: 2:

«Underlagt de konstitusjonelle prinsippene og de grunnleggende begreper i (hvert lands) lovmessige system, skal hver part vedta slike tiltak som kan være nødvendige for å etablere innehav, kjøp eller dyrking av narkotiske stoffer eller psykotrope stoffer til personlig forbruk som et kriminelt lovbrudd i henhold til sin nasjonale lov, når det er begått forsettlig, i strid med bestemmelsene i 1961-konvensjonen, tilleggsbestemmelsene til denne, eller 1971-konvensjonen».

«AVKRIMINALISERING»

«Innehav, kjøp eller dyrking av narkotiske stoffer eller psykotrope stoffer til personlig forbruk skal etableres som et kriminelt lovbrudd», står det. Hvordan harmonerer dette med den avkriminaliseringsretorikken som har spredd seg i debatten og i mediene den siste tiden? Det harmonerer ikke.

Norge har skrevet under på skal forbli kriminelt. Det finnes ikke noen definisjon av «avkriminalisering» av narkotika i noen av de internasjonale narkotikakonvensjonene. Rusreformutvalget må se på terminologien i det forslaget som dere skal legge fram.



» Det finnes ikke noen definisjon av «avkriminalisering» av narkotika i noen av de internasjonale narkotikakonvensjonene. Rusreformutvalget må se på terminologien i det forslaget som dere skal legge fram.

FRA JUSTIS TIL HELSE

For oss som har vært i feltet en stund, kan formuleringen av rusreformutvalgets oppdrag virke en smule paradoksalt:

«Utvalget skal forberede gjennomføringen av regjeringens rusreform der ansvaret for samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av illegale rusmidler til eget bruk overføres fra justissektoren til helsetjenesten».

Paradoksene står i kø:

1. Er ikke helsetjenesten sterkt inne i bildet med behandling av rusgiftavhengige i dag? Alle med avhengighetsproblemer fikk pasientrettigheter med rusreformen i 2004. Data fra Norsk Pasientregister viser at ca. 30 000 personer får behandling i spesialisthelsetjenesten for rusgiftavhengighet årlig. At helsetjenesten ikke godt nok har greid å ivareta dette behandlingsansvaret, skyldes både for små ressurser, ikke gode nok metoder, men framfor alt at avhengighetsbehandling er et svært tålmodighetskrevede og langvarig arbeid, hvor gjentatte behandlinger eller livslang oppfølging ofte trengs.
2. Til tross for at innehav og bruk av narkotika i dag ikke straffes med fengsel, vet vi at ca. 70 prosent av innsatte i norske fengsler har et avhengighetsproblem. Disse blir ikke straffet for innehav og bruk av narkotika, men for andre lovbrudd som er begått, og som samfunnet ikke kan tolerere, som vold, overgrep, innbrudd i leiligheter og biler, ran, tyveri, kjøring i påvirket tilstand, narkotikasalg etc. Vi går ut fra at kriminalomsorgen som en del av justisvesenet fortsatt skal ha hovedansvaret for disse, selv om Forbundet Mot Rusgift mener at det må etableres smidigere ordninger for tilgang til avhengighetsbehandling for innsatte.
3. Er det meningen at absolutt alle som bryter forbudet skal inn i helsevesenet? Det store flertallet av narkotikabrukere har jo ikke behov for behandling og oppfølging for sin narkotikabruk, men for å få satt grenser, som kan bidra til at de avslutter sin eksperimentering med eller bruk av narkotika på et tidlig stadium, før alvorlige skader har oppstått. Spesielt gjelder dette ungdom. Vi kan ikke se for oss at leger og helsepersonell skal ut på gater, i boligstrøk eller på fritidsarealer for å forhindre narkotikabruk. Dette har vært, og bør fortsatt være politiets jobb.

FORBUDET MÅ HÅNDHEVES

Vi er bekymret for at en rusreform, som først og fremst er blitt initiert av hensyn til de tyngste brukerne, skal få som konsekvens at det blir mer sosialt akseptabelt å inneha og bruke narkotika for alle grupper, og spesielt for de unge.

Det er grunn til å nevne at et forbuds allmennpreventive virkning ikke avhenger så mye av strafferammer eller lov plassering, men av forbudets håndhevelse og sannsynlighet for å bli tatt om man bryter forbudet, pluss at lovbruddet er av en slik art at de fleste kunne tenkes å begå det. Promillelovgiv-

” Det er grunn til å nevne at et forbuds allmennpreventive virkning ikke avhenger så mye av strafferammer eller lov plassering, men av forbudets håndhevelse og sannsynlighet for å bli tatt om man bryter forbudet, pluss at lovbruddet er av en slik art at de fleste kunne tenkes å begå det.



ningen i Veitrafikkloven er et godt eksempel. Politiets innsats her er av stor betydning for den relativt lave belastningen av påvirket kjøring vi har her i landet. Når vi snakker om at innehav og besittelse av narkotika fortsatt skal møtes med reaksjoner, så er det grunn til å minne om at Legemiddeloven faktisk er en sivilrettslig lov, som de fleste narkotikalovbrudd i dag blir reagert i forhold til. Det er etter vårt syn hensiktsmessig at narkotikalovgivningen også i framtiden blir forankret i Legemiddeloven, slik også dopinglovgivningen er blitt. Vi ser da bort fra grove narkotikalovbrudd, som etter vårt syn fortsatt bør ha en forankring i Straffeloven.

NEMDER SOM I PORTUGAL?

Det blir i diskusjonen om rusreform ofte henvist til de ordninger de har i Portugal. Svært mange av de behandlingsmessige og oppfølgingsmessige tiltakene har vi like godt eller bedre i Norge.

Men vi har ikke nemnder eller «overtalelseskomiteer», slik de har i Portugal. Ville dette være en nyvinning? Kanskje. De ordninger vi i dag har for å komme inn i behandling i helsevesenet kan ofte synes byråkratiske, med henvisning fra fastlege eller NAV til ruspoliklinikk, som så skal foreta sin egen utredning, før en person kan få rett til behandling og tilvist behandlingsnivå med etterfølgende ventetid. Vi forestiller oss at en slik nemndsordning både må ha en lokal forankring, være tverrfaglig sammensatt, og at både spesialisthelsetjeneste, NAV og politi må være representert. På den måten kan de pasienter som trenger det få en smidigere vei inn i avgiftning og behandling, samtidig som de som ikke trenger helsehjelp, kan bli tilvist alternative reaksjoner.

ØVRE GRENSE FOR INNEHAV AV NARKOTIKA?

En annen ordning de har i Portugal er en grense for hvor mye narkotika en person kan ha på seg før det kalles straffbart. Dette dreier seg om 10 dagers forbruk av ulike stoffer. En slik grense vil vi advare mot å etablere i Norge. Det må være slik at ethvert innehav av narkotika fortsatt skal være forbudt og dermed teoretisk skal kunne møtes med en reaksjon. Hvilke reaksjoner dette skal være kan sikkert videreutvikles.

Forbundet Mot Rusgift står gjerne til tjeneste med ytterligere dialog og innspill dersom Rusreformutvalget ønsker det. Vi ser med nysgjerrighet fram til de forslag som utvalget til slutt lander på.

