

Fra sosialproblem til helseproblem?

En praxeologisk analyse av utviklingen av narkotikapolitikken i Norge



Anna Gjertsen

Masteroppgave

Masterprogram for helsevitenskap – studieretning Sykepleievitenskap

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Det medisinsk-odontologiske fakultet

Universitetet i Bergen

Vår 2017

Forord

Jeg vil med dette rette en stor takk til mine veiledere, Stein Erik og Karin Anna. Denne oppgaven hadde aldri blitt skrevet uten deres gode og konstruktive tilbakemeldinger, tålmodighet og støtte. Tusen takk! Og til Praxeologisk forskningsgruppe; tusen takk for tilbakemeldinger og interesse for arbeidet. Jeg har lært så utrolig mye av dere!

Mine kjære medstudenter, spesielt Stina og Hege. Jeg er så glad for å ha blitt kjent med dere, og for alle timene vi har tilbrakt sammen på lesesalen. Pauser og sene lesesalskvelder hadde vært himla mye tristere uten dere.

Jeg vil også takke mine fantastiske kollegaer på Akuttposten, for gode samtaler og masse støtte gjennom arbeidet med denne graden. Jeg kan aldri få like flotte kollegaer som dere igjen. Det går bare ikke. Og til Anne-Ma, selveste, takk for at du dyttet meg i denne retningen og ga meg et trygt «hjem» på posten. Det vil jeg være evig takknemlig for.

Familie og venner; tusen takk for støtte og for at dere har vært lutter øre når jeg har vært frustrert og sliten og lei! Nå lover jeg å snakke om andre ting!

Og til slutt, kjære Anders. Tusen takk for gjennomlesninger og støtte og dytting og trøst. Tusen takk for at du vet akkurat når jeg trenger å bli tilsendt en lenke til «The joy of painting» og kattevideoer. Og tusen takk for alle de sene middagene du har hatt klar når jeg har kommet hjem fra lesesalen. Jeg gleder meg til vårt neste kapittel.

Sammendrag

I denne oppgaven søker jeg å beskrive narkotikafeltets utvikling i Norge, gjennom registrantanalyse av stortingsmeldinger og andre statlige dokumenter fra 1960-tallet og frem til 2012. Jeg forsøker å avdekke feltets struktur, agenter og doksa, og betingelsene for endringer som har skjedd i løpet av perioden, samt hvordan feltets struktur virker inn på selve feltet.

Studien er basert på en praxeologisk optikk, med den franske sosiologen Pierre Bourdieu sine begreper om felt, kapital, doksa og symbolsk makt og vold, som verktøykasse. Disse begrepene blir presentert i oppgavens andre kapittel. Utkommet av registrantanalysen presenteres i to deler. Først en kronologisk deskriptiv gjennomgang av stortingsmeldingene og perioden de er skrevet fra. Deretter forsøker jeg å objektivere og analysere denne historiseringen.

Studien viser at da narkotikabruk begynte å bli et problem i Norge, var det legene som «eide» feltet. Relativt fort ble representanter fra justisfeltet invitert inn, da det ble besluttet å gjøre bruk og besittelse av narkotika ulovlig. Bakgrunnen for dette var at man tenkte at det var et tett samarbeid mellom helsevesenet og fengselsvesenet, hvilket senere har vist seg å ikke stemme. De neste tiårene kom kommunene og fylkeskommunene stadig sterkere inn i feltet, sammen med flere andre, og legene mistet stadig mer myndighet. Narkotikabruk var et sosialt problem, som best ble løst med forebygging og rettslige sanksjoner og tvang. Denne tanken sto sterk frem til slutten av 90-tallet, da helsevesenet, og med det legene, fikk mer ansvar for behandling, og vi ser en økende medikalisering av feltet, som består frem til i dag.

Nøkkelord: narkotika, praxeologi, narkotikapolitikk, rusomsorg, symbolsk vold

Abstract

This paper seeks to describe how the field of drug policy in Norway was developed, using registrant analysis of governmental papers from 1960 to 2012. In the paper I try to reveal the fields structure, agents and doxa, and the conditions in place for changes that have happened during the period, and how the fields structure influences the field itself.

The study is based upon a praxeological optic, and uses the French sociologist Pierre Bourdieus theories about field, capital, doxa and symbolic power and violence. The outcome of the registrant analysis is presented in two parts. First a chronological, descriptive view of the governmental papers and the time period they are from. Then I seek to objectivize and analyze this historisation.

The study shows that when drugs started to become a problem in Norway, it was the doctors who «owned» the field. However, relatively fast representatives from the field of justice were invited in to the field, when they decided to make use and possession of drugs illegal. The logic behind this decision was, amongst other things, that they thought the collaboration between healthcare and prisons was very good, which later was found not to be the case. The next decades the municipalities and counties, along with some others, became increasingly powerful in the fields, and the doctors lost a lot of power. Drug use was a social problem, which was best solved by prevention efforts and strict legislation. This was the consensus until the late 1990's, when health care, and with that doctors, were granted more responsibility regarding treatment, and the field is increasingly medicalized.

Keywords: drugs, preaxeology, drug policy, drug related care, symbolic violence.

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1: Innledning.....	1
1.1: Studiens bakgrunn.....	1
1.2: Studiens hensikt.....	1
1.3: Avgrensninger	2
1.4: Oppgavens struktur	3
Kapittel 2: Teoretisk rammeverk.....	4
2.1: Felt og relaterte begrep.....	4
2.1.1: Kapital	6
2.1.2: Symbolsk makt og vold.....	8
2.2: Kontrollpolitikk.....	9
Kapittel 3: Om rusbruk og ulike narkotiske stoffer	10
3.1: Om bruk og avhengighet	10
3.2: Stoffene som blir omtalt.....	12
Kapittel 4: Fremgangsmåte	14
4.1: Datautvalg	14
4.2: Registrantanalyse	14
4.3: Behandling av data	15
4.4: Etske hensyn.....	16
Kapittel 5: Auto-sosio-analyse	17
Kapittel 6: Historisering	23
6.1: St. meld. Nr. 66 (1975-76): Om Narkotikaproblemer	23
6.1.1: Utviklingstrekk ved narkotikaproblematikk i Norge frem til 1976.....	23
6.1.2: Utvalg opprettes	25
6.1.3: Politikken som ble ført	26
6.1.4: Forebygging	27
6.1.4.1: Tiltak rettet mot å begrense omsetning og foreskriving av avhengighetsskapende legemidler.....	28
6.1.4.2: Tiltak rettet mot ungdom.....	29
6.1.5: Hvem var rusavhengige, og hva er de avhengig av?	30
6.1.6: Behandling	31
6.1.6.1: Hvor skulle behandlingen finne sted?	32
6.1.6.2: Bruk av tvang i behandling	32
6.1.7: Ettervern	33
6.1.8: Organisering av tjenestene: forholdet mellom det offentlige og private organisasjoner	34
6.1.9: Norsk sosialrådgivertjeneste i København	34

6.10: Oppsummering - Starten på et politisk felt.....	35
6.1.10.1: Fagstyre og legedominans	35
6.1.10.2: Narkotikabruk er et symptom.....	36
6.2: St.meld. nr. 13 (1985-1986): Om Narkotikaproblemene og narkotikapolitikken	37
6.2.1: Hvem skrives det om, hva bruker de og hvorfor?	37
6.2.2: Organisering og opprustning av omsorgen for rusmisbrukerne - integrasjonsmodellen.....	40
6.2.3: Nasjonale og lokale utvalg	42
6.2.4: Frivillige organisasjoner.....	42
6.2.5: Forebyggende arbeid	43
6.2.6: Kontrollapparatet.....	44
6.2.6.1: Lovgivningen	44
6.2.6.2: Politiet og påtalemyndighetene	46
6.2.6.3: Kriminalomsorgen.....	47
6.2.6.4: Legemiddelkontrollen	47
6.2.7: Behandling, behandlingsalternativer og rehabilitering.....	48
6.2.7.1: Tiltaksapparatet utenfor institusjon	48
6.2.7.2: Heldøgnsinstitusjoner	49
6.2.7.3: Rehabilitering og rehabiliteringsproblemer.....	49
6.2.7.4: Gravide stoffmisbrukere.....	50
6.2.8: En forskningsbasert politikk.....	51
6.2.9: Oppsummering: Misbrukere og kriminelle	51
6.2.9.1: Doksa og symbolsk vold.	51
6.2.9.2: Agentene.....	52
6.3: St.meld. nr. 69 (1991-92): Tiltak for rusmiddelmisbrukere	52
6.3.1: Hvem var rusmisbrukerne og hvem var tiltaksapparatet utviklet for?	53
6.3.1.1: Grupper som krevde spesiell innsats	53
6.3.1.2: Handlingsplanen mot stoffmisbruk	55
6.3.2: Sosialloven – ny organisering av rusomsorgen	55
6.3.2.1: Kostnader knyttet til behandling	56
6.3.2.3: Bruk av tvang overfor rusmiddelavhengige	57
6.3.3: HIV/AIDS og metadonprogrammet	59
6.3.4: Oppsummering: endringer på grunn av sykdommer og død	61
5.3.4.1: Hvor omfattende skal tvangsbestemmelsene være?	62
6.4: St.meld. nr. 16 (1996-97): Narkotikapolitikken	62
6.4.1: Hvem skrives det om i stortingsmeldingen og hvilke stoffer misbruker de?	63
6.4.1.1: Stoffbruk blant ungdom.....	64

6.4.1.2: De mest problembelastede misbrukerne.....	65
6.4.1.3: Prostitusjon og rusmisbruk.....	65
6.4.2: Ulike former for behandling.....	65
6.4.2.1: Metadonbehandling.....	65
6.4.2.2: Tvangsbehandling.....	67
6.4.2.3: Tiltak for rusmisbrukere i fengsel.....	68
6.4.3: Skadereduksjon.....	68
6.4.4: Kompetanseutvikling og dokumentasjon av behandlingsresultater.....	69
6.4.5: Narkotikalovgivning/ de kontrollpolitiske tiltakene.....	70
6.4.6: Oppsummering – Mer tvang og mer skaderedusering.....	71
6.5 Meld. St. 30 (2011-2012): Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk.....	72
6.5.1: Hvordan forstås problemet og hvilke stoffer omtales?.....	73
6.5.2: Forebygging.....	75
6.5.2.1: Kontrollpolitisk arbeid.....	76
6.5.3: utfordringer knyttet til rusomsorgen og foreslåtte løsninger.....	77
6.5.3.1: Legaliseringsdebatten.....	79
6.5.4: Stoltenbergutvalgets rapport om narkotika.....	79
6.5.4.1: Heroinassistert behandling.....	81
6.5.5: Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).....	81
6.5.6: Tvangsbruk.....	82
6.5.7: Andre viktige tiltak.....	83
6.5.8: Oppsummering: Nye rettigheter, gamle tilbud?.....	84
Kapittel 7: Analyse.....	86
7.1: Fem tiår med rusmisbruk og rusbehandling.....	86
7.1.2: Doksa: Fra et sosialt problem til et helseproblem?.....	86
7.2: Feltet.....	88
7.2.1: Agenter over tid.....	89
7.2.2: Stoltenbergutvalget.....	89
7.3: Symbolsk makt og vold - straffereaksjonene.....	90
Kapittel 7: Avsluttende tanker.....	93
Litteratur.....	94

Kapittel 1: Innledning

1.1: Studiens bakgrunn

Denne masteroppgaven handler om utviklingen av den norske narkotikapolitikken, belyst med Pierre Bourdieu sine teorier om felt, kapital og symbolsk makt og vold som verktøykasse teoretisk og metodologisk. I alle deler av samfunnet møter man mennesker med rusproblemer. Dette er særlig synlig i helsevesenet, og for mange sykepleiere er møter med mennesker med rusproblematikk en mer eller mindre vanlig del av arbeidet.

I mitt arbeid som sykepleier på Akuttposten i Bergen, en avdeling som tar imot pasienter med akutt rusproblematikk, har denne pasientgruppen blitt spesielt viktig for meg. Den norske narkotikapolitikken var jeg ikke spesielt opptatt av før jeg begynte på avdelingen i januar 2014, men interessen og engasjementet ble for alvor vekket i etterkant av stengingen av Flagghøyden i Nygårdsparken i Bergen i august samme året. I Bergen var Nygårdsparken i over fire tiår samlingsplass for rusavhengige, og parken ble omtalt som Norges, og kanskje en av Nord-Europas, største åpne russcener (Ferguson, 2014). I perioden før stengingen kom Bergen kommune og Helse Bergen med mange løfter om behandlingsplasser og flere tilbud til personene som frekventerte parken. Som sykepleier på Akuttposten så jeg hvordan disse løftene ble fulgt opp i varierende grad, og hvordan politiet håndterte sin del av arbeidet, blant annet med bortvisninger og bødelegginger.

1.2: Studiens hensikt

I dag er all befattelse med narkotika, inkludert bruk, ulovlig og straffbart med bøter og tid i fengsel. I tillegg er det et svært komplekst nettverk av tiltak, både behandlingstiltak og annet, på kommunenivå, i helseforetakene og i private behandlingsinstitusjoner. Det er et område det er utfordrende å få oversikt over. Da jeg hadde faget SYKVIT 303 Praxeologisk teori og praxeologisk forskning forsto jeg at denne vitenskapelige tilnærmingen ville være en hensiktsmessig måte å undersøke narkotikafeltet på, da jeg ville skrive OM en praktikk. Jeg ville forstå og beskrive hvorfor rusomsorgen og tiltakene rettet mot narkotikaavhengige ser ut som det gjør. Altså hvorfor narkotikafeltet ser ut som det gjør. I følge Bourdieu kan man ikke undersøke et felt uten å undersøke feltets historiske utvikling og struktur. Dermed måtte jeg undersøke narkotikapolitikkens utvikling.

Dette førte til forskningsspørsmålet:

- *Hvordan kan det være at rusfeltet i Norge ser ut som det gjør i dag (2017)?*

For å kunne svare på dette har jeg også følgende tilleggsspørsmål:

- *Hva er feltets historie? Feltets genese eller oppkomst.*
- *Hvordan strukturerer feltet seg? Agenterne forstått som institusjoner og individer og det doksa, heterodoksa og ortodoksa.*
- *Og hvordan virker dette inn på feltet? Hvem har den dominante rolle og hvem er dominerte innenfor feltet. Hvem har definisjonsretten i feltet?*

Med utgangspunkt i disse spørsmålene vil jeg skrive en historisering av narkotikafeltet, for så å bruke denne til å forklare hvordan feltet ser ut og hvordan det virker i dag.

Det finnes en del litteratur om rusfeltet, blant annet har Aina Schiøtz, professor i medisinsk historie, skrevet to artikler om rusfeltet «Rus og rusmiddelpolitikk i Norge: Et historisk tilbakeblikk» (2012) og «Rus i Norge» (2017). Disse tar begge for seg både alkohol og narkotika. Astrid Skretting, sosiolog og forsker ved Statens institutt for rusmiddelforskning, publiserte i 2014 artikkelen «Governmental conceptions of the drug problem: A review of Norwegian governmental papers 1965-2012», som kun handler om narkotikapolitikken og de politiske tiltakene som har blitt gjort. Alle disse tre artiklene benytter jeg meg av i historiseringen. Det er også skrevet om rushistorie og ruspolitikk i ulike fagbøker rettet mot helsepersonell, men dette er ofte kort og en blanding mellom internasjonal og norsk historie¹. Jeg har ikke funnet noe litteratur der Bourdieus teoretiske verktøy er blitt benyttet for å belyse narkotikaproblematikken, og således håper jeg å kunne gjøre et originalt bidrag til forskningen som andre senere kan bruke.

1.3: Avgrensninger

I denne oppgaven vil jeg primært skrive om politikk som omhandler narkotika med utgangspunkt i stortingsmeldinger og relaterte nasjonalpolitiske dokumenter. Narkotika forstås i denne sammenheng som opiater, amfetamin og cannabis, og avhengighetsskapende legemidler som benzodiazepiner og benzodiazepinliknende (z-hypnotika) preparater. Jeg vil i liten grad snakke om alkohol, til tross for at dette er det mest utbredte og, ifølge noen, mest skadelige rusmiddelet for individer og samfunnet vi har. Skillet mellom alkoholavhengige og narkotikaavhengige kan i mange tilfeller fremstå som kunstig, i den forstand at rusadferden og

¹ Se [4.3: Behandling av data](#) for mer informasjon om disse bøkene.

avhengigheten fremstår som lik, at mange som misbruker narkotika også bruker alkohol, og at mange alkoholavhengige også bruker beroligende legemidler og narkotika. I praksis vil derfor mye av politikken omhandle både alkohol og narkotika. Til tross for dette velger jeg likevel å ikke skrive om alkohol, da forskjellene også er store. Alkohol er bredt tilgjengelig gjennom legale, regulerte kanaler, og er allment akseptert i befolkningen. Det er ikke narkotika. Behandlingsapparatet var også adskilt lenge, da det frem til begynnelsen av 1990-tallet var et eget alkoholistsorgsapparat, som narkotikabrukere i liten grad hadde tilgang til. I de seneste stortingsmeldingene blir også dopingmidler, som anabole steroider, behandlet. Jeg går ikke inn i dette feltet da dette er midler som blir tatt med prestasjonsfremming som motivasjon, ikke rusfølelse. Når det er sagt er det også her en viss overlapping mellom personer som bruker doping og rusmidler, men jeg vil da kun fokusere på rusmidlene.

1.4: Oppgavens struktur

I det følgende kapittelet, kapittel to, vil jeg redegjøre for det teoretiske rammeverket som har blitt benyttet i arbeidet med oppgaven. Deretter, i kapittel tre, vil dagens forståelse av rusbruk og rusavhengighet bli lagt frem, samt en kort forklaring av de ulike stoffene som blir omtalt senere i oppgaven. I kapittel fire forteller jeg hvordan jeg har gått frem i analysen, hvilke data jeg bruker og etiske hensyn. Deretter kommer en auto-sosio-analyse i kapittel fem, der jeg analyserer min egen sosiale bakgrunn og forsøker å redegjøre for mine disposisjoner i møte med feltet og hvilke utfordringer det gir for min objektivisering av feltet. Så følger historiseringen av rusfeltet i kapittel seks, der jeg kronologisk beskriver innholdet i stortingsmeldingene jeg analyserer som mine primære data. Neste kapittel, kapittel syv, er en overordnet analyse av hele perioden. Før jeg til slutt kommer med en oppsummering og avsluttende tanker i kapittel åtte.

Kapittel 2: Teoretisk rammeverk

I det følgende kapittelet vil jeg beskrive deler av Pierre Bourdieus begreper og teorier som blir brukt som analytiske verktøy i oppgaven. Pierre Bourdieu (1931-2002) var en fransk sosiolog og en av det tyvende århundrets mest betydningsfulle forskere. Det aller meste av hans forskning handlet om å forstå og beskrive forskjeller og ulikheter i samfunnet, hvordan og hvorfor folk handler som de gjør og hvordan de selv forstår disse handlingene. For å gjøre dette lanserte Bourdieu en rekke begreper for å gjøre det mulig å analysere og diskutere komplekse problemstillinger knyttet til sosial reproduksjon og praksis (Wilken, 2011, s. 9). Bourdieus begreper, der felt, kapital og symbolsk makt er blant de mest sentrale, vil jeg beskrive i det følgende kapittelet.

2.1: Felt og relaterte begrep

Feltbegrepet er et av de mest grunnleggende begrepene i Bourdieus forfatterskap. Et felt kan forstås som et nettverk av objektive relasjoner mellom ulike posisjoner. Man kan, i følge Bourdieu (2007, s. 110) forstå feltet som en fotballbane der spillerne på banen har ulike posisjoner og roller og oppgaver overfor hverandre. Spillerne på fotballbanen har ulike bakgrunner, egenskaper og muligheter, hvilket gir dem tilgang på forskjellige posisjoner. For eksempel vil ikke spilleren som alltid har trent til å være keeper bli plassert noen andre steder enn i mål, og en spiller som har trent masse vil få en viktigere posisjon enn en som ikke har opparbeidet seg like mange treningstimer. Disse posisjonene definerer deres nåværende eller potensielle plassering i feltet utfra *habitus*, mengde *kapital* eller makt, og gir agentene som innehar posisjonen muligheter og hindringer basert på hvilke kamper som kjempes i feltet og hva slags relasjoner agentene har seg imellom.

Habitus er en sosialisert subjektivitet (Bourdieu og Waquant, 1992, s.126). Med det menes de varige *disposisjoner*; økonomiske, sosiale og kulturelle kapitaler, som man har til å handle, tenke eller føle på bestemte måter, og som ubevisst blir tillært gjennom et liv under bestemte sosiale forhold (Wilkens, 2011, s.46). En fotballspiller som spilt fotball siden tidlig barndom, og selv har en far som har spilt fotball, har spillet i ryggmargen, og har en annen forståelse for og tilgang til spillet enn en spiller som begynte å spille fotball i tenårene og der foreldrene ikke hadde noen interesse for eller forståelse for sporten. Og en fotballspiller som har hatt foreldre med god nok økonomi til å sende spilleren på fotballeirer og eliteakademi, vil ha et langt bedre utgangspunkt enn en spiller som ikke har hatt de samme mulighetene.

Feltene er i stor grad autonome og har egne logikker. For at feltet skal ha en eksistensberettigelse må agentene tro på feltets struktur og forstå kampene som utkjemper og at de er verdt å kjempe. Dette kalles *doksa*, og er en grunnleggende, ikke-uttalt sannhet. Doksa er svært viktig for å forstå feltet og agentenes handlinger. Denne er både internalisert i agentene, men også eksternalisert i den form at agentenes posisjon i feltet avgjør hvilke meninger de kan ha, hva de kan gi uttrykk for og hvilke beslutninger de kan treffe (Wilkens, 2011, s. 56). Troen på kampene i feltet og feltets doksa kalles *illusio*, og det er doksa og *illusio* som gir feltet en objektiv mening og meningsfylte praksiser (Bourdieu, 2007, s. 110). En fotballkamp er viktig fordi spillerne selv mener at det er viktig. Spilletts regler eksisterer kun på fotballbanen, men der er de udiskutable. Det er kun én person som får røre ballen med hendene sine, og det er keeperen. Hvis ikke bryter de reglene. Og det er riktig at den rette sanksjonen mot en eller annen form for regelbrudd er rødt eller gult kort og at det andre laget får frispark eller straffespark. Disse praksisene er meningsfylte og opprettholder spillets mening.

Feltet har også et eget språk, der agentene snakker og tenker på dette språket, mer eller mindre ubevisst. I fotball er offside og andre begreper meningsfylte for spillerne, men for personer utenfor spillet kan dette bety helt andre ting, eller ikke bety noe i det hele tatt. Feltet eksisterer kun mellom agentene, inkludert de ulike institusjonene, og feltet påvirker agentenes omgivelser. Det er agentene, avhengig av hvor mye makt eller kapital de har i feltet, som bestemmer feltets struktur.

Bourdieu (Bourdieu og Waquant, 1992, s.90) mente at man ikke kan forstå et felt dersom man ikke undersøker feltets struktur, feltets historie, og hvordan feltet relaterer seg til andre felt. Altså må jeg undersøke rusfeltets historie, relasjon til andre felt; kanskje særlig det medisinske felt, sosialtjenestefeltet, samt det juridiske felt, og rusfeltets struktur; hvilke personer eller institusjoner som er agenter i feltet og hvilke posisjoner de innehar og hvordan de posisjonerer seg i forhold til hverandre.

I en feltanalyse rekonstrueres struktur ut fra to motsatte ekstremer, eller motpoler. Disse kan i ruspolitikken for eksempel være en «progressiv» politisk kulturell venstreorientering, der solidaritet med medmennesker og fellesløsninger er viktige verdier, og «konservativ» politisk økonomisk høyreorientering, der man er mer opptatt av individenes frie valg og opprettholdelse av status quo. Da disse polene er ekstremer er det få av agentene som faktisk tilhører en av polene helt og holdent, men det er mellom disse polene at kampene utspiller seg og det er slik man kan forstå polenes strukturelle virkning (Prieur og Sesoft, 2006, s.162).

2.1.1: Kapital

Det er umulig å redegjøre for et felts struktur og funksjon uten å se på de ulike formene for kapital innad i feltet. Bourdieu identifiserte fire hovedtyper kapital; kulturell kapital, økonomisk kapital, sosial kapital og symbolsk kapital. De ulike formene for kapital forstås og fremstår på ulike måter, men de handler alle sammen om det samme. Det er kapital som gjør at kampene og de ulike posisjonene i feltet er noe annet enn tilfeldigheter.