Narkotikaproblemet

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

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

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

På verdensbasis har den illegale narkotikaomsetningen et omfang som økonomisk kan måle seg med våpenindustri og olje. Fortjenesteinteresser som investerer penger i produksjon, eksport, import og transport av narkotika er en viktig drivkraft bak narkotikaproblemet. Fortjenestemulighetene er så store at bakmennene er villige til å ta betydelig risiko for å opprettholde og utvide sin virksomhet. At cannabis nå er blitt legalt i Canada og en del amerikanske delstater betyr at ytterligere kapital vil bli bygget opp og investert i utvidelser av markedet.

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

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



Markedet utgjøres av narkotikabrukere på gatenivå, både narkotikaavhengige og regelmessige og sporadiske brukere uten avhengighet. Uten et slikt marked ville import og omsetning av narkotika være uinteressant for profitører. I et folkehelseperspektiv vil en se at narkotikaskadene som oppstår hos ikke-avhengige brukere faktisk utgjør det største problemet. Rundt 10 prosent av dem som bruker f.eks. cannabis, vil oppleve avhengighetsproblemer. Men jo flere brukere, jo flere problemer. De avhengige utgjør en relativt liten andel av brukerne, omtrent 10 prosent. Og de fleste problemene med cannabis oppstår derfor hos det store flertallet av brukere som ikke er avhengige. Det betyr at nedsatt hukommelse, risikofylt kjøring, psykose, lungeproblemer og plutselig hjertedød i høyere grad vil ramme ikke-avhengige enn avhengige. Vi kan altså ikke behandle oss ut av problemer knyttet til cannabis eller andre narkotika.

Alt dette og mer kan du lese i FMRs narkotikapolitiske program, som inneholder en analyse av hvordan vi kan redusere narkotikaproblemene.

Les programmet her: fmr.no/index.php?cat=423256

Bestill programmet i et 24 siders hefte (gratis) her: fmr.no/bestill-materiell.9437.no.html

Fossumkollektivet i kamp for faget

I Spydeberg, i hjertet av indre Østfold ligger Fossumkollektivet. For 35 år siden ble det startet som et behandlingssenter for ungdommer med avhengighetsproblemer. I dag er stedet både administrasjon for til sammen 9 ulike virksomheter, spredd over flere fylker, og fortsatt en behandlingssenter. Til sammen har Fossumkollektivet 88 avtalte behandlingssenter. Oppdragsgivere er BUFETAT, Helse Sør-Øst og Helse Nord. Mot Rusgift har vært på besøk på Gården og avdeling Nedre Damvei, og slått av en prat med Lars Lian, faglig leder for alle disse institusjonene.



AV KNUT T. REINÅS

Hva er avhengighet for dere?

– Vi ser på rusgiftavhengighet som noe som svekker vår helse og vår naturlige personlighetsutvikling, både følelsesmessig, tankemessig og sosialt. Vi ser på rusgiftavhengighet som en innlært, betinget atferd, hvor avhengigheten etter hvert utvikler sin egen dynamikk. Videre er det vår oppfatning at en slik tilstand må sees som livslang, dvs. at den enkelte ungdom må holde seg vekk fra alkohol og narkotika dersom han/hun vil unngå tilbakefall.

Er det et problem at det tross alt er så stort aldersspenn blant ungdommene i stiftelsen som fra 16 til 30 år?

– Vi har ulik alderssammensetning på de ulike institusjonene våre, på samme måte som vi også ser på hvilke ungdommer som ut fra sin alder, kjønn, psykiske tilstand eller kriminelle bakgrunn «passer» sammen. Noen steder er alderen 16-25 år, andre steder er den 18-30 år, noen steder er TSB og barnevern blandet, andre steder er det bare TSB, og ett sted er det også bare barnevernsplasser. Jeg vil ikke si at aldersspennet er et problem, man må jo lære seg å omgås folk både på sin egen alder og folk som er noe eldre/ynge. Men vi prøver å passe på at ikke de eldste lærer bort unødvendig til dem som er yngre.

Av stiftelsens visjon går det fram at «Fossumkollektivet skal være en faglig ledende aktør». Hva legger dere i det?

– Vi mener vi har noe å lære bort. For det første tror vi hele vår historie har vist at det nytter å rehabilitere ungdommer tilbake til et selvstendig og rusgiftfritt liv. Det er en alternativ vinkel til det pessimistiske synet på narkotikaavhengige ungdommer som man finner mange steder i feltet. Vi har også til stadighet kontakt med folk som har deltatt i be-



Gården – administrasjonssenteret i Stiftelsen Fossumkollektivet

handling, og som fortsatt er stoff- og alkoholfrie. Vi har dessverre ikke gjennomført etterundersøkelser, men i fjor inngikk vi en avtale med Nasjonal kompetansetjeneste ROP (Rus og Psykiske lidelser) ved sykehuset Innlandet, om at de skal gjennomføre et forskningsprosjekt på hvordan det går med våre ungdommer to og fem år etter avsluttet behandling hos oss. Vi ser veldig fram til å få de første resultatene derfra.

Men Fossumkollektivet praktiserer også medleverskap. Det innebærer at de ansatte lever sammen med ungdommene 24/7 i en uke, og har så en uke fri. Det tette samleverskapet gjør at gode relasjoner kan utvikles mellom ansatte og ungdommer. Dette er en bærebjelke i vårt arbeid.

Vi tilbyr også poliklinisk oppfølging av pasienter, og vi tilpasser behandlingstiden etter det vi tror vil være rett for den enkelte ungdom. Det normale behandlingsforløpet er fra 6 måneder til ett år, men med mulighet for forlengelse, dersom situasjonen krever det. Vi mener at ettersom avhengighetsutviklingen hos den enkelte kan ha pågått over lang tid, så må innlæring av en rusgiftfri livsstil også gi tid. Vi tror på langtids behandling innen trygge rammer.

” Vi ser på rusgiftavhengighet som en innlært, betinget atferd, hvor avhengigheten etter hvert utvikler sin egen dynamikk.

Gir dere individuell terapi eller foregår det hele i grupper?

– Vi gjør begge deler, tilpasset den enkeltes tilstand og behov. Men fellesskapet mellom alle ungdommene og de ansatte er en bærebjelke i behandlingsarbeidet, det og medleverskapet. Fellesskapet er den viktigste arenaen for ny læring og trening. Våre ungdommer deltar i meningsfulle arbeidsaktiviteter under oppholdet, oppgaver utendørs og inne, som oftest foregår i arbeidslag, og hvor trening, korrigerende og læring foregår kontinuerlig. I tillegg tilbys de unge individuelle samtaler eller konsultasjoner med våre psykologer og leger etter behov.

Hvordan harmonerer denne modellen med at dere har avtale med helseforetak som kanskje har en annen oppfatning av hvordan behandling skal drives?

– Vi tror på et differensiert behandlingsapparat, hvor mange tilnærminger kan leve ved siden av hverandre. Men når det er sagt, så er det også klart at Fossumkollektivet drives på en helt annen måte nå enn for 35 år siden. Konsekvenspedagogikken og konfrontasjonene som kanskje preget kollektivbehandling på 80-tallet er et tilbakelagt stadium. Isteden er vi åpne for all kompetanse som nye profesjonsgrupper kan tilføre oss, som leger, psykologer, psykiatere, syke- og vernepleiere og andre helsefaggrupper som er kommet inn etter rusreformen i 2004. Vi liker å si at vi er et tverrfaglig kompetansemiljø, hvor de fleste av stiftelsens medarbeidere har høyskole- eller universitetsutdanning.

Hvor motivert for endring er den enkelte ungdom når han/hun kommer til stiftelsen?

– Det kan selvfølgelig variere. Noen ganger har de unge prøvd behandling før, eller har så mange negative erfaringer med sin stoffbruk og er så dypt nede at de har bestemt seg for at denne gangen skal de klare det. Andre ungdommer blir kanskje sendt hit mer eller mindre etter påtrykk fra foreldre, barnevernstjenesten, NAV eller politi, og hvor behandlingsmotivasjonen kan være så som så. Arbeidet med de unges motivasjon for å fullføre hele behandlingsløpet er helt sentralt. Vi bruker også såkalt «frivillig tvang», der de som kommer til oss blir bedt om å skrive under på at vi kan holde dem tilbake i inntil 3 uker etter inntaket. Dette i henhold til §10-4 i Helse- og omsorgsloven, og §4-26 i barnevernloven. Vi oppfatter dette som et nyttig verktøy, fordi lysten til å avbryte behandlingen kan komme sterkt, særlig de første ukene, før den unge har rukket å finne seg til rette i miljøet og blitt kjent med behandlerne.

Hva skjer dersom den unge likevel avbryter?

– Her har vi ingen låste dører, og han eller hun kan derfor gå uten at vi holder dem fysisk tilbake. Men vi oppfatter at selve underskriften hvor de samtykker til tilbakehold, betyr noe for den enkelte, slik at dropout i startfasen ikke forekommer så ofte. Merker vi at noen går med tanker om å avbryte, tar vi det opp med vedkommende. Fellesskapet representerer også et trykk som motvirker dropout. Og dersom han eller hun likevel stikker av, sender vi et par medlevere etter dem for å overtale dem til å snu. Som regel lykkes vi med dette. Vi kan også varsle politiet dersom vi ikke får tak i dem. Dersom de likevel blir borte for oss, holder vi muligheten åpen for dem til å komme tilbake, både en og flere ganger.

» *Arbeidet med de unges motivasjon for å fullføre hele behandlingsløpet er helt sentralt. Vi bruker også såkalt «frivillig tvang», der de som kommer til oss blir bedt om å skrive under på at vi kan holde dem tilbake i inntil 3 uker etter inntaket. Dette i henhold til §10-4 i Helse- og omsorgsloven, og §4-26 i barnevernloven.*



Lars Lian, faglig leder ved stiftelsen Fossumkollektivet.
Foto: FMR

» *Her har vi ingen låste dører, og han eller hun kan derfor gå uten at vi holder dem fysisk tilbake.*

Har dere noe samarbeid med kriminalomsorgen?

– Vi mottar en del ungdommer på såkalt §12-soning fra fengslene, dvs. at de kan sone resten av fengselsstraffen hos oss istedenfor i fengsel. Nå er det et problem at de fleste fengselsstraffer er svært korte, sammenlignet med den tiden vi mener vi trenger for å kunne få en rusgiftavhengig ungdom på rett kjøll igjen. Så når vi mottar en ungdom fra kriminalomsorgen, anslår vi den nødvendige behandlingstiden, uavhengig av hvor lang tid det er igjen av soningstiden. Når denne er over før stipulert/planlagt behandlingstid, får ungdommen tilbud om å fortsette løpet ut. Dette ønsker de vanligvis. Finansieringen skjer gjennom de avtalene vi har med helseforetakene – altså er det dem som finansierer også denne behandlingen etter at soningstiden har gått ut.

Hva gjør dere for å forebygge ny kriminalitet etter utskrivning?

– Vi arrangerer såkalte «krimuker» for de av våre ungdommer som vi tror har behov for det, både de som kommer fra fengslene og andre. Vi har et eget krimteam som arbeider for at de unge skal få økt selvinnsikt i sine kriminelle holdninger og verktøy som er gode nok til å leve framtida som lovlige borgere. Det er nødvendig å bearbeide både rusgiftavhengigheten og den kriminelle livsstilen. Vi gjennomfører for alle ungdommene en såkalt PIKT-test, som inkluderer ca. 80 spørsmål rundt holdninger til kriminalitet. Resultatet fra denne testen brukes til å velge ut ungdommer som blir med på våre krimkurs.

Mange av ungdommene har kanskje behov for skolegang. Hvordan løser dere det?

– Ja, mange har droppet ut av skolen, eller har så dårlige karakterer at de ikke kommer videre i det ordinære skolesystemet. Vi satser på å gi den enkelte individuelt tilrettelagt skoleundervisning. Mange har kanskje prøvd videregående skole flere ganger uten å lykkes, men vårt mål er at de skal kunne gjennomføre v.g. skole, og så lenge de er på Fossumkollektivet greier de fleste å gjennomføre skolegangen. I tillegg til å ha egne lærere, har vi også et godt samarbeid med lærerne ved de videregående skolene der vi har elever.

Vi ser denne skolegangen som svært vesentlig for å kunne lykkes med behandlingen av ungdommene. For meg er det merkelig at ikke de regionale helseforetakene har dette med som et krav når de setter ut behandlingsplasser på tilbud. Vi for vår del får våre skoletiltak dekket gjennom tilskudd fra Utdanningsdirektoratet.

Hvilken kontakt har dere med pårørende?

– Jeg håpet du skulle spørre om det. Vi behandler ikke bare de unge, men også deres foreldre, partnere og/eller barn, parallelt med behandlingen av ungdommene.

De får dermed mulighet til å gjennomgå noen av de samme prosessene som ungdommene. Det er viktig at vi lykkes med dette, ettersom ungdommene trenger støtte fra sin familie. Alle pårørende blir tilbudt å være med både på familiesamlinger og pårørendeuker.

I tillegg tilbyr vi individuelle familiesamtaler etter behov. Temaer som medavhengighet og hvordan familien skal håndtere tilbakefall og stoffbrukerferd er viktige å bli bevisst på.



Fellesskapet som metode er viktig på Fossumkollektivet

» *Merker vi at noen går med tanker om å avbryte, tar vi det opp med vedkommende. Fellesskapet representerer også et trykk som motvirker dropout.*

Hva slags ettervern driver dere?

– For det første har vi kontakt og samarbeid med hjemkommunen, for å få på plass bolig, arbeid/skole og mulighet for å komme i kontakt med et rusgiftfritt nettverk. På noen av våre institusjoner har vi tilbud om deltakelse i AA- og NA-møter. Vi kjenner ikke til andre typer selvhjelpsgrupper, men det kunne det kanskje ha vært behov for. Vi har også en oppfølgingsordning som vi kaller Brobyggen, der ungdommer, som etter utskrivning, slår seg ned ikke så langt fra ett av behandlingsstedene, kan bevare relasjonen og få oppfølging på behandlingsstedet.

Deltakelse forutsetter at ungdommen er kommet inn i skole, arbeid eller et arbeidsrettet tiltak, og forplikter seg til å delta i det gruppetilbudet som kollektivet tilbyr. Dette er et tilbud som kan sees som en forsterkning av det tilbudet som hjemkommunen kan tilby, eventuelt at ungdommen skifter bostedskommune og blir fulgt opp av den nye kommunen.