Det tar tid å samle kapital, og på grunn av at kapital har en tendens til å reprodusere seg selv er det blant annet kapital som gjør at ulike mennesker har ulike mulighetsbetingelser i møte med ulike felt. For eksempel vil det være mer mulig for en med mye økonomisk kapital å studere i flere år og dermed ha mulighet for å tilegne seg en profesjon som igjen gir ytterligere akkumulering av økonomisk kapital. For en med mindre økonomisk kapital vil kanskje det samme studiet være langt vanskeligere å gjennomføre og selv jobbene etter endt studium vil være annerledes på grunn av utgangspunktet med forskjellige kapitaler.

Økonomisk kapital er primært materialistisk rikdom i form verdipapirer, eiendommer, jord eller annen type verdi som er lett å omsette i penger. De ulike kapitalformene kan alle til en viss grad avledes fra økonomisk kapital, men selve vekslingen koster. For eksempel krever det gjerne mye økonomisk kapital å ha råd til å bruke tiden som behøves for å bygge kulturell kapital, gjennom for eksempel studier (Bourdieu, 1986/2011, s. 86).

Kulturell kapital er mer kompleks. Denne kapitaltypen kan forstås som tre ulike former; kroppslig form, objektivert form og institusjonalisert form. I kroppslig form er kulturell kapital en del av habitus og handler da om å foretrekke bestemte verdier og goder, og evne å uttrykke denne preferansen kroppslig, mentalt og sosialt (Wilken, 2011, s. 59.). Dette kommer til uttrykk gjennom manerer, språk og preferanser innen alt fra mat, reiser og politiske holdninger (ibid., s.60). Denne kapitalformen kan ikke kjøpes eller arves som eiendom eller penger, men erverves gjennom oppdragelse, sosial innlæring og arbeid og tid fra den enkelte (Bourdieu, 1986/2011, s. 83-84).

Den objektiverte formen for kulturell kapital er mer håndfast. Denne innbefatter materielle gjenstander som bøker, statuer/kunstverk, instrumenter og monumenter. Denne typen kulturell kapital kan man også få adgang til gjennom økonomisk kapital ved å kjøpe kulturelle objekter med høy kulturell kapital. Men man trenger ikke eie et kulturelt objekt for å kunne få en andel av den kulturelle kapitalen objektene innehar, man kan konsumere objektene, ved for eksempel å gå på museer (ibid., s. 85).

Kulturell kapital i institusjonalisert form viser seg som blant annet akademiske grader og titler, priser og utmerkelser. Institusjonaliseringen av kulturell kapital legitimerer den og gir den makt, dessuten fungerer den som en slags konverterer mellom kulturell og økonomisk kapital, ved at man kan bestemme hvor mye ulike grader og priser er verdt i penger (ibid., s. 86).

Sosial kapital referer til de faktiske eller potensielle ressursene man har i sitt nettverk, altså hvor stort nettverket er og hvor mye kapital personene eller institusjonene i nettverket selv har (ibid.). På samme måte som økonomisk og kulturell kapital kan akkumuleres gjennom ulike investeringsstrategier, akkumulerer man sosial kapital gjennom å investere i sosiale relasjoner, da de må pleies og vedlikeholdes. Også institusjoner kan ha sosial kapital (Priour og Sesoft, 2006, s. 93), for eksempel gjennom et godt rykte som gjør det prestisjefylt å assosieres med dem, som for eksempel Røde kors, som har hatt mange politiske tungvektene i sentrale posisjoner.

Symbolsk kapital kan så forstås som den symbolske effekten av kapital, altså den merverdi som kommer når andre kapitaler konverteres til innflytelse eller anerkjennelse. Symbolsk kapital er kvaliteter man ikke umiddelbart forstår som profitt av en investering, som godt rykte, ære, moral prestisje og berømmelse, men som er både grunnlaget for og resultatet av omsetning av andre kapitalformer.

Hvor mye symbolsk kapital en har, kan også forstås som hvor mye en har investert i det kollektive foretagende, det som blir ansett som viktig i feltet. Hvis du har brukt mye tid på å studere til akademiske grader, og på veien anerkjent akademias og akademikernes verdi, vil man selv få mer symbolsk kapital (Bourdieu, 2007, s. 113). Dersom en person donerer penger til veldedighet, vil andre i personens omkrets se på personen som en med god moral, empati og velgjørenhet. Dette gode ryktet kan senere personen profittere på i senere sammenhenger, ved at andre vil gjøre forretningsavtaler eller hjelpe personens barn med jobb (Wilkens, 2011, s.63). Dette viser også hvordan høy kapital i én form, da særlig høy økonomisk kapital, kan føre til akkumulering av annen kapital.

Forskjellige typer kapital verdsettes i forskjellige felt. En politiker kan forgudes av noen, og foraktes av andre, på bakgrunn av den samme politikken (Priour og Sesoft, 2006, s. 186). For eksempel kan innføring av skadereduserende tiltak møtes med hoderisting og avsky hos noen og applauderes av andre².

²² Se for eksempel [6.4.3: Skadereduksjon](#)

I forskning er kapitalbegrepet nyttig, da man kan gjøre en relativ kvantifisering, som ikke nødvendigvis er helt nøyaktig, men likevel kan avdekke forskjeller basert på kvalitative indikatorer. For eksempel kan man analysere en person sin sosiale bakgrunn og posisjoneringer, og på den måten plassere personen i feltet. I det medisinske felt gir det for eksempel både mer økonomisk og kulturell kapital å ha en legeutdanning enn en sykepleierutdanning, da leger tjener bedre og har høyere, mer prestisjefylte utdannelser. Det er heller ikke nok at sykepleiere har mastergrader eller en ph.d. innenfor det medisinske felt, rett og slett fordi sykepleieryrket og sykepleievitenskap alltid blir symbolsk lavere vurdert enn en legeutdanning, avhengig av utdanningslengde og forskningsbakgrunn (Petersen og Lundin, 2007, s. 22-23). Da kan man også gå inn i den sosiale bakgrunnen til legene og finne indikatorer for hvorfor de har valgt som de har gjort. Har de selv foreldre som er leger eller har andre prestisjefylte utdannelser? Er de brennende opptatt av å hjelpe mennesker? Er de opptatt av teknologi og velger å spesialisere seg innen høyteknologiske medisinske retninger som nevrokirurgi? Eller har de vært engasjert i bistandsorganisasjoner og ønsker å bli infeksjonsmedisinere med mål om å kunne jobbe for Leger uten grenser?

2.1.2: Symbolsk makt og vold

Bourdieu definerer symbolsk makt som makten til å konstruere virkeligheten og dermed menneskers forståelse og syn på verden. Denne virkelighetsforståelsen fremstår som sann og absolutt, noe som betyr at menneskene som er involvert ikke har mulighet til å forstå at det er snakk om maktutøvelse og at virkelighetsforståelsen er vilkårlig, som igjen utelukker andre måter å forstå virkeligheten på. Denne makten beskrev Bourdieu som usynlig, da hverken de som har fordel av maktutøvelsen eller de den går utover er klar over at maktutøvelsen finner sted. Symbolsk makt fungerer som en slags naturlov som får en vilkårlig sosial orden til å fremstå som en naturlig orden (Wilken, 2011, s. 90-91).

Symbolsk makt utøves gjennom symbolsk vold. I følge Bourdieu har staten, med sitt altdominerende og allestedsværende vesen monopol på symbolsk vold. Staten finnes både ute i samfunnet i form av institusjoner og lovgivning, men også inkorporert i hver enkelt borger og vår virkelighetsforståelse. Den formaliserte symbolske volden utøves gjennom alle former for autorisert undervisning i eller informasjon om hvordan verden er innrettet. For eksempel ved holdningsskapende arbeid eller informasjonskampanjer i skolen eller fritidsklubber. Denne typen pedagogiske handlinger formidler og reproducerer det sosiale doksa, og sikrer enighet rundt denne. Symbolsk vold navngir og klassifiserer den sosiale virkeligheten. Dette kan skje

politisk, ved å vedta lover, ved alle former for sosialisering og gjennom den fysiske innretningen av samfunnsrommet (ibid., s. 91-93). I forbindelse med narkotikaproblematikk er et nærliggende eksempel på symbolsk vold politiets praksis med bortvisning og bøtelegging av narkomane fra bysentra.

Denne symbolske makten henger også sammen med det politiske felts logikker og prioriteringer. Grunnleggende for demokratiet er delegering av makt fra folket til politikerne, men når det politiske feltet avgrenses fra omgivelsene, vil det bli mer naturlig for politikerne å arbeide for og mot hverandre, enn folket de skal representere. Dette fører med seg en risiko for at store befolkningsgrupper ikke blir representert, og jo mindre kapital den gjeldende befolkningsgruppe har, jo større er risikoen for at deres innflytelsesmuligheter er små (Wacquant, 2004, referert i :Prieur og Sesoft, 2006, s. 186).

2.2: Kontrollpolitikk

Regulering betyr å ordne eller dirigere (Regulere, 2017). Slik kan vi også forstå reguleringspolitikken som ble ført i forbindelse med alkohol fra 1920-tallet av. Målet var å dirigere alkoholbruken i samfunnet, blant annet ved opprettelsen av det halvstatlige vinmonopolet (Schiøtz, 2017, s. 11). I forbindelse med narkotika valgte man tidlig å drive med kontrollpolitikk fremfor reguleringspolitikk. I følge bokmålsordboka kan kontroll bety både tilsyn, overvåking og makt eller herredømme (Kontroll, 2017). I kontrollpolitikken som er ført i forbindelse med narkotika kan denne forstås som en blanding av begge betydningene av ordet. For tollvesenet var målet å overvåke og hindre innførsel av narkotika. Staten har ønsket makt og oversikt over rusfeltet. Politiet har vært ansvarlige for å overvåke og gripe inn i aktivitet underlagt bestemmelser i straffeloven.

I dag er narkotikakriminalitet regulert av to lover. Straffeloven § 231 og §232 rammer narkotikalovbrudd som produksjon, innførsel, utførsel, kjøp, oppbevaring, sending og overdragelse. Loven er delt inn i fire kategorier for lovbrudd, der strafferammene er henholdsvis 2, 10, 15 og 21 års fengsel, basert på alvorlighet og art av forbrytelse. §317 rammer økonomisk utbytte av narkotikakriminalitet. Her er også strafferammen gradert, men kan under meget skjerpene omstendigheter føre til 21 år i fengsel (Straffeloven, 2005, kapittel 23).

Bruk og besittelse av små kvanta cannabis eller narkotiske legemidler reguleres av Legemiddeloven §22-25. Strafferammen her er på inntil 6 måneder i fengsel. En av forskriftene til legemiddeloven er narkotikalista som bestemmer hvilke stoffer som er omfattet av narkotikalovgivningen (Fekjær, 2009, s. 390).

Kapittel 3: Om rusbruk og ulike narkotiske stoffer

Vi har nå sett på hvilken måte Bourdieus begrep kan benyttes i forbindelse med forskning på felt. I det følgende skal jeg redegjør for hvordan rusbruk defineres og forstås i dag. Samt beskrive kort de ulike narkotiske stoffene som blir omtalt senere i oppgaven.

3.1: Om bruk og avhengighet

I dag brukes det flere forskjellige begreper for å beskrive en persons relasjon eller omgang med rusmidler. Bruk, eksperimentell bruk, rekreasjonsbruk, misbruk, skadelig bruk og avhengighet. Overgangene er glidende. Bruk er et nøytralt ord, og bruk av rusmidler etablerer kun at noen har benyttet seg av et eller annet rusmiddel. Hvordan man forstår rusbruken er derimot avhengig av hvilke rammer den skjer innenfor. Både tidspunkt, situasjon og sted er av betydning for hvorvidt bruk av rus er godtatt eller blir oppfattet som sosial avvikende, og eventuelt skremmende. Dersom man bruker rus i sosiale sammenhenger, der det er forventet og godtatt at rus forekommer, og kanskje øker gleden ved det man gjør, kalles det rekreasjonsbruk. Et eksempel kan være et glass vin til middagsmåltidet. Dette er en form for bruk som er svært vanlig i Norge, og som mange blir sosialisert inn i. Riktig omgang med rusmidler kan sies å være en del av habitus. Eksperimentell bruk er bruk for å prøve ut et rusmiddel. For ungdom er ofte de første erfaringene med alkohol eksperimentelle, før bruken eventuelt glir over i en annen type bruk. Svært mange prøver også andre rusmidler, uten at denne bruken i seg selv er et problem. Bruken blir først problematisk dersom den fører til en rusatferd som gir helsefare. Risikoen for at eksperimentell bruk gir endringer i hjernen og skadelig rusatferd er svært liten, men blir større jo oftere rusbruken gjentas og jo yngre personen er (Mørland og Waal, 2016, s.19). Da omdefineres imidlertid bruken til misbruk, eller skadelig bruk. Dette er rusbruk som er skadelig eller plagsom for brukeren eller andre.

Misbruk er et svært utbredt men lite presist begrep. Misbruk forstås som all bruk av rusmidler som ikke er sosialt akseptert og all bruk som er sosialt støtende eller skaper sosiale vansker, eventuelt helseskader (ibid., s. 20). I grunnbetydningen ligger dessuten en forutsetning om at det finnes en bruk av rusmiddelet som er akseptert. For illegale rusmidler stemmer ikke det, da vi har lover som gjør selve bruken straffbar. Også andre rusmidler har man regulert gjennom lovverket, hva som er lovlig og hva som ikke er det. Et alternativt begrep til misbruk er skadelig bruk. Ved å benytte skadelig bruk fremfor misbruk flyttes fokuset fra riktig eller feil bruk av rusmidler, til eventuelle (helse-) konsekvenser av rusbruk. Dette gjelder for både psykisk og fysisk helse. Skadelig bruk kan ofte forstås som et symptom på psykiske, fysiske,

eller sosiale problemer. Et eksempel kan være overforbruk av beroligende legemidler, som benzodiazepiner, på grunn av angst eller depresjon.

Hva avhengighet er eller ikke, er for tiden svært omdiskutert. Tidligere var det det psykologiske og sosialvitenskaplige tilnærminger som var utgangspunktet. I dag får biologiske og medisinske forståelser stadig sterkere posisjoner. Nevrobiologer og deres meningsfeller mener avhengighet er en konsekvens av nevrokognitive skader som følge av overdreven rusmiddelbruk. Den viktigste er lokalisert i belønningssenteret i hjernen. Hjernens belønningssenter skades slik at mengden dopamin, kroppens signalstoff for belønning, blir skilt ut i kroppen og stiger, for deretter å synke drastisk, noe som gjør at opplevelsen av belønning reduseres, samtidig som personen som ruser seg søker stadig høyere belønningseffekt, slik det var initielt. I alvorlige tilfeller kan rusbruk da prioriteres høyere enn andre aktiviteter som er viktige for personen. I tillegg til skaden på belønningssenteret kan overdreven rusbruk blant annet føre til manglende læringsevne, nedsatt evne til oppmerksomhet og planlegging, nedsatt impuls kontroll og nedsatt evne til å vurdere tidsvarighet (Biong og Ytrehus, 2012, s. 67-68). Årsakene til avhengighet kan i et nevrobiologisk perspektiv forklares ved genetiske faktorer, sammen med miljøpåvirkning. Det er påvist flere hundretalls gener som kan relateres til utviklingen av avhengighet. Genene synes å kunne påvirke utviklingen av avhengighet på særlig to måter. For noen oppleves rusrelatert belønning svært sterk, mens andre er mer disponert for å risikovillighet, impulsatferd og psykiske lidelser (ibid., s. 69).

Innenfor psykologien forklares avhengighet som belønningssøkende atferd som er kommet ut av kontroll. Denne forklaringen har med seg den nevrobiologiske modellen for avhengighet, men legger til at læringsaspekt, der læring blir grunnlaget for en ofte ubevisst vanemessig atferd (ibid. s. 70).

Avhengighet innen et sosiokulturelt perspektiv har også opplevelsen av gevinst eller belønning som utgangspunkt. Her har forventninger til rusmidler og strategier for å kunne takle belastninger og krav til fellesskap og kulturer mye å si. Dersom man er i et sterkt prestasjonspreget miljø, med høye krav og raskt tempo, er kanskje rusmidler for å kunne sove viktig, eller eventuelt sentralstimulerende rusmidler som gjør at søvnbehovet går ned og effektiviteten øker. Da kan man utvikle en avhengighet fordi man ikke lenger oppnår de samme gevinstene, være seg søvn eller manglende behov for søvn, annet enn ved bruk av rusmidler. Også mangel på annerkjennelse vil kunne føre til bruk av rusmidler i forsøk på å dempe vonde følelser. Videre kan bruk av rusmidler føre til marginalisering og ekskludering noe som kan føre til at individer søker innpass i alternative fellesskap der rusbruk ikke er avvikende. Behovet

for annerkjennelse vil da kunne drive den rusavhengige inn i en selvforståelse og en identitet som blir stadig mer preget av posisjonen som rusavhengig (ibid., s. 72).

For å få stilt diagnose om rusavhengighet i henhold til Verdens helseorganisasjons diagnosemanual, ICD, må man oppfylle minst tre av de følgende kriteriene:

1. Sterk lyst, eller følelse av tvang, til å innta stoffet.
2. Problemer med inntaket av stoffet – med å begynne og slutte og med mengden som inntas.
3. Fysiologisk abstinensstilstand som opptrer dersom bruken av stoffet opphører eller reduseres, eller som viser seg med karakteristisk abstinenssyndrom for det aktuelle stoffet, eller gjennom bruk av samme eller beslektet stoff for å lindre eller unngå abstinenssymptomer
4. Toleranseutvikling, slik at større doser må til for å gi samme effekt som tidligere.
5. Økende likegyldighet overfor andre gleder og interesser. Økende tid brukt på å skaffe seg stoffet, på å bruke det eller på å komme seg i form etter bruken av det.
6. Atferden og bruken fortsettes selv om det fører til åpenbare tegn på skadelige konsekvenser (Biong og Ytrehus, 2012, s. 66-67).

3.2: Stoffene som blir omtalt

I det følgende vil jeg kort beskrive de ulike narkotiske stoffene og legemidlene som blir omtalt i oppgaven.

- Opioider- Her inngår blant annet heroin, metadon, kodein og buprenorphine. Smertestillende. Øker dopaminnivået i kroppen etter inntak som gir hevet stemningsleie. Reduserte kognitive og psykomotoriske funksjoner. Døsighet og søvn følger ofte opioidinntak. Risiko for overdosedød som følge av opioidets negative effekt på respirasjonssenteret. Svært avhengighetsskapende (Mørland og Waal, 2016, s. 158-163).
- Sovemidler, beroligende og angstdempende legemidler – benzodiazepiner og benzodiazepinliknende legemidler. I denne gruppen inngår diazepam (eks. Valium og Stesolid) og klonazepam (Rivotril). Virker dempende på kognitive og psykomotoriske funksjoner. Kan heve stemningsleiet og virke søvnfremkallende. Svært avhengighetsskapende (ibid., s. 137-144).
- Cannabis – løfter stemningsleiet. Reduserer kognitiv og psykomototrisk funksjon. Mange opplever å bli avslappet etter å ha bruk rusmiddelet (ibid., s. 188-189).

- Sentralstimulerende rusmidler – I denne gruppen inngår amfetamin, metamfetamin, kokain, ecstasy, og virkestoffene i khat. Disse rusmidlene har til felles at brukerne opplever økt energi og våkenhet. Øker stemningsleiet. Styring og kontroll av tanker, følelser og adferd kan reduseres. Kan gi angst. Reduserer søvnbehov og appetitt, og gir økt tiltakslust og empati. Kan gi svært høy kroppstemperatur, hvilket kan føre til dødsfall (ibid., s. 199-208).
- Hallusinogener – I denne gruppen kategoriseres blant annet LSD. Disse stoffene endrer tankeprosesser, oppfatningen av sanseinntrykk og opplevelsen av seg selv og omgivelser. Gir psykoselignende tilstander. Reduserer sterk muligheten for å styre og kontrollere tanker, følelser og atferd. Virker svært svekkende på kognitive og psykomotoriske funksjoner. Kan fremkalle angst og panikk. Relativt lite avhengighetsskapende (ibid., s. 234-240).

Kapittel 4: Fremgangsmåte

4.1: Datautvalg

For å finne materiale søkte jeg i stortingets database. Søkeordene jeg brukte var variasjoner av narkotika, rusmidler, rusmiddelbruk, avhengighet og rusmisbruk. Mange av treffene som kom opp var fra diskusjoner i stortinget, samt innstillinger, preposisjoner, lovverk og andre kilder som jeg til en viss grad har brukt som bakgrunnsmateriale. Jeg har imidlertid kun valgt å analysere de stortingsmeldingene som er skrevet om narkotikapolitikken i Norge. Dette omfatter fem stortingsmeldinger skrevet i perioden 1976-2012. Gjennom stortingsmeldingene har jeg også funnet andre aktuelle kilder, som rapporter og komitéinnstillinger. Dokumenter fra de siste femten årene har jeg funnet på regjeringens nettside. Her brukte jeg samme fremgangsmåte som i stortingets databaser.

Stortingsmeldingene omhandler narkotikapolitikken i Norge. To av meldingene tar for seg både alkohol og narkotika, mens tre omhandler kun narkotika og vanedannende legemidler. For å kunne belyse viktige utviklinger eller endringer i politikken har jeg også gått inn i innstillinger og forarbeider til lovverk der det har virket hensiktsmessig, og rapporter og uttalelser der har vært nødvendig. Jeg har ikke kunne skrive frem en komplett historisering over feltet, på grunn av oppgavens rammer. Jeg har blant annet ikke gått inn i politiets retningslinjer og dokumenter, og jeg har gått lite inn i diskusjonene i stortinget, til tross for at dette trolig ville vært svært interessant. I den grad jeg går inn i stortingsdebatter, er det helt spesifikt knyttet til viktige forslag eller endringer i politikken og/eller regelverket. Det kunne også vært veldig interessant å gå inn i den offentlige debatten ført i landets aviser rundt foreslåtte nye tiltak og tilbud i rusomsorgen, men det har jeg dessverre også måttet gå bort fra.

4.2: Registrantanalyse

Ifølge Bourdieu må man historisere bestemte sosiale fenomener og strukturer, for å kunne forstå og forklare hvor de oppsto og hvordan de er forandret (Kropp, 2009, s. 173). Dette kan man gjøre ved en *registrantanalyse*. Dette er en metode for å lese og få overblikk over store tekstmengder, ved å systematisk stille de samme spørsmålene til teksten. Jeg ønsker å beskrive og analysere hvordan ruspolitikken i Norge har blitt slik den er i dag, dermed kan en registrantanalyse være hensiktsmessig for å forstå historiske prosesser som igjen kan gi en forståelse av hvorfor nåtidens agenter forholder seg til problemstillinger som de gjør (ibid. s, 173-174). I følge Kropp (ibid., s. 180) har registranten to likevektige formål. Det første er å analysere frem de ulike posisjonene i feltet, både de som er synlige og artikulerte, men også de

som er dominerende, men implisitte. Registranten skal historisere feltets nåværende organisering, og avdekke feltets doksa, implisitte prinsipper agentene i feltet fremstiller som fornuftige og nødvendige, og agentenes kamper. Det andre formålet er å bidra til en konstruksjon av en kronologisk oversikt over viktige hendelser i feltet, og ved hjelp av denne analysere frem den historiske prosessen som kan bidra til å forklare og forstå feltets organisering (Mathiesen, 2002, referert i: *ibid.*, s.181). En fordel registrantanalysen har i forbindelse med det siste punktet er at det er mulig å avdekke små forandringer eller forskjeller og spore hendelser som har igangsatt større historiske prosesser, agentene som var involvert i dette og forskjellene mellom dem (*ibid.*). Disse forskjellene kan forstås som ulikheter i kapitalmengde og kapitalsammensetning.

Stortingsmeldinger ble et naturlig utgangspunkt for analysen da de både kan belyse endringer i den sosiale og symbolske orden, i form av at de blir utgitt av regjeringen som endrer sammensetning og med det endrer kapitalsammensetning. De har også blitt utgitt relativt uregelmessig, med minst 7 år og maks 15 års mellomrom, og dermed er det relativt ulik kontekst for hver av stortingsmeldingene, noe som til en viss grad gjør dynamikken i feltet tydeligere. På grunn av at feltet i liten grad har blitt undersøkt tidligere, er det ifølge Kropp (*ibid.*, s. 183) dessuten hensiktsmessig å følge ett organ, i denne oppgaven er det sosialdepartementet/ sosial- og helsedepartementet/ helse- og omsorgsdepartementet.