Et steg på veien ut

Mange av dem som har vært i behandling på Primæren, Rud eller Gården, tre av institusjonene i Fossumkollektivets system, gjennomfører siste del av behandlingen ved avdeling Nedre Damvei, som ligger ca. en kilometer fra det opprinnelige Fossumkollektivet. På Nedre Damvei treffer vi Jeanette (20) og Roger (21), som har sagt seg villige til å bli intervjuet av Mot Rusgift, under forutsetning av at de ikke skal få fjeset sitt i bladet.



AV KNUT T. REINÅS

Hva slags utbytte har du hatt av å være her, spør vi Jeanette.

– Jeg har jo vært på Valnesfjord en runde før, og så har jeg vært innom Gården. Dette er den andre runden jeg er her i Damveien. Jeg har jo egentlig hele veien hatt utbytte av Fossumkollektivet, sier Jeanette.

Var det noe galt med Valnesfjord?

– Det var nok heller at Valnesfjord ikke var stedet for meg. Men på Gården og her på Nedre Damvei har jeg hatt stort utbytte av å være. Jeg må bare huske på å bruke de tingene jeg har lært når jeg kommer ut. Jeg vet jo egentlig ikke hvor stort utbytte jeg har hatt før jeg har fått prøvd meg ute på egne bein, men jeg har i alle fått masse verktøy i sekken.

Har du noe kontakt med hjemkommunen din, så de står klare til å følge deg opp når du kommer hjem?

– Ja, jeg har hatt kontakt med NAV. Men jeg har ikke tenkt å reise hjem. Jeg har tenkt å slå meg ned i Askim. Det funker ikke for meg å dra hjem igjen på grunn av alle gamle kompiser, og fordi jeg føler meg ferdig med det stedet. Det er liksom så mye som sitter igjen i veggene der. Selv om jeg hadde holdt meg borte fra de gamle kompisen og nettverket så hadde det ikke funket. Jeg må ha noe nytt.

Har du fått noe nytt nettverk her i området?

– Ja, jeg føler jo det. Det er stort sett folk som har vært eller er i behandling. Men jeg har jo egentlig ganske mange som jeg kan ta kontakt med.



Jeanette og Roger idet de forbereder seg til Rafting, en av de mange aktivitetene i Fossumkollektivets system.

Du da, Roger, hva slags utbytte har du hatt av oppholdet her?

– Jeg har fått mye ut av det. Da jeg kom til Gården, så hadde jeg ikke så veldig lyst til å være der, men da jeg begynte å komme litt mer ned på bakken, så skjønte jeg at jeg måtte gjøre noe med livet mitt.

Hvordan kom du hit i første omgang?

– Jeg har en sønn, så barnevern og politi ble koblet inn, og da fikk jeg egentlig valget om å skrive meg inn i behandling eller miste kontakten med sønnen min. Jeg er her etter press fra barnevernet og politiet. Jeg har nå vært her siden oktober, dvs. ca. 8 måneder.



Rafting – en aktivitet i Fossumstiftelsen

Hvordan syns du det er å være stoffri da?

– Jeg kjenner jo på det, spesielt rundt disse tidene her, hvor det er sommer og godt og varmt. Det er veldig tungt, og jeg får av og til lyst til å ut og ruse meg. Men andre ganger har jeg lyst til å være her og gjøre en innsats. Derfor tar jeg fremdeles bare en dag om gangen.

Hvordan forbereder du deg på å komme ut?

– Det blir jo å jobbe med meg selv, å greie å ta egne valg og ikke være så lyststyrt. Jeg må lære å si nei.

Men er det bare å si nei, eller er det også noe du kan si ja til?

– Det blir jo å forsøke å finne et nytt nettverk, noen sunne folk som kan bidra til å holde meg på rett kjørl. Men pr. i dag har jeg ingen.

Hva med dem som Jeanette snakker om, de som er skrevet ut og som bor i nærheten?

– Ja, jeg har jo selvfølgelig lyst til å ha videre kontakt med dem som jeg har vært i behandling sammen med. Men man vet jo ikke hva som skjer med folk som har vært i behandling før.

Er det første gang, du er i behandling dette?

– Ja

Er det noe du ikke liker ved å være her?

– Ja, det er jo å jobbe intensivt med meg selv, å gå dypt inn i ting som har skjedd på utsiden og den jeg har vært ute. Det liker jeg ikke.

Hvem har du vært ute?

– Jeg har egentlig vært en stor idiot. Jeg har vært narkoman, solgt stoff og vært kriminell. Det er de tingene jeg jobber med nå, for å kunne fungere ute i samfunnet etterpå, holde meg vekk fra spriten, og holde meg rusgiftfri.

Har du noen som følger deg opp hjemme?

– Ja, mora og faren min er sammen med meg når jeg er sammen med sønnen min. Jeg må ha litt oppsyn fra dem når jeg har samvær med sønnen min.

Har du hatt noen kontakt med kommunen du kommer fra?

– Ja, jeg har jevnlig kontakt med ruskonsulenten min, med NAV og sånne ting. De legger til rette for meg om hvordan det blir etterpå.

Har du et sted å bo?

– Ikke akkurat nå, nei. Men jeg får det når jeg slutter her i oktober.

Er det jobb til deg også?

– Jeg var i praksisplass, mens jeg var her. Men den jobben var for tung for meg. Så jeg skal ha et sånt ansvarsgruppe-møte her da, om ikke alt for lenge, for å snakke om leilighet og jobbmuligheter.

Så du har lyst til å flytte tilbake da, til den kommunen du kommer fra?

– Egentlig har det vært litt fram og tilbake med det, på grunn av den tilhørigheten jeg har der. Så selv

om jeg ikke oppsøker de gamle kompisene jeg har der ute, så kommer de mest sannsynlig til å komme til meg. Så derfor har jeg lyst til å bytte kommune. Men på grunn av sønnen min, kan det bli vanskelig, det er jo snakk om barnehage og skole, og det er jo i den kommunen.

Du da, Jeanette, har du noe å komme tilbake til?

– Ja, jeg har nettopp fått meg leilighet i Askim. Og så holder vi på å jobbe med at jeg skal få en praksisplass, slik at jeg får en fot innenfor arbeidslivet igjen.

Har du noen kontakt med noen i Askim på det?

– Nei, det er hjemkommunen som er behjelpelige, f.eks. med å ringe til praksisplass for å forklare hva slags involvering de har. Men jeg må nok skaffe praksisplassen selv. Jeg vil ut og jobbe, og for meg er ikke skole noe alternativ. Og etter hvert skal jeg bryte med hjemkommunen og så får Askim ta over.

Hvilken bakgrunn har du for å jobbe?

– Jeg er utdannet barne- og ungdomsarbeider, og håper å få noe innenfor det.

Satser du på å forbli stofffri etter behandlingen?

– Ja, men jeg har egentlig ikke brukt stoff, jeg er først og fremst alkoholavhengig. Det er jo så lett tilgjengelig, men jeg har tenkt å holde meg vekk fra det.

Går du på møter i AA eller NA?

– Nei, jeg gjør ikke det. Jeg har vært på både AA- og NA-møter, men jeg føler ikke jeg får noe ut av det. Men i AA kjenner jeg meg jo igjen, fordi jeg er alkoholavhengig. Men jeg har ikke en egen drive på å dra på de møtene. Og så kan man få forståelsen at trinnene i AA/NA er den eneste måten en kan bli rusgiftfri på, men man kan fint finne sin egen vei. Jeg skal ha jobb og jeg har også andre interesser, og jeg føler ikke at akkurat jeg har behov for å gå på de møtene.

Og du da, Roger, du går ikke på møter du, heller?

– Jeg prøver å gå på møter i NA.

Hva får du ut av det?

– Det er deilig å være der, når jeg først er der, men det er bare det at det er tungt å komme seg ut døra og gå på møter. Noen ganger er jeg sliten, og tenker at jeg gidder ikke gå på møte i dag. Men når jeg først er der, så blir jeg liksom rolig inni meg, og kjenner meg mye igjen i det andre deler.

Trener du?

– Ja

Men det er vel ikke alltid du er like lysten på å gå på trening heller?

– Det frister mer. Men jeg har tenkt å gå på møter når jeg føler jeg trenger det, etter at jeg er ferdig her på Fossum. Men mens jeg er her, blir vi jo oppfordret til å gå på møter 2 ganger i uka. Det blir litt mindre motiverende å gå på møter når man har press på seg.

Er det noe venting, Jeanette?

– Jeg har jo vært på klinikk, og der er det venting. Det er ikke den formen for behandling som passer meg. Men her er det ikke venting, her skjer det noe hele tiden, og det er det som er behandling, og de som jobber her er flinke. Men det er veldig varierte gjøremål her. Du har krim-uke, du har bål-samlinger, du har familiehelg, du har mange turer, det er mye forskjellige aktiviteter hele tiden. Mye input.

Hva er det som skal til for at skal kunne fortsette å ha et rusgiftfritt liv?

– Det første jeg tenker på er å ha noe å gjøre om dagene, ha en jobb. Men bortsett fra det har jeg jo egentlig reflektert mye over dette. Det som skal til er først og fremst et eget ønske om å være rusgiftfri. Du kan ha det så dårlig som helst hvis du innerst inne ikke har bestemt deg for å være rusgiftfri. Det viktige for meg blir da hver dag å huske hvor jeg kommer fra, og at jeg ikke ønsker meg tilbake dit. Dersom ikke ønsket om å slippe å komme tilbake dit er der, så er det lett å skli utpå igjen. Som alkoholavhengig vet jeg at det er lett å begynne å lure seg selv. Men tanken om at jeg kan ta ett glass frister. Men så greier jeg å ta meg inn igjen med å si til meg selv: «Du vet nøyaktig hvordan stoda er, du vet nøyaktig hva du går til». Og da er det ikke så vanskelig.

Tror du det blir vanskelig for deg i sosiale sammenhenger, hvor alkohol er veldig ofte tilstede?

– Ja, jeg syns det er kjempevanskelig.

Hva svarer du da, når folk spør om du ikke kan ta en liten en for selskaps skyld?

– Jeg har ikke blitt spurt om det noen gang. Men jeg har vært på hjemreise til familien, til søskenbarn og sånn. Og de sier at når jeg er ferdig i behandling, så skal de lære meg hvordan jeg kan drikke på riktig måte. «Vi kan dra ut på byen, og så kan du lære deg å drikke». Så jeg føler at mange ikke har forståelse for hva det vil si å være alkoholavhengig.

” Det som skal til er først og fremst et eget ønske om å være rusgiftfri. Du kan ha det så dårlig som helst hvis du innerst inne ikke har bestemt deg for å være rusgiftfri. Det viktige for meg blir da hver dag å huske hvor jeg kommer fra, og at jeg ikke ønsker meg tilbake dit.

Men, du har ikke noe problem med alkoholen, du da, Roger?

– Jo det har jeg. Jeg greier ikke å holde meg til bare en kald pils, eller sånn, da. Det stopper ikke da, før det svartner på en måte.

Tror du alkohol kan være et stort problem for alle de som er her?

– Jeg tror det kan være begge deler, både alkohol og stoff.

Så, du skal også holde deg borte fra alkoholen, når du kommer ut herfra?

– Ja, men det blir ikke enkelt. Jeg har jo ønsker om å kunne greie å ta meg en pils til grillmaten, eller hvis det er bursdager eller familieting, at jeg kunne forholdt meg til en øl, eller maks tre. Men jeg vet jo med meg selv at det stopper ikke der. Jeg må ha mer og mer, det er akkurat som et tomrom som må fylles opp. Så konsekvensen av en sprekk på alkohol kan jo bli at jeg blir aggressiv eller utagerende, eller at jeg begynner med sterkere stoffer. Så jeg må nok holde meg helt vekk fra alkohol.

Og det har du bestemt deg for?

– Jeg har ikke bestemt meg for det, men jeg har et ønske om å holde meg unna.

Men hvis du ikke bestemmer deg, så blir det vel ikke sånn?

– Jeg kan ikke bestemme meg nå i dag at jeg skal holde meg rusgiftfri resten av livet mitt. Jeg må ta en dag av gangen.

Hva sier du om det, Jeanette?

– Jeg hører det hele tiden at folk sier de har lyst til å ta en pils. Men da holder de alltid døra åpen for et tilbakefall, slik jeg ser det.



Til fjells – ett av aktivitetstilbudene i Fossumstiftelsen

Er det noe du har lyst til å fortelle verden til slutt, Roger?

– Det er et stort spørsmål. Men jeg kan i alle fall si at Fossum har hjulpet meg veldig mye de åtte månedene jeg har vært her. Jeg har fått forandret tankegangen min, hvordan jeg ser på verden og andre mennesker.

– Du får litt mer oversikt over ditt eget liv fra du er liten gutt til du er voksen. Du får snakket om problemene dine, og du får hjelp til å takle de følelsene som kommer og ta situasjoner på en annen måte.

Bokanmeldelse:

Massene på meth

Forskning på nazistenes narkobruk har vært fraværende. Norman Ohlers bok, «Hitlers rus» gir oss et nytt bilde av både tyske styrkers bruk av narkotika og om Hitlers personlige rusgiftforbruk under 2. verdenskrig.

Norman Ohler presenterer her ny viten om situasjonen i Tyskland før og under krigen når det gjelder bruk av narkotika, særlig sentralstimulerende midler. Ohler skriver: «En grunn til at det har vært så få undersøkelser av bevissthetsforandrende stoffer i det mørkeste kapittelet i tysk historie, finner vi i nasjonalsosialistenes egen oppfatning av «rusgiftbekjempelse».