4.3: Behandling av data

For å analysere stortingsmeldingene leste jeg stortingsmeldingene i sin helhet to ganger. Under lesingen benyttet jeg meg av et sett med spørsmål for å notere relevant informasjon i det skrevne. Spørsmålslisten ble formulert i tråd med Bourdieus begrep, og består av disse åtte spørsmålene:

- Hvem skrives det om – defineres de som én gruppe? Og hvis det er flere grupper, får de like mye plass? Forklares fokuset?
- Hvordan defineres rusproblemet? Er det for eksempel samfunnsmessig, juridisk, individuelt, turismerelatert, eller annet?
- Hvem definerer rusproblemet?
- Hvilke agenter er i spill?
- Hva er den herskende mening?
- Hvordan legitimeres politiske føringer?
- Har det skjedd endringer? Hvorfor?

- Hvordan defineres løsningene og hvem definerer disse?

Ved første gjennomlesing streket jeg ut viktige avsnitt og setninger, samt skrev notater i margene om spørsmål som dukket opp underveis og eventuelle tanker eller sammenhenger som kunne være nyttige å undersøke videre. Under andre gjennomlesing skrev jeg en sammenfatning av stortingsmeldingen og politikken som var ført siden forrige melding, med særlig fokus på eventuelle endringer. Disse sammenfatningene endte på mellom 2700 og 6000 ord hver, og danner grunnlaget for analysen.

For å kunne svare på disse spørsmålene på en god måte vil jeg først gi en deskriptiv beskrivelse av feltets kronologiske utvikling. Her vil jeg beskrive stortingsmeldingene kronologisk, og analysere kort hva som står skrevet i den enkelte stortingsmelding. Her vil jeg trekke frem hva som er den herskende mening i perioden og hvilke saker og endringer som blir forstått som viktige. Som utfyllende litteratur til denne delen har jeg brukt Aina Schiøtz' «Folkets helse - landets styrke 1850-2003» (2003), som handler om helsevesenets historie i Norge. I tillegg har jeg brukt Hans Olav Fekjær sin bok «RUS» (2009), Jørg Mørland og Helge Waals «Rus og avhengighet» (2016) og Stian Biong og Siri Ytrehus' «Helsehjelp til personer med rusproblemer» (2012), som alle sammen tar for seg rusmidler og i noen grad rusmidlers historie i Norge. Ellers har jeg brukt rapporter, komitéinnstillinger, proposisjoner og delvis referat fra stortingsdebatter, for på den måten å belyse utviklingen og kampene i feltet.

Analysens andre del er en objektivisering av ruspolitikken og utviklingen av denne i et feltperspektiv belyst av Bourdieus teorier og analytiske verktøy.

4.4: Etske hensyn

Da denne oppgaven utelukkende består av analyser av offentlig tilgjengelig dokumenter, har det ikke vært nødvendig å innhente godkjenning fra noen forskningsetiske komiteer eller norsk senter for forskningsdata. Til kildehenvisning har jeg brukt Harvard ved hjelp av EndNote X7. Der jeg har brukt referat fra debatter i stortinget, har jeg referert til det årets stortingstidende med forfatternavn «Stortinget». Debattdato og debattens tema står som tittel. Av stortingsmeldingene jeg har brukt i analysen er det kun den nyeste som henviser til kilder til sine påstander og for å underbygge argumenter. Av stortingsmeldingene jeg bruker er det kun den siste som refererer til annen litteratur, de tidligere gjør ikke det, noe som har gjort det vanskelig å finne primærkilder, også til statistikk og undersøkelser som blir referert i stortingsmeldingene.

Kapittel 5: Auto-sosio-analyse

I det følgende kapittelet vil jeg gjøre en refleksiv analyse av meg selv som forsker i rusfeltet, og konstruere min posisjon i feltet basert på mine disposisjoner og posisjoneringer.

Bourdieu mente det var nødvendig for en forsker å forsøke å objektivere seg selv, og å underkaste seg selv og sin virksomhet den samme form for objektivering hun utsetter sine objekter for. Objektiveringen skal vise, helt konkret, hvordan forskerens analyse er farget av hennes utgangspunkt. Dette er på grunn av at forskeren alltid er et produkt av den sosiale verden og dermed er prekonstruert, derfor må forskeren forsøke å bryte med sin prekonstruerthet (Prieur og Sestoft, 2006, s. 226-232). For å få til dette må forskeren orientere den refleksive analysen mot tre særlig viktige kilder til skjevheter eller forstyrrelser; forskerens sosiale bakgrunn, forskerens akademiske posisjon og det å være intellektuell.

Jeg ble født i 1990 til et middelklassehjem, og vokste opp i lite øysamfunn omtrent to timer sør for Oslo. Mine besteforeldre på farsiden vokste begge opp på øya. Bestefar sin far var skipper på lasteskip, han døde tidlig. Moren Ingeborg var sykepleier og jordmor. Ingeborg var distriktsjordmor på øya fra 1928 til 1958 og tok i denne perioden imot stort sett alle barna som ble født på øyene. I tillegg til dette hadde hun også ansvar for vaksinasjoner og måtte tidvis fungere som helsesøster. Flere av de eldre kvinnene som bodde på sykehjemmet jeg jobbet på da jeg var 18-20 år gammel, husket Ingeborg godt og hadde sterke, positive minner om henne.

Bestefar (1932-2007) tok artium og gikk så befalsskolen, krigsskolen og stabsskolen, før han begynte på Norges Tekniske Høgskole der han ble sivilingeniør i byggfag og geodet. Deretter jobbet han seg oppover i Forsvarets karttjeneste, og endte til slutt opp som sjef for tjenesten. De siste åtte årene i denne jobben var han samtidig ordfører på Tjøme for Høyre. I en periode var bestefar også med i menighetsrådet, men meldte seg ut av statskirka etter en lengre konflikt der autoritetspersoner i kirka ønsket å gi sparken til organisten etter at hun hadde inngått partnerskap med sin kvinnelige partner gjennom mange år. Denne behandlingen av medmennesker var ikke noe bestefar kunne bifalle.

Min farmor (1933-) ble født til en hjemmearbeidende mor, og en far som var skipper og skytter på hvalbåt. Farmor ønsket alltid å bli sykepleier, men flere i hennes nærhet frarådet det. Etter bryllupet i 1955 flyttet de 12 ganger på 10 år, før de flyttet mer permanent til Asker i 1966. I 1975 begynte farmor å jobbe på sykehjem i Asker, og etter at de flyttet tilbake Tjøme i 1977 begynte farmor på det lokale sykehjemmet som assistent. Her ble hun i 22 år. Farmor forsøkte flere ganger i denne perioden å bli hjelpepleier, men fikk ikke skoleplass da disse var

behovsprøvd. Etter at de pensjonerte seg jobbet farmor og bestefar frivillig hos Kirkens bymisjon i Tønsberg i kafeen og oppvasken noen år. I tillegg var bestefar nattevakt på bymisjonens hospits i Tønsberg.

Min far (1958-) hadde brorparten av sin oppvekst i Asker. Da han gikk på gymnaset jobbet han på sykehjem, og var med i det venstreradikale miljøet rundt Rød ungdom og Arbeidernes kommunistparti marxist-leninistene, et miljø som var preget av liberale holdninger til cannabis og visse hallusinogener. Etter gymnaset jobbet han på et psykiatrisk sykehus og på fabrikk. I 1980 begynte han på sykepleierstudiet, der han traff min mor. Han var ferdig sykepleier i 1983. Åtte år senere begynte han på videreutdanning i anestesi. Som sykepleier og anestesisykepleier har han hatt en rekke ulike stillinger og funksjoner. Fra 1999 til 2002 jobbet pappa som anestesisykepleier og kaptein i Forsvaret. Han var da to perioder i Kosovo. Fra 2006 til i dag har han hatt ulike stillinger som mellomleder og i administrasjonen i prehospitalklinikk ved Sykehuset i Vestfold, avbrutt av en periode i Hærens sanitet i Afghanistan, der han jobbet som anestesisykepleier. Pappa har under hele min oppvekst vært engasjert i lokalpolitikken for Arbeiderpartiet. Han har sittet fem perioder i kommunestyret, og har også hatt tillitsverv som gruppeleder, hovedutvalgsleder, han har vært i formannskapet og har vært ordfører kandidat. Ellers har han vært hatt en hel rekke ulike tillitsverv på lokalt og regionalt nivå i Norsk sykepleierforbund og en rekke andre organisasjoner.

Min mors bakgrunn likner min fars, men med mer kulturell kapital. Min mormor (1931-2015) var barnebarnet til en distriktslege, og oldebarnet til legen som først dokumenterte behandling av en pasient med opiatavhengighet i Norge (Schølberg, 2014). Besteforeldrene på morssiden var en del av sosieteten i Skien, men foreldrene var ikke like høyt på rangstigen. Moren til mormor var hjemmearbeidende, og faren var revisor. Mormor tok eksamen artium, og var Au-pair i England, før hun begynte på fotografskolen, der hun tok svennebrev og etter hvert mesterbrev. Hun var skoleflink og ville egentlig studere biologi, men ble frarådet dette av foreldrene, da det var bedre å ta en fagutdanning som var billigere og fortere kunne gjøre henne i stand til å tjene egne penger frem til ekteskap. Mormor jobbet som fotograf flere år inn i ekteskapet. Men måtte slutte da hun fødte min mor og onkel. Hun var så hjemme med barna i to år, men da familien flyttet til Bergen for morfars jobb begynte mormor å studere ved Universitet i Bergen. Her tok hun forberedende og grunnfag i arkeologi. Da de flyttet til USA, igjen for morfars jobb, tok hun fag på ulike universitet i Washington D.C.-området. Vel tilbake i Norge, bosatte de seg i Bærum. Mormor fikk godkjent fagene hun hadde tatt og fullførte deretter en magistergrad i Etnologi ved Universitet i Oslo. Hun fikk så ulike jobber på

universitetet, både som vitenskapelig assistent og faglærer, før hun fullførte sin doktorgrad i 1988. Deretter jobbet hun som førsteamanuensis ved universitetet frem til pensjonsalder. På universitetet engasjerte mormor seg i kvinnekamp, og blant annet med i en gruppe som jobbet for å gjøre det lettere for kvinner, og da særlig eldre kvinner, å studere og senere få jobb innen akademia. Hun abonnerte også på det feministiske tidsskriftet Sirene.

Morfar (1927-) vokste opp med en far som var kaptein, og ute på sjøen i lange perioder. Han døde tidlig. Som enke begynte morfars mor å jobbe som kontordame. Etter å ha tatt eksamen artium reiste morfar i marinen og begynte etter hvert på Sjøkrigsskolen, der han ble skipsintendant. Han klatret i systemet i marinen frem til 1971, da han begynte å jobbe som kontorsjef på Norges Idrettshøgskole. Her ble han frem til han pensjonerte seg i 1992.

Min mor (1958-) vokste primært opp i Bærum. Etter gymnaset jobbet hun som renholder på Bærum sykehus og ble da dratt inn på en fødestue av en jordmor som mente at alle unge kvinner burde se en fødsel. Denne opplevelsen gjorde at hun ville bli jordmor. Hun begynte derfor på sykepleierstudiet i Tønsberg, der traff hun min far, og var ferdigutdannet i desember 1982. Hun jobbet så halvannet år på kirurgisk avdeling, før hun fikk plass på jordmorskolen i Bergen. Hun fikk sin jordmorsautorisasjon i 1985. Etter dette jobbet hun som jordmor i på sykehuset i Vestfold i 12 år, før hun fikk jobb som kommunejordmor. I tillegg til jordmorutdannelsen har hun også tatt praktisk-pedagogisk utdanning, samt en rekke mindre studier og kurs. Hun har også bidratt til en lærebok i Jordmorfag.

Fellesnevner for hele familien at alle engasjerer seg lett, både i jobbsammenheng, organisasjonslivet og i fritidsaktiviteter. Pappa og bestefar var begge lenge i lokalpolitikken på Tjøme, og bestefar var også med i menighetsrådet. Mamma, pappa og morfar var alle tillitsvalgte på jobben i perioder. I tillegg har det for alle vært naturlig å engasjere seg i barnas interesser, og sitte i styre og stell.

Jeg ble født i 1990, og vokste opp på Tjøme med familien nært på meg. Farmor og bestefar bodde i nabohuset og storesøsteren min og jeg var mye hos dem da både mamma og pappa jobbet turnus. Mormor og morfar var også i nærheten, men vi var ikke like mye hos dem. Jeg har alltid hatt veldig lett for å engasjere meg, og startet min elevrådskarriere i andreklasse. Denne varte nesten uavbrutt ut hele skolegangen. Som barn husker jeg at jeg kjedet meg en del på skolen, og var alltid litt på utsiden, uten å være helt utenfor. Jeg hadde alltid gode venninner, men var likevel upopulær, trolig på grunn av at jeg kunne oppfattes som nedlatende og direkte. I tillegg til elevdemokratiet, engasjerte jeg meg i det jeg holdt på med på fritiden og satt derfor

i korpsstyret og speiderstyret. Samtidig engasjerte jeg meg også politisk og i organisasjoner som Operasjon Dagsverk³ og Arbeiderenes ungdomsfylking (AUF), Arbeiderpartiets ungdomsparti.

Da jeg var 16 år reiste jeg sammen med en venninne i India. Der så jeg de ekstreme forskjellene på fattig og rik og forsto hvor privilegert jeg er. Det var en innsikt som på mange måter endret mitt syn på samfunnet. Vennegjengen min i siste halvdel av tenårene besto stort sett av personer med samme type sosial bakgrunn som meg. Med interesse for samfunn, men også mange kunstnerspirer og teaterfolk. Holdningen til visse illegale stoffer, da særlig cannabis, var liberal og følgelig ble cannabis brukt en del i festsammenheng. Personlig prøvde jeg noen ganger, men syntes ikke det var spesielt interessant, så det ble med de få forsøkene. For noen av vennene mine ble cannabis en stadig viktigere del av hverdagen, og eksperimenterte etterhvert også med andre rusmidler, som LSD og fleinsopp. Dette var en utvikling som bekymret meg og som jeg tok avstand fra, en handling flere oppfattet som fordømmelse, og som skapte avstand i noen vennskap.

Da jeg gikk siste året på videregående var jeg distriktskomitéleder i Operasjon Dagsverk, og jeg hadde da bestemt meg for at jeg ville ta utviklingsstudier. Da jeg fylte 18 skaffet jeg meg jobb som pleieassistent på det lokale sykehjemmet. Her jobbet jeg ved siden av skolen og i ferier resten av videregående, samt i friåret etter skolen. På sykehjemmet møtte jeg flere eldre som kjente til familien min, både besteforeldrene mine, og særlig for de eldre damene, oldemoren min, jordmora. Det at et enkelt menneske kunne gjøre et så stort inntrykk på så mange mennesker, påvirket meg veldig, og det var i løpet av friåret mitt at jeg plutselig bestemte meg for å studere det jeg alltid hadde sagt jeg aldri skulle studere, nemlig sykepleie. Jeg fulgte med det stien min storesøster, foreldre og oldemor hadde gått før meg. Storesøsteren min frarådet meg av ulike grunner å begynne på Høgskolen i Bergen, der hun hadde studert, og dermed var det egentlig tilfeldigheter som gjorde at jeg, som ikke-troende, endte opp på Haraldsplass diakonale høgskole. Da jeg begynte å studere var det veldig naturlig for meg å engasjere meg i studentdemokratiet på skolen, og ganske fort gikk mye av min tid med til tillitsverv og engasjement, noe som gikk utover studiene i noen grad. Som i tidligere skolegang forsto jeg at så lenge jeg var på forelesninger og i praksis så kunne jeg få greie resultater uten å egentlig lese så veldig mye, og jeg brukte derfor lesetiden på andre ting.

³ Operasjon Dagsverk er en solidaritetsaksjon for ungdom på ungdomsskole og videregående, der skolene som er med gir elevene én dag til å arbeide, der inntektene går til et bistandsprosjekt (Hva er OD, 2017).

Underveis i studiene slo det meg hvor mange av pasienten jeg møtte, alle stedene jeg var i praksis eller jobbet, som hadde problemer knyttet til rus, og denne pasientgruppen interesserte meg etter hvert stadig mer. Denne interessen gjorde at jeg valgte å ha praksis på en avrusningsavdeling i min psykiatripraksis. Da jeg hadde ett semester igjen av studiene tok jeg ett års permisjon for å være studentpolitiker på heltid. I oktober dette året ble jeg innlagt på grunn av infeksjon på Akuttposten ved Bergen legevakt. Under innleggelsen fikk jeg høre at denne avdelingen hadde egne sengeplasser holdt av til ruspasienter, og jeg ble veldig nysgjerrig på avdelingen. To måneder etter innleggelsen søkte jeg jobb som pleieassistent på avdelingen og jeg begynte å jobbe i januar 2014. Jeg fullførte sykepleierstudiet våren 2014 ved siden av arbeid på Akuttposten, og sommeren jeg fikk min autorisasjon fortsatte jeg på Akuttposten som sykepleier. Her ble jeg til februar 2015, da jeg begynte på en lukket psykoseavdeling på Sandviken sykehus, en jobb jeg søkte fordi jeg følte at jeg kunne for lite om psykiske lidelser. Denne opplevelsen var ikke spesielt god, og jeg begynte fort å tenke at jeg hadde gjort et feiltrinn. I løpet av denne våren tok jeg fortsatt ekstravakter på Akuttposten og det var på en ekstravakt at jeg utrykte fortvilelse over arbeidssituasjonen min og seksjonslederen på Akuttposten mente jeg burde studere mer. Samme kvelden søkte jeg, halvannen måned etter fristen, på master i sykepleievitenskap. Da jeg fikk vite at det var sannsynlig at jeg ville bli tilbudt studieplass sendte jeg oppsigelse til avdelingen på Sandviken, og fikk igjen fast jobb på Akuttposten. I begynnelsen av studiene preget opplevelsene fra Sandviken meg mye, og jeg så for meg å skrive oppgave om vold og trusler mot sykepleiere. Etter hvert som jeg fikk Sandviken mer på avstand begynte jeg å tenke på andre aktuelle temaer, og da det i mars 2016 ble publisert nasjonale faglige retningslinjer (de første) for rusomsorgen bestemte jeg meg for å skrive om ruspolitikk.

Oppsummert viser auto-sosio-analysen at de fleste i min familie har tatt høyere utdanning. På min fars side var det praktisk-tekniske og omsorgsutdanninger som gjaldt. Skippere, sivilingeniør, jordmor og sykepleier, alle utdannelser med trygge utsikter for jobb. På denne siden av familien har også omsorgen for andre vært holdt høyt. Dette er trolig delvis basert på å komme fra et lite samfunn der alle kjenner alle, og man hjelper naboen så godt det går. Men også en kristen tanke om å elske sine medmennesker og ikke dømmende andre. Kristendommen har aldri vært spesielt fremtredende i familien, men både farmor og bestefar har vært kirkegjengere i perioder, og holdt fast på barnetroen. Og da de pensjonerte seg var det naturlig å velge Kirkens bymisjon som organisasjonen de skulle jobbe frivillig for. Familien har god økonomisk kapital, og mye sosial kapital i lokalsamfunnet, noe som blant annet gjorde

det veldig lett for meg å få jobb på det lokale sykehjemmet og senere sykehuset. Det er primært fra denne siden av familien omsorgshabitusen som var viktig for mitt valg om å bli sykepleier kommer fra, og det er også i stor grad herfra engasjementet til å jobbe med marginaliserte grupper, som rusavhengige og psykisk syke, stammer fra. Reisen til India da jeg var 16 sementerte vel bare det jeg hadde lært hjemme fra, om at verden er urettferdig og at vi må være solidariske med våre medmennesker. Dessuten har jeg vokst opp med en far som fra ungdommen av hadde mer liberale holdninger overfor rusmidler og de som bruker dem, enn mange andre, noe som trolig også har påvirket meg til å velge som jeg har gjort.

Det er også fra min fars side av familien at det samfunnsmessige engasjementet har sin rot. Både pappa og bestefar har vært aktive politikere og det har vært mange diskusjoner, hvilket har gjort meg interessert i politikk og samfunn. Denne interessen har vist seg både gjennom en lang rekke verv og roller, men også ved at jeg skriver en masteroppgave på nasjonalt samfunnsnivå om politikk rettet mot en marginalisert gruppe i befolkningen.

Min mors side av familien var mer akademisk, hadde omtrent like høy økonomisk kapital, men langt høyere kulturell kapital. I denne siden av familien var kunnskap noe som ble satt høyt, særlig på grunn av min mormors kamp for å få ta utdannelsen hun ønsket. Jeg har alltid sett veldig opp til mormor, både på grunn av hennes akademiske karriere, men også hennes feministiske arbeid, og hun var en viktig inspirasjon i min lyst til å studere til master.

Mitt bilde av rusomsorgen er preget av en brennende følelse av urettferdighet. Med unntak av de åtte ukene i praksis på avrusningsavdeling, har jeg i liten grad opplevd at mennesker med rusproblematikk har blitt møtt, sett, forstått og hjulpet. Mitt bilde er primært skapt av møter med de som har blitt sviktet, ansett som vanskelige og behandlingsresistente, og som i svært varierende grad har fått den hjelpen de har hatt behov for. Fra ungdomsårene mine og vennegjengen min da, har jeg dessuten hatt et annet bilde av rusbrukere enn den sosiale sliteren fra «dårlige familier», vi fikk gjennom holdningskampanjer og undervisning. Og jeg følte bildet som ble tegnet, var urettferdig både overfor rusbrukeren, men også familien og omgivelsene. Denne frustrasjonen har jeg i liten grad følt at jeg har kunnet gjøre noe med i jobbsammenheng. Dette er et utgangspunkt som ifølge Bourdieu er helt riktig for forskning. «Videnskabeligt arbejde udføres ikke bare med velvilje og gode følelser, det utføres med lidenskab. For at arbejde skal man være rasende. Og for at styre sit raseri skal man arbejde» (etter Maggiori, 2002. Referert i: Prieur og Sesoft, 2006, s. 185).

Kapittel 6: Historisering

Narkotikaproblemene angår oss alle. De rammer et stort antall mennesker, familiene og de nære omgivelsene deres. I tillegg til de mange menneskelige tragediene og de sosiale og helsemessige skadevirkningene av misbruket, er problemene med på å skape utrygghet i hverdagen for folk flest. De har også store omkostninger i form av narkotikarelatert kriminalitet og utgifter til rettshåndhevelse, andre forebyggende tiltak og sosial- og helsetjenester (St. meld. nr. 16 (1996-97), s. 9).

I dette kapittelet vil jeg deskriptivt gå igjennom innholdet i de fem stortingsmeldingene som har handlet om narkotikapolitikk kronologisk fra 1976 til i dag. På slutten av hver stortingsmelding vil jeg skrive frem hva som har skjedd i perioden, hvilke agenter som agerer i feltet og beskrive kampene i feltet kort.

6.1: St. meld. Nr. 66 (1975-76): Om Narkotikaproblemer

I mars 1976 la regjeringen til Odvar Nordli frem Stortingsmelding nr. 66 Om narkotikaproblemer. Regjeringen Nordli var en ren arbeiderpartiregjering. Fra 1945 til 1976 var det, med unntak av tre perioder på totalt seks år, rene arbeiderpartiregjerings som styrte landet (Norske regjeringer siden 1945, 2013).

Stortingsmeldingen er den første som gir en samlet fremstilling av narkotikaproblematikken og presiserer i innledningen at misbruk av avhengighetsskapende stoffer i denne sammenheng primært blir behandlet som et helseproblem, men at det er umulig å skrive om narkotikamisbruk uten å berøre «andre departementers arbeidsområder» (St. meld. nr. 66 (1975-76), s. 3).

6.1.1: Utviklingstrekk ved narkotikaproblematikk i Norge frem til 1976

I stortingsmeldingen deles narkotikaproblematikken i Norge inn i tre perioder. Den første perioden varte frem til omtrent 1940. Denne perioden var «fredelig» med få «klassisk» narkomane. De som var avhengige fikk hovedsakelig dekket sitt bruk gjennom legale kanaler, og det var særlig helsepersonell med lett tilgang til avhengighetsskapende stoffer som ble avhengige. Blant denne gruppen var det primært opioider og kokainpreparater som ble brukt, i tillegg til noe amfetamin. Til tross for at problemet var lite av omfang var det kilde til bekymring blant helsemyndigheter. Det fantes ikke passende behandlingstilbud, dermed ble de som var

motivert for behandling ble stort sett mottatt i psykiatriske institusjoner (ibid., s. 17). Samtidig ble feltet regulert til en viss grad. Allerede i 1876 ble en del opiumspreparater reseptbelagt. Cannabispreparater ble imidlertid solgt over disk i apoteker frem til rundt 1960 (Fekjær, 2009, s.30).