METAMFETAMIN TIL MASSENE

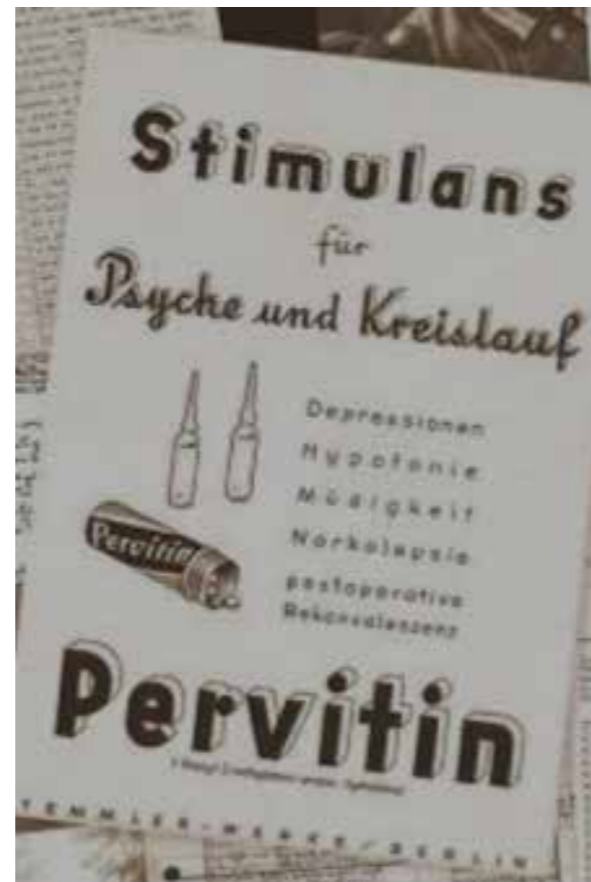
De underla substansene statlig kontroll og gjorde narkotika til et generelt tabu. Det var kanskje derfor stoffene forsvant fra historikerens radar og ikke ble forsket på i universitetssammenheng – før i våre dager. Nazistenes narkotikabruk forsvant fra det offentlige søkelyset, ble utelatt fra analysene av historie og næringsliv og havnet sammen med andre halvsannheter i samme suspekke kategori som svart økonomi, svindel og annen kriminalitet.»

NARKOBRUK TROSS FORBUD

Han skriver også: «Til tross for alle offisielle forbud ble det i utstrakt grad brukt narkotika i stor stil, både i de brede lag og på toppene. Hitler førte i så måte an. På erobningsfeltene ble armeene hans i stor stil forsynt med det stimulerende middelet metamfetamin (i dag kjent som «crystal meth»). Krigens gjerningsmenn utviser en dobbeltmoral som stiller noen av deres mest sentrale avgjørelser i et nytt lys».

FOLKEDOPET

Tyskland var et førende land i narkotikaproduksjon allerede fra 1920-tallet, og på 1930-tallet ble metamfetamin, under merkenavnet Pervitin, solgt som et alminnelig folkedop. Ohler skriver: «Pervitin ble et symbol på et prestasjonssamfunn i utvikling. Det kom til og med en konfektsort på markedet, som inneholdt metamfetamin. Hver bit inneholdt stolte fjorten milligram metamfetamin – nesten det femdobbelte av en Pervitin-pille». I tillegg var tyskerne også verdensledende når det gjaldt produksjon av kokain og heroin. Boken tar en sving innom kokainepidemien i Berlin på 20-tallet, men legger hovedvekten på metamfetamin/Pervitin. Stoffet gir et kick, brukes som partydop den dag i dag, og brukes bl.a. for å øke prestasjonsevnen. Det skaper eufori og reduserer sult- og søvnbehovet.



Tyskland var et førende land i narkotikaproduksjon allerede fra 1920-tallet, og på 1930-tallet ble metamfetamin, under merkenavnet Pervitin, solgt som et alminnelig folkedop. Her ser vi en eklameannonse for «Pervitin».

PEPPET OPP SOLDATENE

Nettopp disse egenskapene var det den tyske krigsmakten så for seg kunne være fordelaktig da de planla overfallet på Frankrike. Med pervitin i blodet kunne soldatene, stridsvognførerne og flygerne holde seg våkne i inntil 4 døgn i strekk, og før franskmennene rakk å summe seg, var tyskerne langt inne i landet og trengte forbi de franske forsvarslinjene. Pervitin ble betraktet som en viktig del av krigsmaktens forsyninger, og ble delt ut ved alle anledninger hvor man antok at det ville kreves ekstra innsats og utholdenhet. Ohler dokumenterer at det ble delt ut 35 millioner Pervitin-tabletter før felttoget i vest.

» Pervitin ble et symbol på et prestasjonssamfunn i utvikling.

BIVIRKNINGER

Men bivirkningene ved Pervitin-bruken viste seg også. En del ble tjenesteudyktige på grunn av høyt blodtrykk. I tillegg dukket det opp tegn på avhengighet. Stadig flere led av manglende tiltakslyst og depresjoner. Så snart virkningen av narkotikaen avtok, følte de seg dårlige. Jo mer Pervitin de ble foret med, desto mindre dopamin og serotonin produserte hjernen deres – og når de følte seg mindre vel tok de desto mer Pervitin for å rette opp balansen. Avhengighetens onde sirkel, skriver Ohler.

DUNKIRK I FARMAKOLOGISK LYS

Han har også en farmakologisk vri på historien om Dunkirk (som nå går på kino verden over). De tyske pansertroppene sto klare til å angripe og ta til fange anslagsvis en halv million britiske, belgiske og franske soldater der, noe som kunne ha snudd krigens gang. Imidlertid var Göring, som var øverste sjef for Luftwaffe, og dessuten en dypt avhengig morfinist, redd for at pansergeneralene skulle bli for populære, og fikk derfor Hitler med på å beordre stopp i framrykkingen, slik at flyvåpenet kunne overta tilintetgjørelsen ved Dunkirk. Men skyer og dårlig vær gjorde at de allierte troppene kunne evakueres i ly av nattemørket.

DEN UVITENDE NARKOMAN

Hitler selv var i utgangspunktet vegetarianer og avholdsmann. Han drakk ikke kaffe, og sin siste tobakkspakke kastet han i Donau ved slutten av første verdenskrig. Men i august 1941 ble han rammet av et dysenterianfall. Hans livlege, Theo Morell, begynte å gi ham opioider, i begynnelsen 20 dråper Dolantin, med en virkningsprofil som ligner morfin. Men snart begynte livlegen å sette «profylaktiske injeksjoner» på Hitler. Ohler skriver: «Han forskrev stadig flere medikamenter, endret doseringen, og prøvde ut både det ene og det andre. Dermed bedrev han en typisk form for polyfarmasi. Han stilte knapt noen diagnoser lenger, og utvidet stadig basisdosen, som han kalte den «medikamentelle basisforsyningen». Til dette hørte så forskjellige midler som Tonophosphan, et stoffskiftestimulerende middel fra produsenten Hoechst, et stoff som i dag mest blir brukt som dyremedisin. Han tilførte også det hormon- og antistoffholdige byggestoffet Homoseran, som ble utvunnet av blod fra morkaker, seksualhormonet Testoviron, som motvirket svekket libido og vitalitet, og Orchikrin, som ble produsert av oksetestikler og skulle ha effekt mot depresjoner. Et annet middel som også ble brukt het Prostakrinum og var laget av sædblærer og prostata-



Norman Ohler, født i Tyskland i 1970, er en kritikerrost roman- og sakprosaforfatter. I arbeidet med boken «Hitlers rus» har han benyttet seg av dokumentasjon fra krigsarkiver som hittil har vært sperret for offentligheten, og som kaster nytt lys over hverdagen i nazi-staten på 1930-tallet og grusomhetene som ble begått under 2. verdenskrig. Boken er rost av mange historikere, men noen er også kritiske.

ta hos unge okser. Etter hvert ble Hitler også tilført kokain og det opioide stoffet Eukodal – noe som i kombinert effekt minner om det som i våre dager blir omtalt som speed-balling. Mye tyder imidlertid på at Hitler bare delvis var klar over hvilke medikamenter han fikk. I alle fall etterspurte han stadig nye injeksjoner, og mot slutten av krigen var han i manges øyne et skjelvende vrak av abstinenser, bl.a. fordi forsyningene av medikamenter tok slutt, da både legemiddelfabrikk og apoteker i Tyskland var blitt bombet til grus.