Den andre perioden som blir omtalt var mellom 1940 og 1965. Denne er preget av et økende bruk av syntetiske legemidler, med stimulerende, søvndyssende eller smertelindrende virkning. På grunn av at det i begynnelsen ikke var kjent at disse syntetiske legemidlene kunne gi avhengighet vokste avhengighetsproblematikken seg frem nærmest umerkelig, spesielt i middelaldrende og eldre aldersklasser. Unntaket var sentralstimulerende legemidler i amfetamingruppen, som ble brukt mye etter frigjøringen i 1945 og som slankemiddel. I 1953 ble disse preparatene regulert slik stoffer omfattet av rusgiftlovgivingen ble (St. meld. nr. 66 (1975-76), s.17). Antallet «klassisk» narkomane gjennom denne perioden lå stabilt på ca. 400 personer (ibid., s. 19), og ingenting tydet på at denne gruppen ville øke. Antallet medikamentmisbrukere var ukjent, men antatt økende. Da overgangen mellom berettiget bruk på grunn av medisinske grunner og overforbruk som hadde ført til avhengighet var for glidende, var det heller ikke ansett som mulig å gjennomføre en registrering (ibid.).

Perioden fra 1965 karakteriseres av misbruk av avhengighetsskapende stoffer uten medisinsk betydning av yngre aldersgrupper. Allerede tidlig på 1960-tallet begynte daværende helsedirektør Karl Evang å diskutere de antatt økende problemene med narkotikahandel og narkotikabruk kunne forårsake. Han grep an problemet som en epidemiologisk trussel, der smittefaren innad i miljøer ville være stor. Han mente en sterk statlig styring på området var viktig, og opprettet allerede i 1961 Statens klinikk for narkomane, den første spesialklinikken i Europa for denne befolkningsgruppen. Her ble det også tilknyttet en overlege for narkomani, på lik linje som for alkoholistomsorgen. Frem til omkring 1967-1969 var det imidlertid hovedsakelig voksne, klassisk legemiddelavhengige som ble tatt imot på klinikken. Deretter meldte de ungdomsnarkomane sin innkomst (ibid., s. 17-18).

Den offentlige debatten som fulgte oppblomstringen av «ungdomsnarkomanien» var preget av forvirring og sensasjonelle saker, og beskrives som en del av grunnen til at cannabisbruken fikk fotfeste i Norge så fort som det gjorde (ibid., s. 19). I begynnelsen var cannabisbruk mest utbredt blant høyere, sosiale lag i Oslo og blant personer i den venstrepolitiske opposisjonen. Disse trekkene forsvant raskt. Klassemessig ble representasjonen jevnet ut, og politisk ble det fra de gruppene med en tydeligst venstreorientering ansett som uforenelig med cannabisbruk og «den arbeidsinnsats og disiplin gruppens politiske virksomhet forutsatte» (ibid., s. 19). Bruk av andre stoffer enn cannabis var

begrenset, men inkluderte bruk av LSD, amfetamin og lynol (tynner) og noe opiater. Felles for disse var, ifølge Sosialdepartementet (ibid., s. 10) at de virket på det sentrale nervesystemet og at de påvirket individers oppfatning av seg selv, sine omgivelser, sitt ansvar og forpliktelser, og arbeid og interesser.

I 1976 virket det som om regjeringen var optimistisk med tanke på avhengighetsproblematikken i byer i Norge. Antallet legemiddelemisbrukere var antatt å være stabilt, om det var noe økning var den svak, og omfanget av cannabisbruk, samt personer som hadde brukt LSD eller amfetamin eller tynner var lavere enn tidligere år. Det ble tenkt at opplysnings- og informasjonsarbeider som var gjennomført hadde hatt en positiv effekt. Samtidig liknet utviklingen i mindre byer og tettsteder mer på den aktive begynnelsesfasen som hadde vært i Oslo, Bergen og andre større byer flere år tidligere, og sett under ett var det fortsatt en stigning i misbruk, med en særlig utsatt ungdomsgruppe som var mer tilbøyelig til å eksperimentere med forskjellige stoffer samtidig som de brukte mer alkohol. Trenden i USA, med en skremmende økning i heroinbruk, ble fryktet at kunne komme til Norge. Løsningen her ble sagt lå i å påvirke sosiale, psykologiske og økonomiske faktorer i en gunstig retning, og sette inn målrettede, forebyggende tiltak (ibid., s. 23).

6.1.2: Utvalg opprettes

I april 1967 var representanter fra Kirke- og undervisningsdepartementet, Oslo politiet, Helsedirektoratet, Statens edruskapsråd, Statens informasjonstjeneste og «noen psykiatriske sakkyndige» (ibid., s. 24) innkalt på møte for å beslutte hvordan samarbeids- og informasjonskanalene mellom de ulike berørte instansene skulle se ut. Der bestemte man at det skulle gjennomføres tverrfaglige informasjonskonferanser i alle landets fylker, der alle instanser og etater som måtte forholde seg til ungdomsnarkomani skulle inviteres. I etterkant av dette ble det opprettet kontaktutvalg med representanter fra de ulike etatene i hvert fylke, vanligvis med fylkeslegen som formann. Kontaktutvalgene sitt mandat var både å oppnå tverrfaglig samarbeid og gjensidig orientering mellom de ulike etatene, men også å holde sentrale myndigheter orientert om utviklingen⁴.

I 1969 initierte Justisministeren, Ragnhild Elisabeth Shweigaard Selmer, til å avholde en konferanse for å drøfte narkotikaproblemene og hvordan de best kunne løses. Her deltok Justisministeren, Sosialministeren, representanter for kirke- og undervisningsdepartementet,

⁴ Disse utvalgene ble nedlagt i 1984 (St. meld. nr. 13 (1985-86), s. 29).

politi og påtalemyndigheter, Statens edruskapsdirektorat, Helsedirektoratet og et mindre antall andre sakkyndige. På denne konferansen ble man enig om å opprette et sentralt organ for å koordinere og styrke det offentlige innsats på narkotikasektoren. Det var noe diskusjon rundt hvor den administrative tilknytningen til dette rådet skulle være, men det ble bestemt at det skulle knyttes til sosialdepartementet på grunn av problemenes hovedsakelige sosialmedisinske karakter. Dermed ble Sentralrådet for bekjempelse av narkotikaondet opprettet 21.november 1969, med administrativ tilknytning til Helsedirektoratet. Sentralrådet var et interdepartementalt organ som skulle følge med på utviklingen, utveksle informasjon og være rådgivende organ for regjeringen og andre offentlige organer. I tillegg skulle rådet ha mulighet til å handle raskt utenfor vanlige beslutnings- og bevilgningssystem, og fikk derfor disponere pengemidler utenom de vanlige budsjettene.

Etter hvert ble det vanskelig for rådets medlemmer å holde seg à jour på faglitteratur om stoffmisbruksproblematikk. Derfor fikk overlege ved Gaustad sykehus, professor dr.med. Nils Retterstøl, forespørsel om å drive en «informasjonsbank» for rådet. Denne informasjonsbankens oppgave var å gjennomgå så mye som mulig av det fagstoffet som ble offentliggjort, særlig på den medisinske sektor, og konsentrere denne i oversikter, bokanmeldelser og liknende (ibid., s. 26)⁵.

6.1.3: Politikken som ble ført

Da narkotikabruk ble definert som et hovedsakelig helseproblem, meldte som tidligere nevnt daværende helsedirektør Evang seg tidlig på banen også i kontroll-/reguleringsspørsmålet, og fikk etter hvert en dominerende rolle i det forberedende arbeidet for å kriminalisere narkotikafeltet. Bruk av narkotika utgjorde ikke bare en fare for individet, men gjennom sosial smitte, også for individets omgivelser (Schiøtz, 2017, s.18). I 1968 ble det derfor fattet vedtak om et tillegg i straffeloven, som gjorde både besittelse og bruk av narkotika ulovlig og straffbart. Bruk av illegale legemidler hadde en strafferamme på maksimum tre måneder i fengsel. Omsetning fikk en maksimal strafferamme på seks år (ibid.). Fra departementet var det foreslått fem år, men justiskomiteén mente at dette var for lite, og satte den til 6 år. Politimesteren i Oslo hadde foreslått 10 år, men dette ble ansett som for strengt. I innstillingen fra justiskomiteen lå det som et premiss at kriminaliseringen kunne gjøre det lettere å fange opp personer i behov for hjelp og at samarbeidet mellom fengselsvesenet og helsevesenet var nært. «Det vises bl.a. til at det kan nyttes påtaleunntatelse og betinget dom for å iverksette

⁵ Dr. Retterstøl drev informasjonsbanken frem til 1991 (Jørgensen, 2009).

terapeutiske tiltak med tilsyn og andre støtte tiltak, eventuelt med innleggelse i kursted eller psykiatrisk sykehus» (Innst. O. XI. (1967-68), s. 2). Innstillingen bærer også preg av å ville være føre var. Det skrives at ulovlig omsetning av narkotika ikke hadde nådd samme dimensjoner som andre land, men at det var en forventet utvikling at situasjonen i Norge ville bli verre. De strenge straffebestemmelsene ble antatt å kunne ha en preventivt effekt i den forstand at internasjonale aktører ikke, eller skjeldrene, ville ta risikoen ved å operere i det norske markedet (ibid., s. 3).

Denne kontrollpolitikken hadde svært god oppslutning blant befolkningen. Samtidig ble det trukket frem at det har vært kritiske røster fra sosiologisk hold, særlig mot håndhevelsen av loven, som de mente i svært stor grad kun gikk utover den sosialt og økonomisk svakeste gruppen, og at det derfor var lite forebyggende effekt ved straffetrusselen og at det var uheldig å kriminalisere unge.

6.1.4: Forebygging

I 1976 var Norge inne i en begivenhetsrik, og travel periode i forebyggingens historie. Slagordet «det er billigere å forebygge enn å kurere» ble brukt for å starte opp forebyggingstiltak rettet mot stort sett hele befolkningen (Schiøtz, 2003, s. 429). Rusfeltet var intet unntak.

Helsedirektør Torbjørn Mork forklarte i stortingsmeldingen at man i forebyggende helsearbeid ofte delte mellom primær-, sekundær- og tertiærforebyggelse. Primærforebygging omfattet tiltak for å fjerne årsaker til at problemer eller sykelige tilstander kunne oppstå i det hele tatt. Sekundærforebygging handlet om å gripe tidlig inn i en sykdomsprosess man ikke har klart å forhindre, for at den ikke skal utvikle seg videre. Tertiærforebyggelse var tiltak for å motvirke følgetilstandene sykdommen kunne medbringe seg. Disse ulike fasene av forebygging gled gjerne inn i hverandre, men ble likevel ansett som viktige for å opprette forebyggende tiltak og også tenke hvordan disse tiltakene kunne tjene mer enn ett formål. Som et eksempel på dette ble det trukket frem at behandling og rehabilitering av stoffmisbrukere kunne gjøre at rekrutteringen til miljøet minsket.

Målsettingen for det forebyggende arbeidet mot rusbruk ble sammenfattet i tre punkter:

1. Begrense tilgjengeligheten av bestemte avhengighetsskapende stoffer. Dette innebefattet å kontrollere lovlig, og undertrykke ulovlig, dyrking, produksjon, foredling, tilberedning og bruksmetoder.
2. Redusere sosial akseptering av, interesse og behov for avhengighetsskapende stoffer.

3. Redusere alvorlighetsgraden og hyppigheten av de komplikasjoner som kan oppstå hos mennesker som misbruker stoff (St. meld. nr. 66 (1975-76), s. 31).

Det første punktet var hovedsakelig politiet og tollvesenets ansvar. Med hensyn til å det andre punktet, ble det beskrevet som mer utfordrende med hensyn til (syntetiske) legemidler, enn de fleste illegale stoffer. I tillegg var det en bekymring fra myndighetene om at denne økte legemiddelbruken blant eldre kunne bidra til at motforestillingene mot stoffbruk ble mildere blant barn og unge. En annen utfordring var at befolkningens holdninger mot stoffbruk i stor grad også handlet om hvilke stoffer som ble brukt og brukerens alder og kjønn. Det ble trukket frem at heroinister hadde langt lavere anseelse enn personer som misbruker beroligende eller søvngivende midler, og at unge, uansett hva de misbrukte, var de som ble dømt hardest (ibid., s. 28). Å bruke strenge straffer som forebyggingsstrategi ble av kriminologer avfeid som lite effektivt både for mennesker som allerede er i en avhengighetstilstand, og også for eksperimentelle og tilfeldige brukere. Derimot blir dette tiltaket trukket frem som viktig for å motvirke omsetting av ulovlige stoffer. Altså mente de at strenge straffer kunne påvirke graden av tilgjengelighet, som burde være så lav som mulig. Dermed ble kontrollpolitikken ansett som en del av det forebyggende arbeidet.

Et annet tiltak mot rusbruk som ble trukket frem var å forhindre dannelsen av mer eller mindre varige miljøer der stoffmisbrukere kunne oppholde seg gjennom lengre perioder. Samtidig ble det trukket frem at dersom et varig miljø har dannet seg, så må forsøk på å oppløse eller «sprengte» disse, gjøres varsomt og at det samtidig skulle finnes andre tilbud av ulik karakter: behandlingstilbud, fritidstilbud, arbeid- og bomuligheter osv., for på den måten å unngå at miljøet ble rekonstruert andre steder i byen (ibid., s. 30).

6.1.4.1: Tiltak rettet mot å begrense omsetning og foreskriving av avhengighetsskapende legemidler

En viktig del av arbeidet med å forebygge misbruk av legemidler, lå i å undervise medisinske studenter i bruk av forskjellige legemidler, og sørge for forsvarlige forskrivningspraksiser. Fra 1957 ble det opprettet et kontrollråd for legers forskrivning av bedøvende legemidler, som gjorde at leger som ikke fulgte tilfredsstillende rutiner ved foreskriving av avhengighetsskapende legemidler, kunne bli fratatt retten til å forskrive disse legemidlene i et tidsrom på mellom 1 og 5 år. Et annet ledd i dette arbeidet kom i 1974 da det ble pålagt å bokføre resepter på narkotika, der reseptutsteder, pasient og legemiddel registreres. Fra 1970 ble det dessuten innført et elektronisk databehandlingssystem som kontrollsystem for narkotikaresepter (ibid., s.32).

På denne tiden var det også et problem at noen personer fikk utskrevet resepter på avhengighetsskapende legemidler fra flere forskjellige leger. I de tilfeller dette ble oppdaget kunne helsedirektøren (eller helsemyndighetene) tillegge behandlingsansvaret til én bestemt lege og ordne slik at pasientens legemidler skulle utleveres fra et bestemt apotek. I 1976 var det 800 legemiddelmisbrukere som var omfattet i ordningen (ibid., s. 33).

Andre tiltak som ble iverksatt for å begrense omsetning og forskrivning av avhengighetsskapende legemidler var blant annet å begrense adgangen til å forskrive et legemiddel til leger/sykehus med spesiell lisens (dette ble for eksempel gjort med amfetaminpreparater), begrense utleveringen av et preparat til sykehus, legge ulike begrensinger på reseptene (tidsrom den gjelder for og antall ekspedisjoner per resept) og innføre reseptplikt på tidligere reseptfrie legemidler. I 1976 vurderte helsemyndighetene å innføre spesielle tiltak for å begrense metadonforskriving og -bruk. Metadon var i 1974 et av legemidlene den yngre aldersgruppe viste klar preferanse for (ibid., s. 32-33).

6.1.4.2: Tiltak rettet mot ungdom

Av de ulike tiltakene innen primærforebygging ble fritidstilbud for ungdom trukket frem som spesielt viktig. Særlig var dette ansett som viktig for ungdom som av ulike årsaker fikk lite støtte og oppfølging hjemmefra, eller som i liten grad opplevde mestring på skole eller i arbeidsliv. Opplevelsesfattigdom og mangel på sosial tilhørighet ble ansett å være blant hovedfaktorene for narkotikamisbruk. I tillegg til å støtte driften av idrettslag og ungdomsorganisasjoner, ble det fra kommunenes side opprettet ungdomsklubber som skulle være et sosialpedagogisk tilbud i lokalsamfunnet for alle unge, men særlig for de unge som ikke følte seg hjemme i mer tradisjonelle tilbud. Fritidslederne skulle drive aktivt forebyggende arbeid overfor ungdom i feresonen eller som var i behov for ekstra oppmerksomhet (Ibid., s. 35).

For å nå de unge som ikke benyttet seg av kommunale fritidstilbud som sosialklubber, opprettet flere kommuner fra 1969 og fremover en oppsøkende virksomhet. En av hovedmålsettingene til det oppsøkende ungdomsarbeidet var å formidle kontakt mellom den unge og den eller de hjelpeinstanser som kunne bidra til å løse det den unge måtte ha av problemer, da disse ofte falt innenfor rammene til allerede eksisterende tilbudsapparat, som fritids- og skolesektoren, helse- og sosialvesenet og arbeidsformidlingsetaten. Det oppsøkende arbeidet ble organisert forskjellig fra by til by, der det noen steder var basert på frivillig arbeid, mens andre steder var det ansatt faglig personell. Noen steder ble arbeidet organisert fra helse- og sosialetaten i kommunen, andre steder er det knyttet til psykiatrisk sykehus, fylkeslegekontor

eller ulike institusjoner. I 1976 vurderte departementet å utarbeide retningslinjer for oppsøkende virksomhet, altså var det på det tidspunktet helt opp til de ulike kommunene og institusjonene hvordan tilbudet skulle organiseres og hva det skulle inneholde (ibid., s.37-39).

6.1.5: Hvem var rusavhengige, og hva er de avhengig av?

Misbruk av avhengighetsskapende stoffer ble i stortingsmeldingen delt inn i to hovedgrupper; medikamentmisbruk som i hovedsakelig forekom i middelaldrende og eldre aldersklasser, og misbruk av andre stoffer. I denne gruppen var det primært yngre aldersklasser som var representert. Begrepet ungdomsnarkomani ble mye brukt. Om årsaker til at noen blir avhengige og andre ikke blir det, uttalte Helsedirektøren i 1976, Torbjørn Mork, at for personer som misbruker medikamenter vil avhengighet først forekomme i mer voksen alder, fra 30-35 år og oppover. Her ble avhengighetsutvikling forklart med en sammenheng til bestemte livssituasjoner, som smertefulle og skuffende opplevelser; blant annet ulykkelige livsløp, håpløse økonomiske forhold, skuffelser i kjærlighetsliv og liknende, eller særlige karakteregenskaper, som at de har unormalt svak motstandskraft. Hovedmotivasjonen forklares uansett å ha vært «å slippe bort, i alle fall i kortere tidsrom, fra en tilværelse som oppleves uutholdelig eller problemer som man ikke ser en løsning på» (St. meld. nr. 66 (1975-76), s.12).

For å forklare unge stoffmisbrukere trakk Mork frem sosiale faktorer, i tillegg til individuelle faktorer. De individuelle faktorene som ble nevnt var personlighetstrekk som hadde vært synlige lenge før de prøvde stoff første gang. Disse personlighetstrekkene ble beskrevet som blant annet indre disharmoni, mangel på forenlighet mellom ulike deler av personligheten, nevrotiske barndomsfikseringer, og skjev utvikling av «viktige strukturer innenfor det emosjonelle eller intellektuelle system» (ibid.). Fellesnevneren var at vedkommende hadde mindre motstandskraft enn andre. De sosiale faktorene som ble omtalt var blant annet forholdene i det nære sosiale miljø, på skolen, i kameratkretsen, eventuelt på arbeidsplassen og særlig i familien. Det ble sagt at mange unge stoffmisbrukere vokste opp i disharmoniske eller ufullstendige familier, preget av konflikter mellom foreldrene, kanskje med skilsmisse, manglende fast struktur, at en eller begge foreldre var alkoholikere, hyppig flytting og langvarig fravær fra far. Samtidig ble følelsesfattige og/eller for autoritære og restriktive hjem, og oppvekst på institusjon uten å finne noen fullverdig mors- eller farsersstatning, også knyttet til økt risiko for stoffmisbruk og mulig avhengighet. Felles for oppvekstvilkårene som ble nevnt var at barnet ikke har opplevd tryggheten eller varmen menneskelige relasjoner gir for senere å kunne takle det livet bringer av konflikter og påkjenninger. Andre forklaringer på

unges stoffbruk som ble nevnt var at ungdomstiden ble forlenget, og at ungdom følte på en meningsløs tilværelse uten ansvar eller økonomisk uavhengighet, og at tradisjonelle verdinormer var i endring, hvilket skaper usikkerhet.

Utvikling av misbruk og avhengighet av medikamenter i middelaldrende og eldre aldersklasser forklarte Mork at hang sammen med en endring i synet på legemidler generelt i befolkningen. Han skrev at det forenklet kunne hevdes at mulighetene antibiotika og andre legemidler ga i kampen mot smittsomme sykdommen, gjorde folk mer positivt innstilt for å endre sin mentale tilstand og sitt følelsesliv ved hjelp av kjemiske midler. Mangel på søvn kunne kureres med sovetabletter og morgentrøtthet kunne behjelpes med et stimulerende middel (ibid., s.14).

6.1.6: Behandling

Hvordan rusavhengige best behandles handler i stor grad om hvordan avhengigheten, eller misbruket, forstås. I 1976 ble det lagt flere forforståelser til grunn for hvordan man tenkte behandling og ettervern. Samlet sett handlet disse om at misbruk av et avhengighetsskapende stoff var et symptom, ikke en klart avgrenset sykdomsenhet. Personer som brukte avhengighetsskapende stoffer var gjerne selvdestruktive og hadde gjerne varierende grad av motivasjon for å slutte. Denne ambivalensen kunne henge sammen med en ideologisk forståelse av egen rusbruk, at bruken til en grad var knyttet til politisk, religiøst, kulturelt og sosialt ståsted. Flere mente også at mange rusbrukere var skadet i sine sosiale relasjoner, også sine familiære relasjoner, noe som kunne gjøre det utfordrende å være i et behandlingsmiljø. Brukere av narkotiske stoffer hadde dessuten brutt loven, og var da både lovovertredere og pasienter, noe som potensielt kunne være et forstyrrende element i behandlingssituasjonen.

For å få til en god behandling ble det blant annet ble det understreket at man må jobbe tverrfaglig, og at det ikke fantes noen alminnelig akseptert behandlingsmetode som passer for alle med avhengighetsproblematikk. For gruppen unge stoffmisbrukere manglet det et godt behandlingstilbud. Dette ble ytterligere utfordrende på grunn av det faktum at allmennheten i liten grad hadde forståelse for hvor alvorlig avhengighetsproblematikk var og hvordan det best ble behandlet. Dette gjorde at pasienter i behandling, og behandlingsinstitusjoner som helhet i liten grad ble gitt støtte og forståelse, og at dette kunne følge også i lokalsamfunn der man forsøkte å ha et ettervern og attføring. Det ble også trukket frem at det er lite tiltro til at behandling kunne lykkes, noe som førte med seg vansker fra mange hold (ibid., s. 42-43).

6.1.6.1: Hvor skulle behandlingen finne sted?

Et stort spørsmål var hvor denne pasientgruppen hørte hjemme. Skulle det bygges ut nye behandlingstilbud eller burde behandlingen samordnes med andre nært beslektede tilstander? Fra begynnelsen valgte man å behandle ruspasientene i det allerede eksisterende helse- og sosialapparatet, under psykisk helsevern. Dette til tross for at man var klar over at det psykiske helsevernet ikke var rustet til å påta seg denne oppgaven (ibid.). Likevel ble det ansett som mest naturlig å organisere behandlingen i psykiatrien, da stoffbruk ble sett på som et mulig symptom på ulike psykiske og sosiale svikttilstander. Dessuten ble opphopning av stoffmisbrukere i en og samme behandlingsinstitusjon sett på som en vanskeliggjørende eller umuliggjørende faktor i behandlingen. Behandling av rusbruk syntes mest fruktbart når pasientene ble behandlet sammen med andre pasientgrupper. En særomsorg kun for behandling av rusavhengige «ville dessuten gi så vel pasienter som allmenheten inntrykk av at man her sto overfor en helt særegen og avgrensbar sykdom» (ibid., s. 45). Dette var også den gjeldene politikken for andre institusjoner og enheter som hadde delansvar for rusbrukere, inkludert skolevesen og sosialvesen. Argumentasjonen mot å opprette noe eget innenfor disse etatene var dette forutsatte et nytt administrasjonsapparat med de farene, byråkratisering og dublisering som det medførte.

Kapasitetsmangel i det psykiske helsevern ble trukket frem som et problem som gikk utover alle som hadde behov for tjenestene, også ruspasientene. Behandlingsinstitusjonene hadde dessuten mulighet til å avvise behandlingstrengende ruspasienter på bakgrunn av en allerede stor andel ruspasienter i institusjonen. I områder der denne problematikken var mest uttalt, «ligger tanken om å opprette «avrusningsstasjoner» for stoffavhengige nær» (St. meld. nr. 66 (1975-76), s. 46). Slike avrusningsopphold ville da kun være kortvarige og ikke inngå i et lengre behandlingssløp, og ble derfor sett på som lite tilfredsstillende. Også poliklinisk behandling av ruspasienter skulle foregå i de allerede eksisterende hjelpetilbudene, til tross for at kapasitetsmangelen i tilbudene beskrives som et vesentlig problem. For å bøte på dette vil departementet i 1976 over en treårs periode styrke bemanningen ved psykiatriske sykehus og klinikker.

6.1.6.2: Bruk av tvang i behandling

Egne lovhjemler som tok for seg tvangsbehandling rusavhengige spesielt var etterspurt, men sosialdepartementet var i stortingsmeldingen tydelige på at det allerede var tilstrekkelig tilgang til å tvangsinnlegge ruspasienter i det eksisterende lovverket. For rusmisbrukere under 18 år kunne barnevernet gripe inn, foreldre hadde også full rett til å legge inn barna sine. For rusmisbrukere i myndig alder var det flere paragrafer fra ulike lover som i teorien kunne brukes,

men mest aktuelt var det å bruke frihetsberøvelse etter lov om psykisk helsevern, §4 som ga hjemmel for innleggelse på psykiatrisk sykehus i inntil 3 uker. Andre paragrafer fra Lov om psykisk helsevern var kun aktuelle dersom pasienten hadde samtidige andre alvorlige psykiske lidelser (ibid., s. 48). Fra behandlingsinstitusjonene ble praksisen om å innlegge, isolere og behandle personer med avhengighet mot deres vilje, ansett som uforenelig med en konstruktiv behandlingsinstitusjon. Denne motstanden førte likevel ikke til noen endring av praksis (ibid., s. 20).

6.1.7: Ettervern

For middelaldrende og eldre aldersgrupper var gjerne omskolering, ettervern og attføring like aktuelle i etterkant av behandling. For yngre aldersgrupper var det sjeldent noe å føre tilbake til, hverken i familie-, bo-, arbeids- eller utdanningsituasjon, derfor var ikke attføring spesielt aktuelt. Heller ikke omskolering ble ansett som særlig aktuelt, da disse pasientene i utgangspunktet gjerne hadde lite skolegang fra før. Dermed var det mer aktuelt å trekke utdanningstilbud inn i en aktiv del av behandlingen. Ettervern ble betraktet som en naturlig del av behandlingsopplegget og kunne ta forskjellige former. Noen institusjoner tilbød pasientene oppfølging i etterkant av aktiv behandling, enten ved å kunne komme på besøk på behandlingsinstitusjonen eller på et eget ettervernskontor. Noen institusjoner besøkte pasienten i vedkommendes hjem, en form for ettervern som ble sett på som svært ønskelig fra sakkyndiges side, men som også var svært ressurskrevende og derfor lite utbredt. Etterverns hjem var en slags blanding av disse tilbudene. Dette var institusjoner som var opprettet for å hjelpe pasienter, særlig unge pasienter, med bosted og praktisk hjelp, samtidig som pasienten var under utdanning, i arbeid, og/eller gikk i individuell etterbehandling. En annen form for ettervern var jordbrukskollektiver, som både kunne være knyttet til behandlingsinstitusjoner eller frittstående, der det, som navnet tilsier, ble drevet gård. Denne formen for ettervern hadde ingen egentlig behandlingskomponent i seg, men de felles arbeidsoppgavene som måtte gjøres for å få driften til å gå rundt, gjorde at flere som bodde i disse kollektivene fikk motivasjon og endrede adferdsmønster bort fra rusadferd (ibid., s. 49-50)⁶.

⁶ Disse kollektivene blir i senere stortingsmeldinger omtalt som bo- og arbeidskollektiver.

6.1.8: Organisering av tjenestene: forholdet mellom det offentlige og private organisasjoner

Departementets generelle innstilling var at ansvaret for hjelpetrequende mennesker alltid lå på det offentlige, og at ingen menneskers livsgrunnlag skulle være avhengig innsamlede midler eller andres verdinormer. Samtidig hadde private organisasjoner vært viktige i utviklingen av hjelpetilbud. Erfaringer med dette viste at det ikke var tilstrekkelig med gode ønsker, entusiasme og religiøs eller annen innstilling, for å jobbe med denne pasientgruppen. Krav om fagkunnskap og erfaring var viktig, og derfor mente Sosialdepartementet det var det offentliges oppgave å drive med forebyggende arbeid, poliklinisk- og institusjonsbehandling, i tillegg til ettervern. Der frivillige organisasjoner og grupper kunne støtte, var i å skape sosiale nettverk for barn og unge i faresonen i form av for eksempel støttekontakter og weekendhjem (ibid, s. 55).

6.1.9: Norsk sosialrådgivertjeneste i København

På slutten av 1960-tallet begynte man å se en trend blant unge nordmenn å reise til København. Det var forskjellige grunner til dette, men faktum var at det var mye rus i byen og for noen var det grunn nok for å reise. De som reiste kunne deles inn i tre grupper, med noe uklare grenser. Den første gruppen var relativt liten og inneholdt opiatmisbrukere med flere mislykkede behandlingsopphold bak seg. Disse pendlet gjerne mellom København og Norge året rundt. Gruppen var gjerne svært belastet både psykisk og fysisk, og de reiste til København med ønske om tak over hodet og rikelig tilgang på stoff. Den andre gruppen var ungdommer som reiste fra en krisesituasjon, enten i forbindelse med familie, bolig, skole, arbeid, sosialtjenester eller politiet. De hadde brukt narkotika men var gjerne ikke avhengig enda. Disse reiste til København med et ønske om å skape seg et nytt liv. De fleste ytret ønske om å reise hjem etter en uke i byen. Den tredje gruppen var ungdommer som gjerne kom fra noe høyere sosiale lag, som reiste til København om sommeren for det frie, alternative livet man kunne føre. På bakgrunn av denne ganske omfattende migrasjonen til København blant unge nordmenn ble det opprettet en egen norsk sosialrådgivertjeneste i København, som hjalp ungdommene med alt fra en 20 kroning slik at de kunne reise hjem ved å haike gjennom Sverige, til penger til billetter til hjemreise, mat, holde kontakt med familie og/eller behandlingstilbud i Norge og hjelp til legebehandling og medisin. Per 1976 ble denne tjenesten oppfattet som nødvendig, og

departementet gikk inn for å fortsette dette tilbudet så lenge det ble ansett nødvendig (ibid., s. 53-54)⁷.

6.10: Oppsummering - Starten på et politisk felt

I det følgende vil jeg trekke frem noen av de viktigste agentene i rusfeltet i perioden, og skrive om deres disposisjoner, posisjon og posisjoneringer.

6.1.10.1: Fagstyre og legedominans

Karl Evang⁸ hadde en forståelse av sykdom utover ren patofysiologi. Også sosiale hendelser og handlinger var av betydning. Derfor krevde sykdomsbehandlings også samfunnsendringer. Som leder av Socialistiske legers forening nedsatte Evang i 1936 en komité for å vurdere den sentrale helseadministrasjonen. Konklusjonen var at helsevesenet i Norge ikke klarte å utnytte legevitenskapens fremskritt. Komiteen mente mer offentlig ansvar, sentral styring og flere fagfolk (leger) i administrative stillinger var den eneste måten å få et fremtidsrettet, effektivt helsevesen for alle (Nordby, 2009). Dette passet godt overens med Arbeiderpartiets visjoner, og Evang ble ansatt under regjeringen Nygaardsvold som medisinaldirektør i 1938. Etter å ha vært i eksil i England sammen med regjeringen Nygaardsvold kom Evang tilbake til Norge, nå som helsedirektør. En stilling han ble i frem til 1972.

I etterkrigstiden var skillet mellom administrasjon og politikk uklare og flytende, og fagfolk, som medisineren Evang, fikk vide fullmakter til å forme Norges helsevesen (Schiøtz, 2003, s. 312). Evang var en forkjemper for opprettelsen av helsedirektoratet, en etat totalt eid og administrert av leger. Han fikk selv rollen som både fagdirektør og i praksis departementsråd, en kombinasjon som i praksis gav han enerett til å gi den politiske ledelse faglige råd. Under Evangs styre ble også fylkeslegenes embete utvidet til å bli en slags institusjon, som spilte en betydelig rolle i utbyggingen av fylkeskommunenes helsetjenester (ibid., s. 345). Legene var lederne og visjonen var en sosialmedisinsk tilnærming til helsefeltet.

⁷ Sosialrådgivertjenesten blir også nevnt i St.meld. nr. 69 (Sosialdepartementet, 1992, s. 58), her kommer det frem at tjenesten fortsatt er virksom, men at antallet klienter hadde blitt redusert og at tjenesten fremtid var usikker. I en artikkel om Uteseksjonen i Oslo nevnes det at tilbudet ble lagt ned på midten av 90-tallet (Øiern, 1999, s.15).

⁸ Evang kom fra en middelklassefamilie i Kristiania, en bestefar på morssiden som hadde vært biskop, og en farfar som hadde vært murmester og høyerepolitiker i byens formannsskap. Karl Evangs far hadde vært byråsjef i embetsverket, men døde ung. Som student engasjerte Evang seg tidlig i den radikale bevegelsen Mot Dag, som hadde det sosialistiske samfunn og varig fred som målsetting. Evangs engasjement førte ham i fengsel, som militærneker og til Spania under borgerkrigen der. Han var også svært engasjert i arbeiderklassens kvinner og jobbet mye med opplysningsarbeid om prevensjon, og utførte også illegale aborter. Med på dette arbeidet var også konen Gerda, som selv var lege (Nordby, 2009).

Nå skulle hele mennesket, dets psykiske og fysiske velvære fra fødsel til død, være helsevesenets interesseområde og virkefelt (ibid., s.13).

At leger fikk en viktig rolle i starten av rusfeltet, er dermed ikke så rart. Allerede i 1961 ble det knyttet en overlegestilling for narkomani, til Statens klinikk for narkomane. Senere fikk også fylkeslegene en naturlig plass, og ofte rollen som formann, i kontaktutvalgene som skulle sikre tverrfaglig samarbeid i fylkeskommunene, samt holde sentrale myndigheter orientert om utviklingen i rusfeltet. Også i Sentralrådet for narkotikaproblemer hadde helsedirektoratet mye innflytelse, i og med at sekretariatet til utvalget var underlagt direktoratet. Det var imidlertid Justisministeren som i 1969 hadde tatt initiativet som førte til opprettelsen av utvalget, men dette skjedde året etter at Evang selv hadde arbeidet for å kriminalisere bruk og omsetning, og dermed gitt justisdepartementet og politivesenet mer makt i feltet (Schiøtz, 2017, s.18).

Karl Evang gikk av som helsedirektør i 1972. Stillingen ble overtatt av Torbjørn Mork⁹. Evang ble likevel brukt som konsulent under utarbeidingen av Stortingsmeldingen, og var dermed også en agent i rusfeltet selv etter sin avgang som helsedirektør.

En annen lege med stor innflytelse på rusfeltet var Professor dr. med. Nils Retterstøl, som var overlege på Gaustad psykiatriske sykehus, og som fikk ansvaret for å drive informasjonsbanken for narkotikaproblemer. Han ga også ut en lærebok om medikamentmisbruk i 1967, som ble mye brukt både i Norge og i resten av de nordiske landene (Jørgensen, 2009). Rettestøls engasjement for de unge rusmisbrukerne viste seg også i det at han opprettet egne avdelinger for ungdomsnarkomane på institusjonene han jobbet på i Oslo og Bergen.

Det kan derfor hevdes at narkotikafeltet i begynnelsen var dominert av leger i byråkratiske stillinger, Helsedirektoratet, helsedirektøren, politivesenet og justisdepartementet. Andre agenter var fylkeskommunene, kirke- og undervisningsdepartementet, statens edruskapsråd, Sosialdepartementet, apotek, kommuner og frivillige organisasjoner.

6.1.10.2: Narkotikabruk er et symptom

Innledningsvis i Stortingsmeldingen blir det hevdet at narkotikabruk primært er et helseproblem. Samtidig ble bruk av illegale stoffer ble langt på vei forstått som et ungdomsfenomen. Et problem hovedsakelig «eid» av ungdommer fra konfliktfylte bakgrunner

⁹ Han var tidligere overlege i kreftregisteret og gikk direkte inn i stillingen som helsedirektør fra å ha vært statssekretær i sosialdepartementet under regjeringen Bratteli (Arbeiderpartiet) (Schiøtz, 2003, s. 340).

og brukte narkotika som en å slippe bort fra tilværelsen. Doksa i feltet var altså at narkotikabruk var et symptom på et underliggende psykisk og/ eller sosialt problem. Denne forståelsen lå også til grunn for behandlingstilbudet narkotikamisbrukerne fikk. De skulle behandles i det ordinære tiltaksapparatet, primært i psykiatrien. Alle de andre tiltakene som ble iverksatt var av sosial karakter, for eksempel fritidsklubber og oppsøkende virksomheter. Politikken som ble ført ble ikke legitimert med annet enn at befolkningen støttet den. Generelt skulle det ikke lages spesielle ordninger for ruspasienter, hverken i behandlingsinstitusjoner, offentlige etater, skolevesen eller i loven.

6.2: St.meld. nr. 13 (1985-1986): Om Narkotikaproblemene og narkotikapolitikken

Stortingsmelding nr. 13 (1985-86) Om narkotikaproblemene og narkotikaproblematikken ble lagt frem til Stortinget fra regjeringen Willoch, som i 1985 var en koalisjonsregjering mellom Høyere, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet (Kåre Willochs regjering, 2013). Siden forrige stortingsmelding ble skrevet i 1976, hadde brukermønsteret endret seg, og med det, mottiltakene. Situasjonen ble beskrevet som usikker, med en skremmende utvikling for de hardest rammede. Skadevirkninger, sosial nød og kriminalitet knyttet til misbruk var omfattende, og regjeringen ville bekjempe disse problemene aktivt og effektivt. Målet for politikken var et narkotikafritt samfunn, en visjon som det var bred politisk enighet om og som var godt forankret i folkeopinionen. Narkotikamisbruk kunne ikke aksepteres i noen form, og derfor var det heller ikke grunnlag for å skille mellom ulike typer narkotiske stoffer (St. meld. nr. 13 (1985-86), s.6).

Narkotikaproblematikken ble dessuten satt i sammenheng med fremveksten av det liberale forbrukersamfunnet, der forpliktende religiøse og moralske normer ble svekket. I mediene ble vold og seksualitet benyttet som underholdningsinnslag, hasj kunne bli fremstilt som et uskyldig fenomen og omtalen av kokain kunne gi inntrykk av at stoffet hørte med i toneangivende kretser (ibid., s.7). Alle som kom i kontakt med problematikken ble kalt til mobilisering.

6.2.1: Hvem skrives det om, hva bruker de og hvorfor?

I stortingsmeldingen blir begrepet narkotikamisbruk forstått som all illegal ikke-medisinsk bruk av de stoffene som betegnes som narkotika i henhold til Narkotikalistens. Avhengighet blir beskrevet som delt i to, fysisk avhengighet og psykisk avhengighet. Fysisk avhengighet

beskriver hvordan kroppen reagerer på en nedgang i tilførselen av stoffet, og det var, ifølge sosialdepartementet, denne avhengigheten som ble lagt til grunn for den strenge narkotikalovgivningen. Psykisk avhengighet ble forstått som lengselen etter stoffvirkningene og ble også satt i sammenheng med sosiale faktorer som knyttet misbrukeren til livet som misbruker (ibid., s.17). Senere i meldingen omtales imidlertid ikke avhengighet. Begrepene «misbruk» og «misbrukere» blir anvendt gjennomgående i stortingsmeldingen i omtale om bruk av rus /narkotika og hvem det gjelder.

Da narkotikaproblematikken ble et tema på midten av 1960-tallet var det særlig det dramatiske, tunge misbruket som ble omtalt og bekjempet, dette ga en skjev fremstilling av problemenes faktiske natur, og politikken og engasjementet som fulgte mente sosialdepartementet ble fundert på en snever problemforståelse. Dette førte blant annet til at man ifølge Sosialdepartementet (ibid., s. 8) manglet politikk for å bekjempe sporadisk og eksperimentell bruk av narkotika. Faktum var at det var en relativ stor gruppe mennesker som hadde prøvd eller brukt narkotika, da særlig cannabis. Gruppen som sporadisk brukte cannabis var så stor, at den som helhet i liten grad kunne sies å avvike fra normalbefolkningen, også med tanke på problembelastning. For mange i denne gruppen ble det dessuten med ett eller noen få forsøk og det var ikke registrert noen økning rekrutteringen til denne gruppen. Gruppen misbrukere som brukte stoff hyppig og mer omfattende, var relativt liten, og hadde i økende grad også andre problemer, da spesielt i forbindelse med familiesituasjon, arbeid og skole. Disse misbrukte gjerne flere forskjellige stoffer. Det typiske misbruket ble beskrevet som et blandingsmisbruk der alkohol, illegale stoffer, legemidler og, i noen grad også, løsemidler brukes i kombinasjon.

Misbrukere ble i stortingsmeldingen delt opp i tre grupper. 1) De som hadde brukt cannabis én eller få ganger. Dette ble beregnet til å omfatte ca. 100 000 personer på landsbasis. 2) De som jevnlig brukte cannabis, stipulert til å omfatte omkring 15 000-20 000 personer totalt i landet. Og 3) De som, i hvert fall periodisk, inntok stoff med sprøyte (ibid., s. 20). Denne siste gruppen ble antatt å utgjøre ca. 3000-4500 personer på landsbasis, altså under fem prosent av misbrukere som helhet. Gruppen var preget av sosial elendighet og sykdom, og hadde særlig høy risiko for å bli smittet av AIDS, som i 1985 var en ny sykdom her i landet, men som man allerede hadde sett alvorlighetsgraden av fra andre land. Antall dødsfall grunnet narkotika var noe uklare, men i 1984 regnet politiet at det var 40 dødsfall på landsbasis der avdøde gikk bort direkte på grunn av narkotikamisbruk, eller der avdøde hadde kjente misbruksvaner (ibid., s. 21).

Av de illegale stoffene som ble misbrukt var cannabis desidert mest utbredt, samtidig ble amfetamin brukt stadig flere steder. Av denne grunn var det disse stoffene som skapte mest bekymring hos politiet. Heroinbruken var mest utbredt i byene og at misbruket omfang var relativt stabilt. Legemidler som ble misbrukt var blant annet smertestillende midler, beroligende midler og sovemidler. Betydelige mengder legemidler av denne typen fant også vei til det illegale markedet (ibid., s. 22).

De som misbrakte cannabis ble rekruttert ganske jevnt fra de ulike samfunnslagene, men med noe overrepresentasjon av unge med skilte foreldre og med avbrutt skolegang (ibid., s.8). Mer omfattende misbruk samvarierte med sosioøkonomisk lav status og sosiale problemer. Hos de hardest rammede stoffmisbrukerne så man et ganske entydig bilde i bakgrunn og utfordringer. De kom fra familier med sosioøkonomiske og helsemessige problemer, med en oppvekst som var preget av konfliktfylte forhold i familie, vennekrets og skole. De sto dårlig stilt på arbeidsmarkedet og hadde gjerne fra ung alder vært preget av isolasjon og tilbaketrekking. I tillegg til stoffproblemer hadde de fleste psykiske problemer og symptomer på sosial funksjonshemning. De hadde dårlig bolig og økonomi. Samtidig ble denne entydigheten i gruppen trukket litt i tvil, og det ble åpnet for at stoffmisbruk kunne inngå i sosiale sammenhenger og miljøer som i ulik grad avviker fra samfunnet for øvrig. Kokainmisbruk ble trukket frem som eksempel på et stoff som ble misbrukt i miljøer som ellers var lite synlige i misbrukssammenheng. Det ble åpnet for en mulighet for at det fantes grupper av stoffmisbrukere de ikke har fullstendig kunnskap om, for eksempel de med mindre synlige former for omfattende stoffmisbruk (ibid., s. 24).

Blant de tungt belastede misbrukerne tok rusbruken, ifølge Sosialdepartementet (ibid.), gjerne form av selvmedisinering, der narkotika ble benyttet for å flykte fra vonde følelser og som et forsvar mot en virkelighet preget av problemer og harde kår. For de mer ressurssterke misbrukerne ble rusbruken forklart mer som en motepreget måte å øke lysten på. Altså var ikke målet virkelighetsflukt, men å bruke tidstypiske stoffer for å høyne lystopplevelser.

Utbredelsen av misbruket hadde i 1985 ikke vist noen tydelig økning siden sist halvdel av 1970-tallet, og i befolkningen var fortsatt majoriteten avvisende til å prøve narkotika. Samtidig var cannabis utbredt i visse miljøer i Norge, og det ble observert med bekymring at enkelte forsvarte cannabisbruk. Dette veldige, gjennomgående fokuset på cannabis ble forklart i stortingsmeldingen med at forskning på stoffet viste at bruk innebar betydelig risiko for psykiske og somatiske skader, at cannabis bidro til å holde sammen illegale rusmiddelkulturer og at økt aksept for cannabis i befolkningen trolig kunne føre til økt risiko for problemutvikling og rekruttering til gruppen av tyngre stoffmisbrukere. Dessuten var enhver misbruk av cannabis

«lovstridig og uttrykk for illegale rusmiddelvaner» (ibid., s. 25). Til tross for dette understreker Sosialdepartementet faren ved skremselspropaganda med overdrevne fremstillinger om skadevirkninger, der veien fra å prøve til å dø blir beskrevet som kort. Det viktige var at cannabis ikke ble sosialt akseptert og at en entydig og skarp holdning mot cannabis ble markert.

For gruppen av tyngre stoffmisbrukere var problemoppbløsningen høy, med store individuelle belastninger for de som var rammet, i form av kriminalitet og straffeforfølgelse, sykelighet og dødelighet, samt, for noen, prostitusjon. Samtidig, skriver Sosialdepartementet (ibid.), hadde også samfunnet for øvrig betydelige kostnader knyttet til denne typen avhengighet, da kriminalitet for å finansiere stoffbruk rammet næringsdrivende og andre borgere, og at misbruksmiljøet ble kjennetegnet av vold og uro, noe som kunne skape redsel hos andre.

6.2.2: Organisering og opprustning av omsorgen for rusmisbrukerne - integrasjonsmodellen

Som i 1976, var det i 1985 bred politisk enighet om å ikke utvikle en særomsorg for stoffmisbrukere. «Med *særomsorg* menes, i denne forbindelse en egen organisert etat, med eget lovverk og administrasjon innrettet mot en avgrenset målgruppe» (ibid., s. 27). Altså lå ansvaret for arbeidet med narkotikaproblemene hos det ordinære tiltaksapparatet. Denne linjen ble kalt for en integrasjonsmodell i motsetning til en segresjonsmodell, der individer med problemer skilles ut og får et eget apparat rundt seg. Alkoholistsomsorgen i Norge hadde tradisjonelt vært adskilt fra resten av behandlingsapparatet, og det fantes fortsatt i 1985 et eget system, ledet av Statens edruskapsdirektorat og egne lover rettet mot alkoholmisbrukere.

Ansvaret for kontrollpolitikken lå hos justisministeren, med ansvar for politi, påtalemyndigheter og kriminalomsorgen. Tollvesenet var også viktig, men de var administrert under Finansdepartementet. Alle disse organene var statlige. I behandlingssektoren var det mer komplisert. Kommunene og fylkeskommunene hadde det primære ansvaret for behandling, rehabilitering, sosial omsorg og barnevern. Imidlertid hadde staten, da særlig helsedirektoratet, fylkesmennene og fylkeslegene, sterk innflytelse over feltet. Det politiske ansvaret for behandlingssektoren lå hos Sosialministeren. Andre etater som var engasjert i problematikken var Kirke- og undervisningsdepartementet, Arbeidsmarkedsetaten, Statens edruskapsdirektorat, Kultur- og vitenskapsdepartementet, Forbruker- og administrasjonsdepartementet og Miljøverndepartementet. I tillegg til en rekke fylkeskommunale og kommunale etater og organer (ibid., s. 27-28).

Et av problemene som blir nevnt i forbindelse med integrasjonsmodellen var at instansene i det ordinære tiltaksapparatet allerede var presset og at ansvaret for narkotikamisbrukerne ikke ble lovfestet. I tillegg var gjerne problemene komplekse, og tilhørte ikke entydig én etat, eller ett forvaltningsnivå, noe som krevde et samarbeid utover det de fleste kommuner og fylkeskommuner hadde tilrettelagt for. Disse problemene var tydeligst i forbindelse med behandlingstiltak, og minst der det gjaldt kontrolltiltak. Også dette blir understreket som problematisk med tanke på narkotikaomsetningens og misbrukets kriminelle status, som gjorde at sosiale problemer ble forskjøvet til kontrollapparatet. Politiet og fengselsetaten ble sittende alene med ansvar for vanskeligstilte misbrukere (ibid., s. 30).