Ohler er også innom mange av de andre nazitoppene, som også lot seg behandle av Morell og utviklet avhengighet. Likedan er han innom den tyske legemiddelindustriens intense jakt på vidunderdopet, som bl.a. medførte smertefulle og umenneskelige forsøk på krigsfanger.

Boken er svært interessant, og den anbefales på det beste.



«Hitlers rus» gir ny informasjon om rusgiftbruken i «Det tredje rike». Anmeldt av Knut T. Reinås

Ohler, Norman:
«Hitlers rus – Folk Og Fører På Dop»
Spartacus Forlag
Oslo 2016
311 sider

Bokanmeldelse:

Avhengighetskrigen

Rusgiftavhengighet er en av menneskehetens store utfordringer. Ved siden av å være en av de vanligste dødsårsakene bringer den enorme fysiske, psykiske og sosiale problemer. Men de positive sidene ved rusgiftbruk er tydeligvis så mye viktigere at samfunnet velger å ofre et mindretall for at flertallet skal kunne nyte godt.

Rusgiftavhengighet forekommer i alle grader, og definisjonen er omfattende (Se faktaboks, avhengighetssyndrom). Det er paradoksalt, at det ikke synes å være noen direkte sammenheng mellom den andelen av befolkningen som til enhver tid kan karakteriseres som rusgiftavhengige, anslagsvis 10 %, og hvor mye av samfunnets ressurser som brukes på omsorg og behandling. Det antyder sammensatte og kompliserte årsaksforhold, og mangel på effektiv behandling. Derimot er det en klar sammenheng mellom det totale forbruket i befolkningen og andelen rusgiftavhengige.

Å leve med rusgiftavhengighet betyr å være i konstant krig med seg selv - en endeløs rekke med mislykkete kontrollforsøk. For hvert nederlag går selvfølelsen ned et hakk, og skamfølelsen tilsvarende opp. Men det er heldigvis mange som greier å komme seg ut av krigssonen. Hvis vi spør disse seierherrene om hva som gjorde at de seiret, nevner de kanskje forskjellige former for omfattende livsendring, for eksempel flytting, ny jobb eller ny kjæreste. Behandling kommer gjerne et stykke nede på lista. Men som ved all atferdsendring kan man bare ta det avgjørende skrittet selv.

EN MEDISINSK BEHANDLINGSMODELL

I Norge har vi i økende grad satset på medisinske behandlingsmodeller ved rusgiftavhengighet, mot tidligere mer sosialpedagogiske. Dette illustreres bl.a. ved at hovedinnsatsen mot narkotikaavhengighet nå er såkalt legemiddelassistert rehabilitering (LAR), og at ny lovgivning legger ansvaret for behandling av rusgiftavhengighet til spesialisthelsetjenesten. En konstruksjon kalt TSB (tverrfaglig spesialisert behandling) gir aktuelle behandlerprofesjoner (leger (inkludert den nye spesialiteten rusmedisin), psykologer, sosionomer) en plass i andrelinjen, som mottakere av henvisninger fra førstelinjen. TSB skal bl.a. sørge for at bare rus-



Pål Kraft (f. 1959) er professor og instituttleder ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo og professor II ved Handelshøyskolen BI. Han har tidligere vært direktør ved Statens institutt for rusmiddel-forskning (SIRUS) og professor ved Universitetet i Bergen. Han har master- og doktorgrad i psykologi, embetseksamener i sosiologi og odontologi og er utdannet bedriftsøkonom fra Handelshøyskolen BI.

giftbrukere som har "rett til nødvendig helsehjelp" får behandling. På rusgiftområdet er det imidlertid uklart hva "nødvendig helsehjelp" egentlig innebærer.

Dette nye systemet er bygget vel så mye av politikere med markeringsbehov som av fagfolk. Derfor er det i stor grad basert på en tradisjonell behandlingsmodell der pasienten forventes å bli helt frisk så raskt som mulig. De fleste fagfolk vet imidlertid at slik er det ikke ved rusgiftavhengighet, hjelpen bør helst vare lenge, noen ganger livet ut.

» Å leve med rusgiftavhengighet betyr å være i konstant krig med seg selv - en endeløs rekke med mislykkete kontrollforsøk. For hvert nederlag går selvfølelsen ned et hakk, og skamfølelsen tilsvarende opp. Men det er heldigvis mange som greier å komme seg ut av krigssonen.

IKKE EN SYKDOM

Rusgiftavhengighet er ikke en sykdom. Det er en nevropsykologisk tilstand, en ubalanse mellom to komplementære hjernesystemer – kontrollsystemet og belønningssystemet. Dette oppleves som en krig mellom gode og onde krefter, der det onde, rusgiften, som oftest vinner.

Pål Krafts bok «Rusmiddelavhengighet – Et psykologisk perspektiv» gir god innsikt i denne krigen. Forfatteren har gjort oss en stor tjeneste ved å gå gjennom en stor mengde nyere litteratur og samlet hovedpoengene mellom to permer. Selv om avhengighetskrigen er den samme som den alltid har vært, er det likevel mye nytt. Gamle kjenninger som "tenning", "reparasjon" og "toleranse" er selvsagt der fremdeles, men de presenteres på nye måter og til dels med nye begrep og mer detaljerte mekanismer. Det beskrives for eksempel hvordan såkalte triggere, ytre forhold som ikke i seg selv er rusgifter, men signaliserer mulig inntak av rusgift, alene kan utløse en rusliknende effekt i hjernen, en "kick-start". Og vi lærer hvorfor det er viktig å skille mellom fire former for nytte: antatt nytte, beslutningsnytte, opplevd nytte og erindret nytte. Og ikke minst om ubalansen mellom belønning og kontroll, der hovedproblemet er et overfølsomt belønningssystem:

ET OVERFØLSOMT BELØNNINGSSYSTEM

«Men etablering av slike triggere i form av læring, som utvikler egenverdi og insentivviktighet, er ikke i seg selv nok til å utvikle avhengighet. I tillegg trengs det utvikling av et overfølsomt, sensitisert belønningssystem. Sensitisering betyr at hjernens belønningssystemer over tid utvikler en tiltakende overfølsomhet for en betinget stimulus. Dette resul-

AVHENGIGHETSSYNDROM

Avhengighetssyndrom, brukes som beskrivelse av en tilstand som er karakterisert av tilbakevendende tvangsmessig ønske om å innta et rusmiddel.

Det vil videre ofte foreligge dårlig kontroll på avslutningen av rusmiddelbruken i de enkelte brukssituasjoner og over stoffmengden som blir brukt ved den enkelte anledning.

Andre viktige komponenter i syndromet er bruk av mye tid og innsats på anskaffelse, lagerhold og inntak av stoff, tap av andre livsinteresser, vansker med å komme ut av et uheldig bruksmønster til tross for at det skader og at man ønsker å slutte.

Toleranseøkning med hensyn til hvilken dose som gir ønsket virkning, og ubehag (abstinensplager) ved opphør av virkningen kan høre med til avhengighetssyndromet, men ikke nødvendigvis.