Denne utviklingen er likevel ikke helt uventet da det var på kontroll siden at innsatsen mot narkotikaproblemet var blitt mest styrket. Strafferammene for narkotikakriminalitet var hevet, narkotikaetterforskning var høyt prioritert og over hele landet fikk politiet øremerkede midler til innsats mot narkotikaproblemene. Følgelig økte også antall narkotikamisbrukere i fengsel og i soningskøene. Hvorvidt misbrukerne fikk tilstrekkelig oppfølging i fengslene var usikker, og generelt ble samarbeidet mellom kriminalomsorgen og helse- og sosialsektoren beskrevet som utilstrekkelig utbygd. Dette til tross for at nettopp samarbeid mellom fengselsvesenet og helsevesenet var et av premissene for kriminaliseringen av blant annet bruk og besittelse av narkotika i 1969¹⁰.

Innen helse- og sosialsektoren hadde det også skjedd en viss styrkning, da særlig i form av oppbygging av oppsøkende virksomhet, psykiatriske ungdomsteam og spesialinstitusjoner innenfor psykisk helsevern. Også de andre etatene og organene pårørt av narkotikaproblematikken hadde i varierende grad hatt en opprustning, men mangelen på en helhetlig plan for styrkningsarbeidet ble beskrevet som problematisk. Dette kommer også frem i beskrivelsen av særtiltakene innen tiltaksapparatet. Altså tiltakene spesielt rettet mot narkotikaproblematikk, som for eksempel oppsøkende virksomhet. Tiltakene ble tilsynelatende plassert litt tilfeldig, uten en ordentlig avklaring mellom særtiltakene og det ordinære tiltaksapparatet og dermed ble gjerne særtiltakene stående utenfor. I tillegg hadde det øvrige tiltaksapparatet en tendens til å ville overføre alle med misbruksproblematikk over på særtiltakene, noe som på den ene siden overbelastet disse tiltakene fullstendig, men også gjorde at misbrukerne hadde vansker for å få adgang til de hjulpetiltak de hadde krav på og behov for (ibid., s. 31).

¹⁰ Se [6.1.3: Politikken som ble ført](#)

Store deler av opprustingen av narkotikafeltet bar preg av å være særtiltak rettet mot ungdom i risikozonene for rusmisbruk og ulike bo- og arbeidskollektiver. Disse tiltakene hadde frem til 1985 i stor grad blitt finansiert over statlige overføringer til kommunene. I Stortingsmelding nr. 26 (1983/84 referert i: *ibid.*) ble det imidlertid foreslått å slutte med statlige øremerkede overføringer, og at kommunene og fylkeskommunene heller skulle bli rammefinansiert. Altså at de skulle få overført en viss sum fra staten som de selv bestemte hvordan de ville fordele. Formålet med dette var å stimulere til selvstyre. For å forhindre at omleggingen av finansieringsordningen til kommunene og fylkeskommunene skulle svekke utviklingen og arbeidet rettet mot narkotika skulle det videre utviklingsarbeidet bli gitt en høy prioritet som et statlig satsningsområde i samarbeid med fylkeskommuner og kommuner (*ibid.*, s. 32).

6.2.3: Nasjonale og lokale utvalg

Sentralrådet for narkotikaproblemers sekretariat var frem til 1980 var underlagt Helsedirektoratet. For å markere at sekretariatet skulle betjene samtlige medlemmer av rådet ble dette omgjort til at sekretariatet skulle fungere i staben under rådets formann, som siden starten hadde vært Helsedirektøren, men i teorien kunne være hvem som helst av rådets medlemmer. I 1982, under regjeringen Willoch som på det tidspunktet var en ren Høyre-regjering, kom et nytt nasjonalt organ i narkotikafeltet. Statsrådsutvalget for narkotikaproblemer ble opprettet med et ønske om forsterket politisk styring på narkotikaområdet. I rådet satt Kirke- og undervisningsministeren, Kultur- og vitenskapsministeren og Sosialministeren. Justisministeren var leder. Til å bistå rådet ble det også ansatt en spesialrådgiver, som først var plassert i Justisdepartementet, før stilingen ble flyttet til Sosialdepartementet i 1985 (*ibid.*, s. 29.).

I kommunene var det ingen faste koordineringsorgan, men noen hadde på eget initiativ opprettet politiske og/eller administrative narkotikautvalg, og dette arbeidet varierte veldig fra kommune til kommune.

6.2.4: Frivillige organisasjoner

I stortingsmeldingen slår regjeringen fast at det er staten som har det overordnede ansvaret for narkotikapolitikken, og at kommunene og fylkeskommunene har hovedansvaret for det forebyggende arbeidet mot narkotika. Samtidig ble frivillige organisasjoners arbeid viktig for en effektiv og virksom innsats. Det var flere organisasjoner med humanitær eller religiøs

bakgrunn som tidlig hadde bygd ut institusjoner for alkoholikere og som også engasjerte seg i narkotikafeltet, gjerne innenfor området det offentlige ikke prioriterte så høyt. Norges Røde Kors åpnet blant annet den første hjelpetelefonen for pårørende til stoffmisbrukere i 1978, og startet i 1973 det første veiledningssenteret for den samme gruppen, da i samarbeid med Norske kvinners sanitetsforening, Redd barna og Norges Husmorforbund. Ellers var det flere rusmiddelpolitiske foreninger som påvirket politikken i russpørsmål, som Landsforbundet mot stoffmisbruk som jobbet blant foreldre med informasjonsarbeid og hjelp, folkeaksjonen mot hasj som jobbet blant ungdom mot narkotika og Narkotikapolitisk forening som var knyttet til Sollia-kollektivet, en behandlingsinstitusjon med utspring fra Statens klinikk for narkomane, og fungerte som en del av et ettervernstilbud (ibid., s. 52-53).

6.2.5: Forebyggende arbeid

Forebyggende arbeid var fortsatt høyt prioritert av regjeringen. Dette arbeidet gikk overordnet ut på å redusere tilgang, etterspørsel og misbruk av narkotika. Tiltakene skulle påvirke befolkningens generelle holdning til narkotika og skulle settes inn på områder som var sannsynlige å kunne forbedre levekår og livskvalitet for personer i misbrukssituasjoner. I tillegg var det tiltak spesielt rettet mot folk i risikogrupper for misbruk. De forebyggende tiltakene ble delt inn i to hovedgrupper: Tiltak som reduserte etterspørselen etter stoff, og tiltak som reduserte tilgangen på stoff. De tilgangsreducerende tiltakene handlet særlig om politiets, tollvesenets og legemiddelkontrollens innsats for å angripe tilgangen til stoff. De etterspørselsreducerende tiltakene var mer diffuse. Disse handlet om å øke informasjonsnivået i befolkningen, endre holdninger eller gi «alternativer til russøkende adferd» (ibid., s. 35). Regjeringens overordnede strategi var å kombinere disse tiltakstypene og forsøke å ha en helhetlig innsats rettet inn mot produksjon, distribusjon og etterspørsel.

I tillegg til de to ulike gruppene av forebyggingstiltak ble også forebyggingsarbeidet delt i ulike forebyggingsnivåer. Disse blir beskrevet som å henge sammen på en traktformet måte, der det bredeste nivå er mest allment og går på den generelle velferdspolitikken, og innebefatter svært mange ledd, også innenfor skolepolitikken, arbeidslivspolitikken og boligpolitikken, i tillegg til helsepolitikk. Trakten snevres så gradvis inn til å bli mer spesifikke og problemrettede mot tiltak for narkotikaforebygging og narkotikafeltet. I den smaleste enden av trakten er det tiltak direkte rettet mot grupper som tydelig er i risikozonen med begynnende narkotikaproblemer. Alle forebyggingstiltakene innen denne trakten blir også delt inn i primærforebyggende og sekundærforebyggende tiltak. De primærforebyggende tiltakene var

typisk på de bredere nivåene i forebyggingstrakten, mens de sekundærforebyggende tiltakene var i større grad på de smalere, mer spesifikke nivåene. På grunn av regjeringens mål om et narkotikafritt samfunn, var det de primærforebyggende tiltakene som skulle prioriteres høyest.

Det viktigste offentlige fritidstiltaket for ungdom i aldersgruppen 10-18 år, var fortsatt fritidsklubbene. I 1985 ble det anslått å være omtrent 700 fritidsklubber fordelt på 200 kommuner rundt om i landet, dette var en økning fra 370 i 130 kommuner i 1981. Fremtiden til klubbene var likevel uviss, da flere kommuner prioriterte dette arbeidet lavere enn tidligere med det nye inntektssystemet, der driftstøtten inngikk i rammeoverføringene til kulturformål (ibid., s. 39).

Det var de allerede mest problemutsatte i samfunnet som var i risiko for å utvikle narkotikaproblemer. Årsaken til dette var ifølge Sosialdepartementet (ibid., s. 37) at de primærforebyggende tiltakene hadde fungert og at misbruken var så begrenset at den var å betrakte som et avviksfenomen. Dermed var majoriteten av befolkningen relativt beskyttet mot narkotikaondet. Den delen av befolkningen som ikke var beskyttet, hadde som oftest tilpasningsproblemer og ville ikke nås med vanlige metoder. Dermed ble det foreslått å legge mer vekt på mer selektiv sekundærforebyggende tiltak. De sekundærforebyggende tiltakene som ble beskrevet var i stor grad de samme som ble beskrevet i 1976.

6.2.6: Kontrollapparatet

Kontrollapparatet knyttet til narkotika deles inn i lovgivning og rettssystem, politi- og lensmannsetaten, tollvesenet og legemiddelkontrollen. Kontrollapparatets arbeid ble ansett som forebyggende, fordi målet var å forhindre tilgjengelighet av narkotika. Samtidig gikk arbeidet utover ren forebygging og brakte med seg særskilte problemer som kontrollskader og rettssikkerhetsproblem. I norsk narkotikapolitikk hadde kontrollsiden blitt særlig vektlagt og det ble også planlagt for en videre utbygging innen alle områdene (ibid., s.55).

6.2.6.1: Lovgivningen

I 1984 ble Straffeloven redigert, slik at det meste av narkotikakriminalitet var underlagt § 162, med unntak av bruk og besittelse av mindre kvanta narkotika. I tillegg ble strafferammene hevet. I innstillingen fra justiskomiteén (Innst. O. nr. 55 (1984-85), s.1-2) understrekes det flere steder at stoffmisbruk først og fremst anses som et sosialt problem. Samtidig ble strafferammen for bruk og besittelse av narkotika økt fra tre til seks måneder i tillegg til bøter, hvilket gjorde at bruk og besittelse ikke lenger ble regnet som en forseelse (et mindre lovbrudd), men at det

nå var en forbrytelse. Hovedargumentasjonen for dette virker å være at man skulle ha mulighet til fortsatt å pågripe og fengsle personer som brukte eller var i besittelse av mindre mengder narkotika. Denne praksisen, samt endringen i lovverket som gjorde at alvorlig narkotikakriminalitet kunne straffes like hardt som overlagt drap, ble legitimert ved å hevde at det var viktig å understreke at narkotikakriminalitet hørte til de mest alvorlige lovbruddene i samfunnet, selv om den faktiske allmennpreventive effekten av lovendringene ble antatt å være svært liten (ibid., s. 2-3). Samtidig ble det understreket fra Justiskomiteén at de ikke ønsket å heve det alminnelige straffenivået, de ønsket å ha muligheten til å ha mulighet til å bruke strengere straffer enn det som frem til da var tilgjengelig, dersom man for eksempel fikk tak i en av de internasjonale organisatorene av narkotikahandel.

Disse synspunktene ble i stor grad gjentatt i diskusjonen i Stortinget (Stortinget, 1984) uavhengig av partitilhørighet, med unntak av en representant fra Sosialistisk venstreparti. Representanten, Kjellbjørg Lunde, og var i denne perioden en del av opposisjonen til den sittende regjeringen, en koalisjon mellom Høyre, Senterpartiet og Kristelig folkeparti. Lunde så narkotikaproblematikken som et symptom på en samfunnsmessig strukturendring med økt arbeidsløshet, høye boutgifter og mangel på forebyggende tiltak rettet mot ungdom, og var tydelig på at skjerpingen av straffeloven var et publikumsfrieri, der regjeringen skulle vise seg handlekraftige uten egentlig å gjøre noe. Tvert imot ville politikken regjeringen førte svekke samfunnet enda mer og føre til større forskjeller. Hun mente måten å minske kriminaliteten var å «erkjenne og få slutt på det som er årsak til problema» (ibid., s. 521-522) og at det ikke var noen grunn til å tro at en skjerping av straffene ville ha noe å si for kriminalitetsutviklingen. De grunnleggende årsakene til narkotikakriminalitet mente Lunde var sosiale problemer og økende økonomiske forskjeller i samfunnet. Lunde fikk delvis støtte fra andre stortingsrepresentanter i dette, men disse valgte likevel å stemme for forslaget da de mente det var ulogisk at, som venstrerepresentant Hans Hammond Rossbach uttrykte seg, «slike alvorlige forbrytelser skal stå i en annen strafferettslig stilling enn de forbrytelser som i dag kan gi tilsvarende lang fengselsstraff» (Stortinget, 1984, s. 525).

Denne politikken var trolig svært påvirket av den internasjonale, og særlig amerikanske, narkotikapolitikken som ble ført på samme tid. På begynnelsen av 1970-tallet erklærer president Nixon at «America's public enemy number one is drug abuse» (Fekjær, 2009, s. 57) og i delstaten New York blir minimumsstraffen for salg og besittelse av relativt små kvanta 15 års fengsel. Da Ronald Reagan inntok presidentkontoret i 1981 innfører han begrepet «the war on drugs» og skjerper også de føderale straffebestemmelsene for narkotikakriminalitet. Det som

fulgte var en fordobling av innsatte i amerikanske fengsler (ibid.). En utvikling vi kunne kjenne igjen fra Norge også.

6.2.6.2: Politiet og påtalemyndighetene

Hvordan politiet skulle prioritere var en balansegang mellom grov narkotikakriminalitet eller å få tak i flest mulig narkotikaforbrytere. Vanligvis var det den førstnevnte gruppen saker som skulle prioriteres høyest, og politiets innsats mot de narkotikaforbryterne som var store i nasjonal målestokk ble beskrevet som effektiv (St. meld. nr. 13 (1985-86), s. 56). Samtidig ble viktigheten i å arbeide mot etableringen av åpne brukermiljøer vektlagt. «Gjentatte aksjoner mot misbrukermiljøene skaper uro. Det antas å ha avskrekkende virkning, særlig for dem som ikke er etablert i miljøet» (ibid.). Det faktum at flere av de domfelte i narkotikasaker selv var narkotikamisbrukere ble problematisert, da dette reiste kompliserte spørsmål rundt grenselandet mellom rettsforfølgelse og behandling.

Politiet ble gitt svært mye ressurser i forbindelse med arbeidet mot narkotika. Narkotikaseksjonen i Oslo ble opprettet i 1979 og hadde fra 1983 et eget edb-system, Narksys, til bruk i narkotikasaker. Ved utgangen av 1984 arbeidet 250 tjenestemenn innen politi- og lensmannsetaten minst 50 % av tjenestetiden sin med narkotikasaker. I tillegg hadde Norge, i samarbeid med de andre nordiske landene, utplassert politifolk i sentrale produksjons- og transittland. I 1985 hadde Norge en politimann i Islamabad og en i London (ibid., s. 57).

I forbindelse med etterforskning var det flere spesielle hensyn politiet måtte ta med tanke på fremgangsmåter, bevissikring og ressursinnsats, og det ble behov for bruk av særregler. Blant annet ble det åpnet for bruk av telefon- og romavlytting. Andre omdiskuterte metoder var for eksempel kontrollert bevissikring, også kalt bevisprovokasjon, der politiet påvirker personer til å avsløre seg selv eller andre ved å foreta handlinger de likevel ville gjort. Denne metoden var svært omdiskutert da balansen mellom bevisprovokasjon og forbrytelsesprovokasjon, der personer begår en straffbar handling de ellers ikke ville gjort, syntes å være vanskelig. Det var likevel lov ved sterk mistanke om profesjonelt preget narkotikaomsetning med farlige stoffer. Betaling for opplysninger skulle ikke forekomme, men en kilde/tyster skulle få dekt utlegg til reise, måltider og eventuelt tapt arbeidsfortjeneste i forbindelse med bistanden til politiet og dette skulle utbetales kontant (ibid., s. 59-60).

Politiets forebyggende arbeid skulle særlig ha betydning for misbrukerutviklingen og småsalg blant ungdommer og folk i risikogrupper. En form for forebyggende virksomhet som særlig ble prioritert var å opprette spesielle enheter innen bydelspolitistasjoner eller politikammer, som skulle drive oppsøkende virksomhet, gjøre seg kjent med lokalbefolkningen,

særlig ungdommen, og formidle kontakter med offentlige etater og veilede og støtte mennesker i truede miljøer eller som står i fare for å «gli inn i kriminalitet og misbruk av narkotika» (ibid., s. 61).

Regjeringen rettferdiggjorde narkotikapolitikken som ble ført, med særlig vekt på kontrolltiltak og allmennpreventive tiltak, med de alvorlige samfunnsmessige problemene og omfattende menneskelige lidelsene som var knyttet til narkotikamisbruk. Samtidig så de at denne politikken kunne ha problematiske sider. Økt politiinnsats kunne skape hardere miljøer blant rusmisbrukerne. Det strenge straffenivået førte til belastning på fengselsvesenet og unge mennesker ble dømt til svært lange fengselsstraffer. Kriminaliseringen av narkotikamisbruk gjorde at misbrukerne ble straffet, med kun en tilfeldig mulighet for behandling (ibid., s. 67-68).

6.2.6.3: Kriminalomsorgen

Misbruk av narkotika blant innsatte i fengsler var som nevnt tidligere et betydelig problem. Da narkotikabruk vanskeliggjorde rehabilitering av de innsatte, ønsket regjeringen å fremheve tiltak som ville motivere og hjelpe de innsatte til å avstå fra bruk av narkotika. I tillegg var det blitt iverksatt tiltak som skulle gjøre innsatte bedre rustet til å bli en del av samfunnet igjen etter løslatelse. Det var også særlig viktig at de innsatte fikk hjelp til å mestre eventuelle sosiale problemer og til å ordne sin livsførsel. Målet var at alle stoffmisbrukende innsatte skulle få behandlingstilbud, arbeidstreningstilbud og/eller utdanningstilbud og at det var mulighet for tett oppfølging etter løslatelse (ibid.s, 61).

Å overføre innsatte til behandlingsinstitusjoner var et tiltak som ble benyttet i den grad det var mulig å skaffe egnet institusjonsplass. Dette var et tilbud som regjeringen mente at burde utvides. Et annet etterspørselsreducerende tiltak var såkalt kontraktsavdelinger, der de innsatte fikk mulighet til å sone på «narkofrie» avdelinger med større frihet og mulighet til å delta på idrettsaktiviteter og kulturtilbud innenfor og utenfor fengselet mot at de forpliktet seg til å regelmessig avgi urinprøver. Dette tilbudet var i 1985 kun opprettet ved to anstalter, men det skulle vurderes om det skulle bygges ut tilsvarende avdelinger i andre anstalter (ibid., s. 62).

6.2.6.4: Legemiddelkontrollen

Fra 1970 til 1980 sank totalforbruket av A-preparater vesentlig. En utvikling som i stor grad ble knyttet til strengere regler og mer systematisk registrering av resepter på denne legemiddelgruppen. I 1985 var bruk av B-preparater, og da særlig psykofarmaka et større problem, og det ble i løpet av første halvdel av 1980-tallet iverksatt en rekke tiltak for å

bekjempe dette. Blant annet ble en rekke sovemidler, fjernet fra markedet, og andre preparater ble avregistrert. Videre ble leger og tannleger kontrollert med grunnlag i foreskrivingen av vanedannende legemidler, og reglene rundt foreskrivinger ble endret, slik at resepter kun kunne brukes én gang og de skulle oppbevares i ett år på apoteket. Målet med disse tiltakene var å forhindre at disse legemidlene fant veien til det illegale markedet (ibid., s. 65-66).

6.2.7: Behandling, behandlingsalternativer og rehabilitering

Behandlingstrengende narkotikamisbrukere ble beskrevet som folk som i stor grad er svakere stilt, med en problembelastet bakgrunn, og ofte forskjellige psykiske og sosiale problemer. Mange var hjemløse og hadde i liten grad bånd til det øvrige samfunnet. Psykiske lidelser som depresjon og angst var godt representert blant stoffmisbrukerne. Mange hadde lite eller ikke-eksisterende kontakt med familien og mange slet også med nær kontakt til jevnaldrende. I gruppen var dødeligheten høy og mange følte seg avvist av behandlingsapparatet. Den vanskeligste oppgaven til behandlingsapparatet var ifølge regjeringen ikke å få stoffmisbrukerne til å slutte med narkotika, det var å få gjort noe med det psykiske, somatiske og sosiale problemene som ofte er knyttet til narkotikamisbruk (ibid., s. 69-70).

6.2.7.1: Tiltaksapparatet utenfor institusjon

Sosialkontorene hadde plikt til å yte økonomisk bistand til hjelpetrequende, i tillegg til en rekke andre tjenester. Narkotikamisbrukere opplevde imidlertid i liten grad å få tilbud om det de hadde krav på og sosialkontorene kom, blant annet på grunn av manglende ressurser, faglig til kort i arbeidet med denne gruppen. Den oppsøkende virksomheten skulle egentlig primært motivere og formidle ungdom til behandling og rehabilitering, men i praksis drev utekontaktene mye med krisearbeid og oppfølging av tungt belastede stoffmisbrukere, særlig i de store byene. I noen kommuner var det også tatt initiativ til en sosial vaktjeneste som kunne bistå med akutte hjelpetiltak der det var behov for det. Tjenesten var modellert etter stoffmisbrukernes behov, men i tråd med politikken om at rusavhengige ikke skulle ha noen særordninger understreker regjeringen at denne typen tilbud måtte rettes inn mot *alle* som kom opp i akutte sosiale problemer.

Andre tilbud utenfor institusjon var polikliniske klinikker knyttet til det psykiske helsevernet, ulike dagtilbud, som arbeidstrening, og leger. Det blir stilt spørsmål om det entydige fokuset som har vært på oppbygging av tiltak for enkeltklienter, og at man har glemt

familiens hjelpebehov og ressurser, og derfor ikke benyttet seg av ressursene som fantes i familiekontorene eller helse- og sosialsentrene i kommunene (ibid., s. 70).

6.2.7.2: Heldøgnsinstitusjoner

For de yngste rusmisbrukerne var døgntilbudene plassert under barnevernet, barne- og ungdomspsykiatrien og spesialskoler. For voksne var det hovedsakelig innen ulike psykiatriske klinikker og sykehus de kunne få døgntilbud. Dessverre var kapasiteten her sprengt. Men det var opprettet noen nye avdelinger som skulle ta seg av voksne misbrukere. Innen alkoholstomsorgen fikk også en del narkotikamisbrukere hjelp, men disse institusjonene hadde i liten grad personale som hadde helse- og sosialfagligkompetanse, og sto dermed faglig ganske svakt. Alkoholstomsorgen ble imidlertid ansett av regjeringen som et lite aktuelt tilbud for unge med rusproblemer (ibid., s. 72).

Akuttilbudet til ruspasientene var det helsevesenet som hadde ansvar for. På Ullevål var det en avdeling som ga tilbud om avrusning før behandling eller kortvarig medisinsk pleie for å komme til hektene. Denne avdelingen hadde også fått styrket psykiatrisk kompetanse. Avdelingen var på mange måter en modell for hvordan regjeringen mente akuttilbudet til stoffavhengige skulle se ut, «hjelpen må gis av personell som er velutdannet og har erfaring fra arbeid med stoffmisbrukere, både når det gjelder fysiske og psykiske tilstander» (St. meld. nr. 13 (1985-86), s. 73). Målet var å få ned dødeligheten, øke behandlingsmotivasjonen, veilede og forebygge spredning av sykdommer. Særlig AIDS og hepatitt var skremmende smittsomme sykdommer, som lett kunne spre seg i rusmiljøet (ibid., s. 74).

6.2.7.3: Rehabilitering og rehabiliteringsproblemer

I stortingsmeldingen ønsket Regjeringen å gå bort fra ettervernsbegrepet, da dette kunne gi inntrykk av at oppgaven kun var å vedlikeholde de resultatene som var oppnådd i behandlingen. Rehabilitering eller attføring var mer dekkende for hva Sosialdepartementet mente at måtte komme etter opphold på en behandlingsinstitusjon. Den tidligere misbrukeren skulle attføres både sosialt og yrkesmessig, og ganske ofte også medisinsk. For å få til en best mulig rehabilitering etter institusjonsbehandling var et overordnet mål å få etablert en sammenhengende behandlingsskjede gjennom hjelpetiltakene, fra kontakt og avrusning til å bli innlemmet i samfunnet igjen etter endt behandling. For å få til dette måtte samarbeidet mellom de ulike instansene fungere fra første stund. Her hadde særlig sosialkontorene en viktig rolle. Dessverre var kompetansen på de fleste sosialkontorene for lav når det gjaldt rusproblematikk.

Det største problemet for mange som kom ut av behandling var bolig og for en god del var tilbudet de fikk fra kommunen «midlertidige» hospitsplasser (ibid., s. 75-77). Kvinnelige misbrukere var ifølge Sosialdepartementet mer utsatt for å sprekke i en ettervernsfase enn menn. Dette ble forklart med at kvinner gjerne ikke hadde andre sosiale kontakter enn sine mannlige partene, lettere ble påvirket av sin partner og fortore gjenopptok rusbruken dersom de fikk nye partnere med misbruksproblematikk. På bakgrunn av dette ville Sosialdepartementet starte egne ettervernsgrupper for kvinner (ibid., s. 78).

6.2.7.4: Gravide stoffmisbrukere

Gravide stoffmisbrukere og stoffmisbrukere med barn var en utfordrende gruppe der et grunnleggende problem i barnevernet kom særlig godt frem. Barnas rett versus foreldrenes rett. På den ene siden har barn rett til å vokse opp i et trygt miljø, på den andre siden har foreldrene rett til å oppdra barna sine og ha mulighet til å vokse med det ansvaret. Det blir likevel gjort klart at det er hensynet til barna som må veie tyngst. Dersom stoffmisbrukere skulle beholde barna måtte de slutte på stoff. I Oslo hadde det siden 1976 vært et tverrfaglig samarbeid om rusmisbrukende kvinner, og i 1981 begynte de å arbeide etter den såkalte «Ullevål-modellen for vurdering av omsorgsfunksjonen for sosialt belastede gravide kvinner» (St. meld. nr. 13 (1985-86), s. 78). Her skulle et tverrfaglig team legge opp en plan med ansvarsfordeling av oppgavene til hjelpeapparatet frem mot fødsel. Alle kvinnene skulle bli tilbudt avrusning og ble underlagt urinprøvekontroller. Før fødselen skulle kvinnene følges opp ved hjemmebesøk av for eksempel helsesøster, barnevernspersonell og sosionom. Etter fødsel kunne mor og barn bli sendt hjem igjen med tett oppfølging, eller de kunne reise direkte til et mødre hjem. I «Ullevål-modellen» ble svangerskapet ansett som en prøvetid for kvinnen, dersom hun ikke klarte å endre på sin livssituasjon ble omsorgsevnen vurdert som utilfredsstillende og barnevernet ville overta omsorgen for barnet.

Ullevål samarbeidet tett med Statens klinikk for narkomane, som i 1982 åpnet en egen familieavdeling for misbrukere med barn. Her skulle foreldrene få arbeidstrening og skolegang og en mulighet til å være foreldre. Men klinikken sørget også for at alle barna hadde to avlastningsfamilier tilgjengelig dersom noe gikk galt. For kvinner som ikke hadde tilfredsstillende omsorgsevne og dermed ble fratatt barnet/barna, var hjelpeapparatet forpliktet til å hjelpe kvinnen med sorgen over tapet, samt å følge henne på med langsiktige og forpliktene rehabiliteringstilbud (ibid., s. 78-79). Fedres omsorgsevne blir ikke nevnt, ei heller fedrenes mulighet for bistand og behandling i forbindelse med å skulle bli forelder.

6.2.8: En forskningsbasert politikk

Forskningsbasert kunnskap utgjorde ifølge regjeringen i 1985, et viktig grunnlag for beslutningene som ble tatt innenfor narkotikapolitikken. Forebyggende politikk var blitt forsket en god del på, og dette var også et prioritert felt videre. Konsekvenser av kontrollpolitikken var også noe som skulle prioriteres å forske på, da kontrollpolitikken sine virkninger i narkotikapolitikken var mangelfull. Særlig viktig var det å forske på hvorvidt kontrollpolitikken hadde en allmennpreventiv effekt og om noen av de kontrollpolitiske tiltakene førte til ytterligere utstøtning av allerede svakere stilte grupper i samfunnet. Regjeringen ønsket også mer forskning på behandlinger, da det var grunn til å mistenke at misbrukergruppen var mindre homogen enn det behandlingsapparatet forutsatte (ibid., s. 85-89).

6.2.9: Oppsummering: Misbrukere og kriminelle

6.2.9.1: Doksa og symbolsk vold.

I perioden som var gått siden forrige stortingsmelding ble skrevet i 1976 så var det egentlig lite som hadde skjedd på narkotikafeltet med tanke på forebyggings- og behandlingstiltak. Feltet hadde imidlertid blitt preget av en stadig større vridning mot justisvesenet og kriminalisering. Doksa om narkotikabruk som et sosialt problem blir likevel understreket stadig underveis i stortingsmeldingen, i innstillingen fra justiskomiteén vedrørende skjerping av straffer og i den påfølgende debatten i Odelstinget. Likevel var det de kontrollpolitiske virkemidlene som ble styrket og vektlagt. Dette var også tilsynelatende periodens viktigste kamp i feltet også. Hva var misbruk? Var det et sosialt problem for individet, slik det ble gjentatt gjennom alle dokumentene fra perioden, eller var det et kostnadskrevende samfunnsproblem, slik det ble nevnt kort helt innledningsvis? Hva med misbrukerne? Var det folk som var kommet skjevt ut i livet med behov for behandling og bistand, eller var det sosiale og kriminelle avvikere som hørte hjemme i fengsel?

Løsningene som ble foreslått stemmer ikke overens med utfordringene som ble lagt frem underveis i stortingsmeldingen. For eksempel problematiseres antallet innsatte med rusproblemer, samtidig hever stortinget straffebestemmelsene for både bruk og besittelse, og grov narkotikakriminalitet. Dette kan være et eksempel på hvordan politikere, ubevisst, ved symbolsk makt forsterker doksa ved å først vedta en sannhet om hva og hvem narkotikabrukere er, sosiale avvikere og kriminelle, for så å utøve symbolsk vold ved å vedta politikk som

forsvarer ortodoksa¹¹, og kategoriserer befolkningen, enda sterkere, med argumentasjonen om at akkurat den politiske linjen har bred støtte i befolkningen, mot tilsynelatende kun én heterodoksisk posisjonering fra Sosialistisk venstreparti sin representant.

6.2.9.2: Agentene

I perioden siden forrige stortingsmelding økte antallet agenter i feltet betraktelig. Kommunene og fylkeskommunene fikk mer selvbestemmelsesrett, og dermed mer myndighet til å utforme tilbud, i tråd med Høyres visjon om staten som premissleverandør men ikke utfører. Som nevnt tidligere var også justisministeren, justisdepartementet, og justiskomiteen svært sentrale i bestemmelsene rundt skjerpet straff. Dessuten var det de kontrollpolitiske tiltakene som hadde blitt styrket mest, noe som var kom frem hos politiet og tollvesenet. Sosialdepartementet og helsedirektoratet var fortsatt viktige innenfor behandlingstiltak og sosialtiltak. Ideelle og religiøse organisasjoner, som Blå kors og Norske kvinners sanitetsforening, begynte å gjøre seg gjeldene innenfor samme felt, da de opprettet tiltak det offentlige ikke prioriterte i sitt arbeid. I denne perioden begynte også brukergrupper, som Landsforeningen mot stoffmisbruk å kreve seg hørt i politikktutforming. Andre agenter i feltet var Kirke- og undervisningsdepartementet, Miljødepartementet og Arbeidsdepartementet. De politiske partiene og politikere, var selvfølgelig også fortsatt viktige agenter i feltet.

6.3: St.meld. nr. 69 (1991-92): Tiltak for rusmiddelmissbrukere

Stortingsmeldingen fra 1992 ble godkjent i av Gro Harlem Brundtlands tredje regjering 4. september. Samme dag ble Tove Veirød, som frem til da hadde vært Sosialminister, avskjediget, og erstattet med Grete Knudsen, som ble sjef for sosialsakene i Sosialdepartementet, og Werner Christie som ble sjef for helsesakene i samme departement (Norske regjeringer etter 1945, 2013). Denne regjeringen var en ren Arbeiderpartiregjering.

Stortingsmeldingen er den første som behandler alkohol- og narkotikaproblematikk samtidig. Dette fører tidvis til noe forvirring. Stortingsmeldingen er mindre omfattende enn de andre stortingsmeldingene som blir omtalt i denne avhandlingen, da den kun tar for seg tiltaksapparatet og det lovmessige og ideologiske grunnlaget dette står på. Siden den forrige stortingsmeldingen som tok for seg rusproblematikk var det skjedd særlig én stor endring, innføringen av ny lov om sosiale tjenester, som skulle tre i kraft 1. januar 1993. Denne loven

¹¹ Ortodoksa kan forstås som en uttalt befestelse av doksa, som er u-uttalt. Med ortodoksa følger heterodoksa, nemlig en mulighet for at doksa ikke er sannheten allikevel (Bourdieu, 2014, s. 256).

endret hele rusbehandlingslandskapet, og innførte nye lovhjemler som skulle vise seg å ha veldige følger for narkotikamisbrukere. I tillegg blir metadonbehandling diskutert, den spede begynnelsen på den i dag svært viktige substitusjonsbehandlingen legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Jeg vil i liten grad gå inn i de ulike behandlingstiltakene da de i stor grad har blitt omtalt tidligere, men jeg vil gå inn på metadonprosjektet, endringene sosialloven innførte og sosiallovgivningens nye lovhjemler for tvangsbruk overfor rusmiddelmissbrukere.

6.3.1: Hvem var rusmisbrukerne og hvem var tiltaksapparatet utviklet for?

I motsetning til de tidligere stortingsmeldingene virker det som om Sosialdepartementet i stortingsmeldingen er mer opptatt av å beskrive følgene av rusmisbruk enn hvem som er rusmisbrukere. Et stort antall rusmiddelmissbrukere, både alkoholmissbrukere og stoffmissbrukere, levde i den ytterste nød, i nært fullstendig sosialt og helsemessig forfall, ofte på gateplan eller i bosituasjoner som ikke var tilfredsstillende. Rusmiddelmissbruk fulgte ofte med sosiale skader, økonomiske problemer, familieproblemer, frafall fra arbeidslivet, og somatiske lidelser, sykdom og død (St. meld. nr. 69 (1991-92), s. 24). Samtidig var det en stor andel personer med rusmiddelmissbruk og rusmiddelavhengighet som ikke kom i kontakt med rusmiddelomsorgen. Dette dreide seg særlig om alkoholoverforbruk, men også overforbruk av andre stoffer. Jevnt over ble det rapportert om synkende rekruttering til de hardt belastede rusmiljøene, men noen grupper skapte bekymring. Blant annet gjaldt dette ungdom og unge voksne med innvandrerbakgrunn, på grunn av rapporter om økt rusmiddelmissbruk (ibid.).

6.3.1.1: Grupper som krevde spesiell innsats

Rusomsorgen i Norge var tradisjonelt rettet mot behandling av menn, noe som var fremtredende både innenfor behandlingsinstitusjonene og i forskningen som ble gjort, tiltakene som ble skapt og forståelsen av rusproblematikken. Dette ønsket Sosialdepartementet å gjøre noe med, ved å kartlegge kvinnerettede tiltak og kvinneperspektiver innen det tradisjonelle behandlingsapparatet. Typiske kvinneutfordringer som blir nevnt er det faktum at kvinner oftere brukte medikamenter i tillegg til alkohol. Mange rapporterte om psykiske plager forut for rusmisbruken, samlivspartneren hadde selv rusproblemer og mange kvinner hadde eneansvaret for barn. Sistnevnte kunne være en praktisk hindring for behandlingsopphold, derfor skulle kvinner ha lov til å ha med barn til døgnbehandling (St. meld. nr. 69 (1991-92), s. 40).

En annen gruppe som krevde spesiell innsats var familie og pårørende. Tidligere hadde ikke denne gruppen blitt nevnt i noen særlig grad, annet enn som sannsynlig årsak til rusmiddelmisbruket. I 1992 hadde dette synes endret seg noe. Familien var også ofre for misbruket, og pårørende «utsettes hyppig for traumatiske opplevelser som vold, trusler, skader og uforutsette hendelser, brutte løfter og gjentatte skuffelser» (ibid., s. 43). Tradisjonelt hadde rusmisbrukeren fått flere tilbud om hjelp, mens familien ble glemt. Dette ønsket Sosialdepartementet å endre. Nå skulle også hjelpetiltak for familiene etableres. Fokuset i denne problematikken var i stor grad rettet mot alt det forferdelige familien blir utsatt for av rusmisbrukeren.

Fra tidligere var sammenhengen mellom depresjoner og angstlidelser og rusmisbruk godt kjent. En relativt ny problematikk i 1992 var samtidig rusmisbruk og tyngre psykiske lidelser, som alvorlige personlighetsforstyrrelser, psykoser og tunge depresjoner. Disse ble omtalt som «gråsonepasienter» fordi det var utfordrende å avdekke hva som kom først av rusmisbruket og den psykiske lidelsen. Innen primærhelsetjenesten, sosialtjenesten og behandlingstilbudene for rusmisbrukere, ble denne typen psykiske lidelser ansett som skremmende og vanskelig å forstå. I psykiatrien ble rusmisbruk og asosial adferd sett på som forstyrrende og vanskelig å behandle innenfor de satte rammene. Dette førte til at ingen tok ansvar for disse pasientene og de ble den gruppen som sto dårlig stilt behandlingsmessig. «De får sjelden den behandlingen de har behov for» (St. meld. nr. 69 (1991-92), s. 44). For å bøte på dette mente Sosialdepartementet at det burde bli bygget egne behandlingstilbud for denne problematikken innen psykiatrien, eventuelt burde det opprettes egne behandlingstilbud med sterk psykiatrisk kompetanse. Det fantes allerede noen institusjonstilbud rundt omkring i landet for denne pasientgruppen, men det var få og den geografiske spredningen var dårlig. Problematikken skulle vurderes videre.

For de tyngste rusmisbrukerne var behandlings- og oppfølgingstilbudet både utfordrende og tidvis ganske problematisk. Det var institusjoner som hadde blitt opprette for å gi et tilbud til nettopp denne gruppen, men også her ble etter hvert gruppen med de tyngste misbrukerne ansett som for belastende å jobbe med, og gjorde så inntakskravene høyere. Dermed ble dette en gruppe som sto uten behandlingstilbud i det hele tatt. I tillegg var det et gap mellom hva slags tilbud det var tenkt at gruppen skulle få. På den ene siden skulle aktive behandlings- og rehabiliteringsmål ligge til grunn for utviklingen av hjelpe- og behandlingstilbud, da mange til tross for årelangt misbruk kunne profittere på dette. På den andre siden var mange av rusmisbrukerne i denne gruppen nedslitte og orket ikke noe aktivt behandlingsopplegg. Her ble det ansett som viktigst å sikre et verdig liv gjennom gode bo-,

omsorgs-, og aktivitetstiltak. Oslo kommune og sosialdepartementet samarbeidet om et prosjekt som skulle være individrettet og tilby konkret hjelp til den enkelte misbruker. Det ble dessuten drevet oppsøkende helsearbeid for gruppen i sentrum. Da mange av personene i denne gruppen med tunge misbrukere hadde uoppgjorte saker med domstolene, ble prosjektet drevet i nært samarbeid med politiet og påtalemyndighetene (ibid., s. 47).

6.3.1.2: Handlingsplanen mot stoffmisbruk

I etterkant av at HIV/AIDS-epidemien kom til landet, var det stadig flere stoffmisbrukere som ønsket hjelp og behandling. Etter hvert ble det åpenbart at kapasiteten hos behandlingsinstitusjonene var for lav, og det ble derfor, i Handlingsplanen mot stoffmisbruk, som ble lagt frem i 1988, vedtatt et mål om å opprette 300-350 nye heldøgns plasser mellom 1988 og 1993 for behandling og rehabilitering av stoffmisbrukere. Nesten 400 millioner til gjennomføringen av Handlingsplanen ble bevilget i perioden. Målet var nådd, med en blanding av akutt plasser, nye bo- og arbeidskollektiv, nye «ordinære» behandlings plasser og plasser spesielt for gravide kvinner og familier med barn (ibid., s. 34).

6.3.2: Sosialloven – ny organisering av rusomsorgen

I forbindelse med den nye sosialloven som skulle tre i kraft 1. januar 1993, ble organiseringen av rusomsorgen og hjelpeapparatet endret. Det overordnede ansvaret for rusomsorgen var i stor grad som tidligere; staten hadde ansvar for kunnskapsinnhenting, evaluering, og tilsyn, samt å gi forskrifter, retningslinjer og instruksjoner, og utdanning, forskning og generell informasjon. Fylkeskommunen skulle ha ansvar for institusjoner for barn og rusmiddel misbrukere og samordning av spesialisttjenestene i institusjonene. Kommunene skulle ha ansvar for sosiale tjenester, «herunder også boliger med heldøgnsomsorgsfunksjon for eldre, funksjonshemmede og andre som av andre årsaker skulle trenge det» (ibid., s. 51).

En annen viktig endring som kom med sosialloven var at skillet mellom alkoholist institusjoner og stoff institusjoner skulle viskes vekk. Det skulle ikke lenger være noen særegen alkoholistsorg, nå skulle alt være rusomsorg (ibid., s. 10). Flertallet av disse institusjonene var eid privat, men fikk driftstilskudd fra fylkeskommunen. Disse institusjonene ble definert som sosiale institusjoner (ibid., s. 51).

Næromsorgsprinsippet¹² var førende for hva slags tilbud rusmisbrukere fikk og hvordan hjelpetiltaket skulle organiseres. Tiltak skulle først prøves ut utenfor institusjon – i rusmisbrukernes nærmiljø. For å få til dette skulle man lage tiltakskjeder på tvers av sektorer, slik at tilbudet rusmisbrukerne fikk var så godt som mulig. Disse tiltakskjedene skulle være forankret i nærmiljøet og det skulle etableres ansvarsgrupper med representanter fra alle berørte parter som skulle gi tett oppfølging til rusmisbrukeren (ibid., s. 62-63).

6.3.2.1: Kostnader knyttet til behandling

I forbindelse med innføringen av den nye sosialloven, ble også finansieringsordningen knyttet til rusmiddelinstitusjoner endret. Den nye loven innebar et felles økonomisk ansvar for alle forvaltningsnivåene. I praksis betydde dette at kommunene skulle betale en viss andel av utgiftene dersom de søkte inntak for en klient i en av typene sosiale institusjoner som fylkeskommunen hadde ansvar for. Fylkeskommunene hadde driftsansvaret for alle typer spesialiserte rusmiddelinstitusjoner, i tillegg til driftsavtaler med private institusjoner som dermed ble omfattet av loven om sosiale tjenester. Det kommunale ansvaret var viktig og ble også understreket ytterligere ved at alle institusjonsplasseringer krevde et kommunalt vedtak for på den måten å sikre at oppholdet inngikk i en helhetlig og langsiktig plan for rusmisbrukeren. Samtidig var det bevisst at kommunene ikke skulle betale alle utgiftene, da dette kunne føre til at rusmisbrukere i behov for behandling ikke ville få tilbud om den hjelpen som var nødvendig på grunn av at kommunen ikke hadde råd (ibid., s. 80-82).

På institusjonstjenester hjemlet i helselovgivningen, altså psykiatriske sykehus eller avdelinger, sosialmedisinske avdelinger eller ved Statens klinikk for narkomane, skulle det ikke være noen kommunal delbetaling, da disse institusjonene fulgte helsevesenets regelverk, og utgangspunktet her var at opphold skulle være gratis for klienten og kommunen skulle ikke betale noe (ibid., s. 82).

Fra 1986 ble det innført et nytt inntektssystem for kommunene, som innebar en endring fra øremerkede bevilgninger og tilskuddsordninger til rammebevilgninger. Dette skulle gi hver enkelt kommune mulighet til å prioritere friere og de ville få et større ansvar for fordelingen mellom sektorene (ibid., s. 51). Altså kunne hver enkelt kommune bestemme hvor høyt de ville prioritere å kjøpe behandlingsplasser for blant annet rusavhengige.

¹² Også kalt LEON- prinsippet, laveste effektive omsorgsnivå, som ble innført på 70-tallet som en grunnsetning for hele helsevesenet. Helsehjelp skulle gis så billig som mulig uten at det skulle gå utover kvaliteten (Schiøtz, 2003, s. 369).

I forbindelse med rett til sykepenger, attføringshjelp, attføringspenger og uførepensjon var det krav om at det forelå en «sykdom». Narkomani ble ikke forstått som en sykdom. Alkoholisme ble imidlertid forstått som en sykdom. Altså hadde tilgang til stønader for mennesker med stoffmisbruk vært utfordrende. I stortingsmeldingen gjøres det klart at stoffmisbrukere kan få attføringspenger dersom de er i et behandlingsopplegg eller i yrkesmessig attføring. Sykepenger hadde de også rett på dersom de var innlagt i en helseinstitusjon. Diagnosen narkomani skulle også kunne gi rett på uførepensjon, men kun dersom vedkommende var over 35 år. Dersom personen var yngre var det attføringspenger som skulle tilbys (ibid., s. 52-53).

Stortingsmeldingen bruker en del plass på å diskutere kostnadene knyttet til behandling av rusmisbrukere og om resultatene står i forhold til innsatsen. Denne debatten var utfordrende da den handlet om etiske og moralske problemstillinger i tillegg til økonomi. Hvor mye en rusmisbruker kostet samfunnet var vanskelig å regne ut, da det både var åpenbare kostnader knyttet til behandling og produksjonstap, omsorg og utgifter til rusmidler, og mer skjulte kostnader som ulemper for pårørende, mye ressursbruk fra sosialtjenesten og så videre. (ibid., s. 76). Enklere var det å beregne hvor mye ressurser rusmisbrukere og deres familier kostet helsevesenet i behandlingsøyemed. Rusmisbrukere og deres pårørende brukte helsetjenester i langt større grad enn ikke-misbrukere. Dette ble redusert betraktelig etter rusbehandling, og 4-5 år etter behandling hadde bruken av helsetjenester normalisert seg.

6.3.2.3: Bruk av tvang overfor rusmiddelavhengige

Begge de tidligere omtalte stortingsmeldingene var tydelige på at tvangsbruk overfor rusmiddelavhengige var tilstrekkelig dekket av det eksisterende lovverket. I 1992 hadde dette imidlertid endret seg og det var behov for egne lovhjemler for både tvangsmessig plassering i og tilbakeholdelse i institusjon. For å kunne plassere en rusmiddelmisbruker på institusjon i henhold til sosiallovens §6-2, måtte en rekke vilkår være oppfylt: 1) Rusmiddelmisbrukeren måtte gjennom sitt rusmisbruk utsette sin fysiske og psykiske helse for fare. Altså var det kun hensyn til rusmiddelmisbrukeren som ga grunnlag for tvang, ikke nærmiljø eller familie. 2) Misbruket måtte være omfattende og vedvarende. Kortvarig og mer sporadisk rusbruk skulle ikke rammes av bestemmelsen. 3) Rusmiddelmisbrukeren skulle ha fått tilbud om frivilligbehandlingsopphold før tvangsbruk, og disse hjelpetiltakene måtte ha vært utilstrekkelige. 4) Tvangsbruken måtte legge til rette for behandling og skulle dermed kun brukes når det kunne ha en positiv virkning på vedkommendes behandlingssituasjon. Det skulle foreligge en konkret grunn til å tro at en tre måneders periode kunne gjøre noe som på lengre

sikt ville ha positiv betydning for klienten. 5) Institusjonen rusmiddelmissbrukeren ble plassert i måtte være faglig og materielt i stand til å tilby tilfredsstillende hjelp sett i forhold til begrunnelsen for institusjonsinntaket (ibid., s. 90). Sosialloven hadde også en bestemmelse, §6-3, som innebar at en institusjon kunne tilbakeholde rusmiddelavhengige tre ganger i tre uker i løpet av behandlingsoppholdet. For å kunne gjøre dette skulle rusmiddelmissbrukeren ha samtykket skriftlig til dette senest når oppholdet begynte.