KILDE: Store medisinske leksikon

terer i at en eksponering for den betingede stimulus utløser en nesten tvangsmessig sterk motivasjon for å utføre den ubetingete stimulusen (innta rusmiddelet). Mens den belønning (erfart nytte) som den ubetingete responsen (selve rusen) gir, kan avta over tid som følge av utvikling av toleranse, viser det seg at den betingede stimulusen kan utvikle seg til å representere en ekstremt stor akutt beslutningsnytte, som langt kan overstige antatt eller erindret nytte. Dette oppleves subjektivt som et sterkt sug, som om man er absolutt nødt til å innta et rusmiddel (som å fjerne en livstruende, fysiologisk basert, mangeltilstand). Denne sensitiseringen, utviklingen av tiltakende overfølsomhet overfor triggere, skjer som en følge av de psykoaktive effektene som rusmidlene har på bestemte neurale systemer i hjernen». (s. 97).

Dette sitatet er etter min mening representativt for kjernedelen av boka, den som omhandler hjernens funksjon (kapitlene 4, 5 og 6).

EN PLASTISK HJERNE

Mens vi tidligere hadde en tendens til bare å skille mellom reversible og ikke reversible skader i sentralnervesystemet, spesielt i forhold til alkoholavhengighet, beskriver Kraft hvordan områder i vår plastiske hjerne over tid kan øke eller minke i faktisk størrelse, som en refleksjon av avhengighetskrigen og det samlede rusgiftinntaket. Jeg synes dette også tydelig viser hvorfor vårt nåværende, medikaliserte behandlingsapparat, med korte behandlingsperioder, og stadige tilbakefall, eller med kontrollert bruk av rusgifter, ikke kan bidra så mye til å redusere selve avhengigheten. Derfor har man stort sett gitt opp ikke-avhengighet som primært behandlingsmål, nå er det som regel snakk om "skadereduksjon".

MINDFULNESS

Boka har et langt og fyldig kapittel om behandling, som etter min mening kunne vært mer kritisk til "vanlig" behandling, men som også beskriver interessante nevropsykologiske alternativer. Som også Kraft skriver er avhengighetsbehandling som regel mislykket. 50-60 % får tilbakefall til omfattende rusgiftbruk innen 6 måneder, uansett rusgift og metode. "The magic bullet" finnes fremdeles ikke, kanskje ikke så rart når vi ser hvor kompliserte de bakenforliggende mekanismene er. Forfatterens foretrukne metode synes å være Mindfulnessintervensjoner (MBI). Mindfulness, eller "oppmerksomt nærvær" er egentlig en meditasjonsteknikk med røtter i buddhismen. Kanskje kan en slik teknikk, brukt regelmessig over tid, fremskynde de endringene som må til i en rusgiftavhengig hjerne for å få belønningssystemet og kontrollsystemet i bedre balanse?

Boka anbefales for alle som er interessert i å lære mer om rusgiftavhengighet. Men jeg må innrømme at selv jeg med min medisinske bakgrunn måtte jobbe en del med "hjerne-kapitlene". Boka er en gullgrube som krever aktiv gullgraving.

Anmeldt av Olaf Gjerløw Aasland

» *Mindfulness, eller "oppmerksomt nærvær" er egentlig en meditasjonsteknikk med røtter i buddhismen. Kanskje kan en slik teknikk, brukt regelmessig over tid, fremskynde de endringene som må til i en rusgiftavhengig hjerne for å få belønningssystemet og kontrollsystemet i bedre balanse?*



Pål Kraft: «Rusmiddelavhengighet Et psykologisk perspektiv»
232 sider, Universitetsforlaget, Oslo 2016
ISBN 9788215026268

Nye trykksaker fra FMR

I en tid hvor individuell og liberalistisk tankegang er blitt politisk korrekt, kan det være greit å få et korrektiv som peker framover mot færre rusgiftskader og lavere forbruk av så vel alkohol, som narkotika og beroligende medikamenter.

Nå har Forbundet Mot Rusgift produsert en sammenstilling av de viktigste kravene vi kan stille til samfunnet dersom vi skal forebygge rusgiftskader, gi hjelp til dem som er avhengige, og gi bistand til de pårørende.

Heftet inneholder avsnitt om:

- Visjon og formål for kampen mot rusgift
- Forbundet Mot Rusgifts allmenne verdigrunnlag
- Definisjoner
- Hva er rusgiftskader?
- Historikk
- Hva er årsaken?
- Finnes det positive sider ved alkoholbruken?
- Alkoholpolitikk
- Narkotikapolitikk
- Forebygging
- Behandlingspolitikk
- Lavterskel helse- og omsorgstiltak
- Sosialt ansvar – personlig alkoholferd – avhold.



Nå har Forbundet Mot Rusgift produsert en sammenstilling av de viktigste kravene vi kan stille til samfunnet dersom vi skal forebygge rusgiftskader, gi hjelp til dem som er avhengige, og gi bistand til de pårørende.

I våre dager diskuterer både politikere og fagfolk narkotikas spørsmål, men det virkelig store rusgiftproblemet er jo alkohol.



Forbundet Mot Rusgift har produsert en ny brosjyre om alkohol, spesielt innrettet mot ungdom. Den tar opp temaer knyttet til alkohol, noe som de fleste unge er opptatt av:

- Vi har sett det senest i alle varslingssakene om politikere (mee too-sakene) både i voksenpartiene og i ungdomsorganisasjonene.
- «Jeg var påvirket av alkohol», har vært den klart mest brukte forklaringen – og unnskyldningen.
- Stadig flere organisasjoner sier nei til alkohol ved sosiale sammenkomster. Nettopp for å unngå overgrep og trakassering.

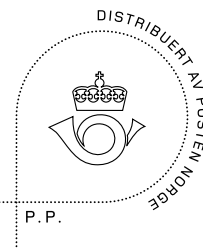
Flott at det tas slike grep, men ansvaret påhviler likevel hver enkelt av oss. Det er du og jeg som må ta ansvar. Våge og ta ansvar, selv om det sosiale drikkepresset er sterkt. Når du ligger der og har dummet deg ut, er det ikke så mange fra «heia-gjengen» som står opp for deg.

Begge trykksakene kan bestilles gratis på: www.fmr.no / post@fmr.no / +47 940 08 830

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

B

NORGE



Bli medlem i Forbundet Mot Rusgift

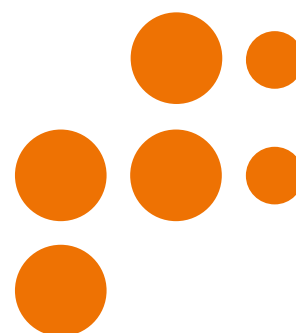
Du kan støtte vårt viktige arbeide på flere måter.

1

MEDLEMSKAP

i Forbundet Mot Rusgift

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



2

STØTTEMEDLEMSKAP

i Forbundet Mot Rusgift

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

3

STØTTESPILLER

i Forbundet Mot Rusgift

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

Gå til www.fmr.no
og fyll ut innmeldings-
eller støttespillerskjema.

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

Epost: post@fmr.no

Telefon: +47 940 08 830

NB: Medlemskap er kr 50 for alle i innmeldingsåret.

Som medlem eller støtte-medlem får du tilsendt Mot Rusgift – rusgiftpolitisk tidsskrift.

fmr.no