I Odelstingsproposisjonen (Ot.prp. nr. 29 (1990-1991, s. 90-91) skrives det at lovutvalget som utredet den nye sosialloven foreslo at rusavhengige kunne plasseres og tilbakeholdes uten samtykke i institusjon i tre uker. Dette mente Sosialdepartementet var altfor kort tid, og foreslo tre måneder, med argumentasjonen at rusmisbrukeren da hadde tid til å komme over akuttfasen og bli positivt innstilt til videre behandling. Alle medlemmene i sosialkomiteen var enig i dette (Innst. O. nr. 9. (1991-92), s. 32-33). Liknende var det med §6-3. Lovutvalget hadde her foreslått at institusjonene etter avtale kunne holde tilbake rusmisbrukeren én gang i én uke. Sosialdepartementet foreslo å endre dette til tre uker tre ganger. Argumentasjonen for dette var at det var mer realistisk å ha tid til å bearbeide de bakenforliggende problemene for den aktuelle krisen på tre uker enn på én. Og på grunn av at det kunne skje kriser flere enn en gang i løpet av en behandlingsperiode, mente Sosialdepartementet det var langt mer hensiktsmessig å kunne tilbakeholde rusmisbrukeren tre ganger (Ot.prp. nr. 29 (1990-1991, 1991, s. 92). Argumentasjonen som ble brukt for å legitimere tvangshjemlene var å gi rusmisbrukere med lange misbrukskarrierer bak seg mulighet til å vurdere sin egen situasjon og motivasjon for videre behandlingsopplegg (ibid., s. 29), og at dette var både faglig og etisk riktig (ibid., s. 91).

Et mer omdiskutert punkt var derimot hvorvidt gravide rusmisbrukere skulle nevnes særskilt i loven eller ikke. Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet mente det ikke skulle være noen egne bestemmelser for gravide, da de foreslåtte tre månedene i forslaget for § 6-2 ville være tilstrekkelige for å få en god dialog om videre behandlingsopplegg. Frykten var at egne tvangsbestemmelser kunne føre til at kvinnene ikke turte å ha kontakt med sosialtjenesten i frykt for å bli innlagt. Arbeiderpartiet ønsket likevel behandlingstilbudene for gravide rusmisbrukere skulle utredes med en spesiell vurdering av fosterets situasjon i forbindelse med morens rusmiddelbruk. Høyre, Senterpartiet og Kristelig folkeparti foreslo å legge til et ledd i § 6-2 der gravide rusmisbrukere totalt kunne holdes tilbake to ganger tre måneder utover de første tre månedene i § 6-2, altså totalt 9 måneder. Bakgrunnen for dette var de eventuelle skadene fosteret kunne bli påført under svangerskapet ved stoffbruk. Dessuten ville kvinnen selv ha mulighet til å komme seg ut av misbruket, og dermed øke sin mulighet for å ha omsorg for det nyfødte barnet. Sosialistisk venstreparti mente to ganger tre måneder var for lenge,

særlig med tanke på at det var sannsynlig at kvinnen ville være et stykke på vei før hun ble plassert på tvang. Derfor mente de det ville være tilstrekkelig med mulighet for å kunne holde tilbake kvinnen én gang i tre måneder utover ordinære tvangsbestemmelsene (Innst. O. nr. 9. (1991-92), s. 30-32). Arbeiderpartiet med sine 63 stortingsrepresentanter og Frp med sine 22 hadde imidlertid flertall og det ble ikke tatt inn en egen bestemmelse om gravide rusmisbrukere i 1991 (Partioversikt, u.å).

Disse nye hjemlene for tvangsbruk skjerpet kravet til behandlingstiltakets kvalitet. Hjelpen rusmiddelmissbrukerne fikk når de var plassert under tvang, måtte være tilfredsstillende, hvis ikke var tvangen ulovlig (St. meld. nr. 69 (1991-92), s. 91).

6.3.3: HIV/AIDS og metadonprogrammet

HIV/AIDS rammet Norge seinere enn mange andre land, hvilket gjorde det mulig for myndighetene i større grad å planlegge for epidemien. Opplysningsvirksomhet ble påbegynt tidlig, og ble vurdert til å ha hatt en viktig, forebyggende effekt. HIV ble registrert hos en sprøytemisbruker i Norge for første gang i 1984. Da ble én person registrert med viruset. Året etter ble det diagnostisert 84 nye HIV tilfeller blant sprøytemisbrukere (St. meld. nr. 69 (1991-92), s. 23). På grunn av risikoatferden knyttet til sprøytebruk, da særlig deling av sprøyter og «generell uregelmessig livsførsel» ble denne gruppen stoffmisbrukere ansett som en utsatt gruppe og mulig smittekilde til andre deler av befolkningen (ibid., s. 16).

Fra slutten av 80-tallet ble det derfor etablert prosjekter med blant annet sprøyteutdeling og lettere tilgang på reine sprøyter. Denne typen ordninger var det veldig skepsis mot da det kunne forstås som aksept av sprøytemisbruk og føre til mer av dette. Det skjedde ikke. Faktisk ble det registrert en nedgang av antall unge under 20 år som startet med sprøytemisbruk, og det var færre som delte og lånte sprøyter. For sprøytemisbrukerne som var blitt smittet med HIV og som hadde immunsvikt ble det, med smitteforebyggende hensikt, tilbudt Metadon, en behandling som av flere grunner ikke var tilbudt i Norge tidligere (ibid., s. 46).

Metadon er et kunstig fremstilt opiat med samme virkning som morfin, der virkningen kommer langsommere, varer lengre og går mer gradvis over. Dette gjør at metadon kan gis én gang i døgnet, i motsetning til heroin og morfin som må tas flere ganger om dagen (Biong og Ytrehus, 2012, s.203). Langtidsbehandling av opiatavhengige med metadon hadde vært brukt siden begynnelsen av 60-tallet i andre land. I USA var bruken utstrakt, og også Danmark og Sverige hadde behandlingsprogrammer med metadon for opiatavhengige (St. meld. nr. 69 (1991-92), s. 47). I Norge hadde man vurdert metadonbehandling som et tegn på resignasjon,

der rusmisbrukeren ville få inntrykk av at behandlingsapparatet ikke lenger trodde på forandring. I tråd med Norges overordnede visjon om et samfunn fritt for narkotika, var behandlingene stoffrie, og en medikamentell behandling der man erstattet illegale opiater med vedvarende tilførsel av et annet opiat ble sett på som en selvmotsigelse. Dessuten fryktet man at metadonbehandling ville fjerne motivasjonen hos de som ikke fikk metadon og «rive grunnen vekk under det eksisterende behandlingsapparatet» (ibid., s. 48).

I forbindelse med HIV-epidemien revurderte man likevel bruken av denne behandlingsformen, og Helsedirektoratet åpnet for metadonforskriving dersom det inngikk i nødvendig medisinsk behandling av immunsvikt eller andre tilstander som krevde tett medisinsk oppfølging. Dette var for å kunne stabilisere misbrukere med HIV/AIDS, som levde kaotisk og ga mulighet for kontakt og regelmessig oppfølging og arbeid med andre problemer. Denne behandlingen hersket det «relativt stor enighet om» (ibid.). Til tross for dette var det enighet om at metadonbehandling som en alminnelig behandlingsform måtte avvises. Utviklingen i brukermiljøene, spesielt i Oslo, og det store antallet narkotikarelaterte dødsfall, gjorde imidlertid at politikerne måtte åpne døren for utvidet bruk av metadon (ibid.)

I 1991 arrangerte Norges allmennvitenskapelige forskningsråd¹³ en nasjonal konferanse som skulle ta opp forskrivning av vanedannende medikamenter til stoffavhengige. På denne konferansen ble det nedsatt en ekspertgruppe som i mars 1992 la frem sin anbefaling om blant annet metadonbruk. Gruppen anbefalte å opprette en nasjonal styringsgruppe, som skulle være tverrfaglig sammensatt av folk med behandlingskompetanse, etikkkompetanse og forskningskompetanse, som skulle gjøre et forsøksopplegg med metadon for å finne ut effekten av metadonbehandling. Et av spørsmålene de ville undersøke var om de kunne oppnå klare effekter med hensyn til sykelighet, dødelighet og stabilitet, som hadde blitt sett i andre land der metadonbehandling ble brukt. For å bli inkludert i forsøket måtte man oppfylle en rekke kriterier som angikk alder, stoffbrukskarriere, utfall av tidligere gjennomgått behandling og grad av motivering. Pasienten burde ha hatt en lang erfaring med stoffbruk og ha gjennomgått medikamentfrie behandlingsopplegg som ikke var vellykkede. I behandlingsopplegget skulle det inngå strenge oppfølgingsrutiner med urinprøver og blodprøver, og metadonen skulle tas, i hvert fall i startfasen, under påsyn fra kontrollør. Behandlingen skulle starte med avrusning og tilpasning av metadondosering, og senere skulle behandlingen ha en tverrfaglig karakter med et bredt spekter av psykososiale, psykoterapeutiske, rehabiliterings- og habiliteringstilbud. Dersom dette opplegget var vellykket skulle det vurderes om videre behandling kunne skje i

¹³ Rådet for medisinsk forskning

regi av primærhelsetjenesten med et team av fagpersoner/støttekontakter rundt hver pasient. Etter å ha mottatt anbefalingen tok sosialdepartementet initiativ til et samarbeid med Oslo kommune om et forsøksprosjekt i samsvar med anbefalingen fra og med 1993 (ibid., s. 50).

6.3.4: Oppsummering: endringer på grunn av sykdommer og død

På begynnelsen av 1990-tallet begynte man virkelig å se følgene av langvarig rusmisbruk. Antallet overdosedødsfall steg, og andelen mennesker som levde i sykdom og nød var for stort til å kunne overse. På midten av 1980-tallet kom dessuten HIV/AIDS-epidemien som rammet narkotikamiljøene hardt. Samfunnet og politikerne måtte gjøre noe. Tiltakene som fulgte kan på deles i to; helserettede tiltak som skulle gjøre skadevirkningene så begrenset som mulig, som utlevering av brukerutstyr og innføringen av metadonbehandling til smittede med immunsvikt, og kontrollerende, som innføring av tvang. Sistnevnte tiltak var det størst enighet om.

Det kan synes som at doksa forandret seg noe i denne tiden. Synet på rusmisbruk var fortsatt tett bundet til sosiale skader og dårlige kår, men det ble i større grad enn tidligere åpnet for at dette ikke alltid var tilfellet. Fortsatt var det likevel grunnleggende enighet om at rusmisbruk var et samfunnsproblem som løses med bruk av straff eller tvang.

Den viktigste overordnede kampen i feltet i perioden kan sies å omhandle hvorvidt man skulle holde strengt på den konservative politikken som var blitt ført de foregående tiårene, der rusmisbruk var et avviksfenomen som ikke kunne aksepteres, eller om man skulle myke opp politikken litt og innføre tiltak som ikke utelukkende hadde som mål å få misbruket til å opphøre. Sosialdepartementet og gjennom godkjenningen, regjeringen, var tydelige på at den restriktive politikken som tradisjonelt hadde vært ført i Norge var en viktig grunn til at narkotikaproblemet var relativt lite sammenliknet med andre land og den skulle føres videre. Samtidig var skadevirkningene og de samfunnsmessige kostnadene knyttet til rusmisbruket store derfor måtte man tenke litt nytt. Doksa besto, men virkemidlene endret seg noe.

I perioden blir imidlertid kategoriseringen av rusmisbrukerne tydeligere, tungt misbruk eller misbruk. Man måtte bli ansett som tung misbruker, med lang ruskarriere for å bli vurdert for metadonprosjektet. Hvis du ikke krysset av på inklusjonskriteriene, eller hadde noe som ekskluderte deg, sto du kun igjen med det ordinære behandlingsapparatet. Mange av de samme kriteriene gjaldt for tvangsbehandling. Med disse kriteriene kan en spørre seg om hvordan det var med personene i «midten», de som ikke hadde lang nok ruskarriere eller mange nok medikamentfrie behandlingsforsøk for å bli vurdert for ekstraordinære tiltak.

5.3.4.1: Hvor omfattende skal tvangsbestemmelsene være?

En annen viktig kamp var spørsmålet om bruk av tvang overfor rusmisbrukere. Spørsmålet var riktignok ikke om man skulle kunne bruke tvang, for alle var enige om at det måtte finnes en lovhjemmel som gjorde dette mulig. Spørsmålet var hvor omfattende tvangsbestemmelsene skulle være. Sosialkomiteen besto i perioden 1989-1993 av 18 representanter. Arbeiderpartiet hadde sju representanter, Høyre fem, Fremskrittspartiet to, Sosialistisk venstreparti to og Senterpartiet og Kristelig folkeparti én hver (Sosialkomiteen, u.å.). Når det gjaldt tilbakehold i institusjon uten eget samtykke, § 6-2, var alle medlemmene bortsett fra FRP enige i hva departementet hadde foreslått, med tre måneder institusjonsplassering uten samtykke. Fremskrittspartiet ville ha inn en bestemmelse om at narkotikamisbrukere som hadde livnæret seg ved gjentatte kriminelle handlinger kunne holdes tilbake ved tvang i inntil ett år (Sosialkomitéen, 1991, s. 33). Et forslag som kan forstås som at Fremskrittspartiet ønsket mulighet til å straffe rusmisbrukere uten vedtak i domstol. Dette gikk ikke igjennom. I diskusjonen om tvangsbehandling av gravide, var meningene imidlertid mer delt. De to eneste partiene som ikke ønsket egne tvangsbestemmelser for gravide var Arbeiderpartiet og, kanskje noe overraskende, Fremskrittspartiet.

6.4: St.meld. nr. 16 (1996-97): Narkotikapolitikken

Stortingsmelding nummer 16 fra 1996-97 ble lagt frem av Sosial- og helsedepartementet februar 1997, og godkjent i statsråd samme dag. Sittende regjering var da ledet av statsminister Thorbjørn Jagland, og var en ren Arbeiderpartiregjering. Situasjonen i 1997 var preget av at flere heroinmisbrukere og andre stoffmisbrukere var nedslitte og forkomne, og det var høy dødelighet i gruppen. Omfanget av stoffmisbruk hadde både stabilisert seg og viste enn viss reduksjon, dette gjaldt både tungt intravenøst bruk og bruk av cannabis. Samtidig var nye stoffer introdusert i ungdomsmiljøene og det var tydeligere liberale holdninger til bruk av sentralstimulerende midler, hallusinogener og cannabis. Målet med narkotikapolitikken var å i størst mulig grad begrense de negative konsekvensene av bruk og misbruk av rusmidler for individer og samfunnet.

Det overordnede målet i narkotikapolitikken var, fortsatt, et narkotikafritt samfunn. Samtidig blir ble det presisert at det var urealistisk å tro at narkotikaproblemene kunne løses innen overskuelig fremtid. Hovedutfordringene var å 1) gjennom forebyggende innsats opprettholde og styrke de negative holdningene mot narkotika, spesielt blant ungdom, men også blant befolkningen som helhet. 2) begrense ulovlig omsetning og misbruk, 3) gi misbrukerne

og deres pårørende bedre tilgang til behandling og hjelpetilbud, som var tilpasset deres situasjon, og 4) bidra til og styrke det internasjonale samarbeidet mot ulike aspekter ved narkotikaproblematikk (St. meld. nr. 16 (1996-97), s. 8).

6.4.1: Hvem skrives det om i stortingsmeldingen og hvilke stoffer misbruker de? Meldingen tar for seg problemene som følger med bruk av opioider, cannabis, sovemidler eller beroligende stoffer, kokain, hallusinogener, og/eller andre psykoaktive eller sentralstimulerende midler. Med narkotikamisbruk eller stoffmisbruk menes i meldingen all bruk av de tidligere nevnte stoffene som ikke er medisinsk begrunnet. Alkohol blir ikke omtalt i meldingen, fordi både politikken og lovgivningen rundt narkotika og alkohol er så forskjellig. Samtidig blir det advart mot liberale holdninger overfor alkohol blant voksne, da dette kunne føre til mer liberale holdninger til narkotika blant ungdom.

Blant de tungt problembelastede misbrukerne var dødeligheten høy og kontakten med hjelpe- og behandlingsapparatet liten. Mange hadde store problemer allerede fra barndommen av, og var så preget av et langt liv i «miljøet», at noen løsning vanskelig å se for seg, og livene deres var ofte preget av mye elendighet. Denne gruppen innebar også problemer for omgivelsene i det at misbrukermiljøene ofte var synlige i sentrum av større byer og skapte utrygghet for «folk flest» (ibid., s. 13).

Innsmuglingen av narkotika til Norge var av et så stort volum at myndighetene syntes det var vanskelig å forstå at alt skulle få avsetning i det norske markedet, selv hvis man tenkte på muligheten for å lagre stoffene en periode med tanke på salg i fremtiden. I Oslo hadde det i mange år vært en kamp om heroinmarkedet, noe som førte til økt tilgjengelighet og stabil, relativt lav, pris. I følge forfatterne bak stortingsmeldingen hadde heroinmisbruket først og fremst vært et osloproblem, som man i 1997 med bekymring så at spredte seg til de større byene i resten av landet også (ibid.).

Imidlertid var det rene heroinmisbruket sjeldent. Det typiske norske rusmønsteret var et blandingsmisbruk, hvor avhengighetsskapende legemidler, alkohol og ulovlige stoffer ble brukt sammen. De fleste som brukte narkotika, brukte også ulike benzodiazepiner. Mange brukte også mye amfetamin, enten ved sprøytebruk, sniffing eller peroralt¹⁴. Kokain var lite utbredt i Norge, og stort sett begrenset til lukkede, bemedlede, miljøer, som var vanskelig for politiet å avdekke. I 1996 oppga 12 prosent av ungdom i aldersgruppen 15-20 at de hadde forsøkt cannabis. I Oslo var andelen 23 prosent. Misbruk og avhengighet av tunge stoffer som amfetamin og heroin

¹⁴ Peroralt betyr via munnen.

syntes å henge sammen med personlige problemer i tillegg til egenskaper ved stoffene. Eksperimenterende bruk av for eksempel Ecstasy og cannabis kunne ikke knyttes til denne typen bakenforliggende problemer. Samtidig ble denne typen utprøvende bruk rusmidler knyttet til mulig mer alvorlig rusproblematikk, da terskelen for å prøve andre, tyngre stoffer kunne bli lavere (ibid.).

6.4.1.1: Stoffbruk blant ungdom

Stoffmisbruk ble i 1997 beskrevet som å befinne seg på en skala med glidende overganger mellom to ytterpunkter. På den ene siden var miljøer med mye psykososiale problemer og kriminalitet. På den andre, kanskje mer overraskende siden, var ressurssterke ungdomsgrupper der bruk av ulike rusmidler blir brukt som en slags identitetsmarkør. Ulike miljøer brukte ulike stoffer. Mye bekymring brakte særlig «house og rave» -miljøene med seg, da det førte med seg bruk av hallusinogener som ecstasy og LSD. Dette var også særlig bekymringsfullt da politiet mente housepartiene var en av de største rekrutteringssentralene for narkotikabruk, og at mange «hoppet over» eller gikk raskere over fra cannabis som introduksjonsstoff, og rett på de nylig nevnte stoffene. «Det hevdes at housekulturen er i ferd med å gå over fra å være en subkultur til å bli en motekultur for vanlig ungdom» (ibid., s. 80). Andre ungdomskulturer vakte også bekymring, og derfor ble det gjennomført en undersøkelse, UNGforsk, der man blant annet så på ungdom og rusbruk i ulike miljøer. Samlet kom det frem at cannabisbruk var godtatt, men ikke nødvendigvis utbredt, i flere grupper, blant annet skatere, hiphopere, snowboardere og miljøvernere. I rockemiljøer var ikke bruk av illegale rusmidler et problem (ibid., s. 90-97).

Bruk av cannabis var ikke jevnt fordelt etter sosial klasse eller status. Forskjellene var relativt små, men det tenderte mot at ungdom fra høyere sosiale lag brukte mer cannabis enn andre grupper. Dette brøt med forestillingen som hadde vært rådende frem til da, med at cannabisbruk blant ungdom hang sammen med fattigdom, og andre sosialt vanskelige forhold. Imidlertid ble det vist en sammenheng mellom svake skoleprestasjoner og rusbruk, uavhengig av sosial bakgrunn (ibid., s. 13).

For å bekjempe rusbruken blant ungdom ble det spesielt viktig å videreføre og styrke de bevist virksomme forebyggingstiltakene. Opplysningsarbeidet måtte tilstrebe enn reel troverdighet og saklighet for ikke å kunne avsannes av ungdommen selv eller virke formanende. Den forebyggende innsatsen skulle fortsatt rettes mot hele befolkningen, men særlig ungdom, for å forhindre rekruttering til misbrukermiljøene (ibid., s. 16).

6.4.1.2: De mest problembelastede misbrukerne

I følge sosial- og helsedepartementet var det nær sammenheng mellom ulike typer tilpasningsproblemer, i barndom og tidlige ungdomsår og problemer med rusmidler i voksen alder. Denne sammenhengen var visstnok særlig sterk for sprøytemisbruk. Mange av de tyngste rusmisbrukere hadde også psykiske lidelser i tillegg til rusproblematikken. Sprøytemisbrukeren var i høyrisikogruppe for å få HIV/aids og/eller ulike former for hepatitt¹⁵, og dødeligheten i gruppen var høy (ibid., s. 18).

6.4.1.3: Prostitusjon og rusmisbruk

I 1997 ble det anslått at to tredjedeler av de ca. 500 gateprostituerte kvinnene i Oslo misbrukte heroin intravenøst, i tillegg til benzodiazepiner. Også blant «innendørs»-prostituerte var bruk av rusmidler, som kokain, benzodiazepiner, amfetamin og alkohol utbredt. Heroin ble også brukt i noe økende grad av denne gruppen, men mer på fritiden. Enkelt sagt ble sentralstimulerende stoffer som kokain og amfetamin brukt for å orke jobben, mens heroin ble brukt for å lande. Andelen mannlige prostituerte var langt lavere, men likevel betydelig. Og det ble antatt at de fleste i denne gruppen også misbrukte rusmidler. På bakgrunn av dette ble det pekt på behovet for å kvalifisere personalet på behandlingsinstitusjoner om prostitusjon og rusmiddelmisbruk, slik at rusmisbrukere innlagt for behandling, også kunne bearbeide prostitusjonserfaringene. Et annet behov som blir beskrevet i forbindelse med kvinner og prostitusjon var kjønnsdelte avdelinger og behandlingstiltak.

6.4.2: Ulike former for behandling

6.4.2.1: Metadonbehandling

I juni 1992 anmodet Sosial- og helsedepartementet Oslo kommune å starte på et treårig prosjekt med metadonassistert behandling. Prosjektet ble vedtatt gjennomført i februar 1993, men på grunn av ulike startproblemer, som å finne riktig lokaler og ansette en kvalifisert personalgruppe, ble ikke første pasient tatt inn i prosjektet før september 1994. Prosjektet ble fulgt opp av en nasjonal styringsgruppe som skulle vurdere ulike erfaringer i løpet av prosjektet, vurdere eventuelle endringer i rammene for prosjektet for eksempel inntaks- og eksklusjonskriteriene, være referansegruppe for den forskningsmessige evalueringen av

¹⁵ Leverbetennelser på grunn av virus. Finnes i tre typer, A,B og C. Alle typene kan smitte ved deling av sprøyter, men dette er mest vanlig med hepatitt B og C. Svært mange rusmiddelavhengige som bruker sprøyte har Hepatitt C (Fekjær, 2009, s. 194)

prosjektet og avgi en tilråding til hvorvidt tilbudet burde videreføres etter prosjektiden. I styringsgruppa var satt sammen på følgende måte:

- Anni von der Lippe, professor dr. philos., psykologisk fakultet (UiO) – leder
- Asbjørn Haugsbø, fylkeslege i Vestfold
- Jens-Erland Hoel, rådgiver i Oslo Kommune
- Per Knut Lunde, professor dr.med., institutt for farmakoterapi (UiO)
- Kirsti E. Riddervold, førstekonsulent hos fylkeslegen i Oslo
- Helge Waal, professor ved psykiatrisk institutt (UiO)
- Kjell Bjarne Aarø, politiinspektør ved Justisdepartementet.

For å kunne være med i prosjektet måtte man være over 30 år, ha hatt et langvarig rusmisbruk der opiatmisbruk var dominerende, langvarig og dokumentert medikamentfri behandling, ingen uoppgjorte straffesaker, og registrert bosatt i Oslo. Eksklusjonskriterier var vedvarende sidemisbruk, vold eller trusler om vold, fengselsstraff og omsetting av narkotika. For å kunne starte opp på metadon var det fra prosjektets side krav om avrusning og at klientene hadde sju dager uten spor i urin av narkotiske stoffer eller benzodiazepiner. Per september 1996 var det 36 personer som var i aktiv metadonassistert behandling, 4 var på 0 mg metadon og ønsket å klare seg uten, 9 personer var på vei inn i prosjektet, 7 hadde ikke klart avrusningen, 12 var ekskludert (hvorav 7 var midlertidig ekskludert og 5 var definitivt ekskludert), og to var døde i løpet av behandlingstiden. Prosjektet ble behørig evaluert underveis og erfaringene ble samlet opp. Erfaringene var stort sett gode. Mange av klientene opplevde at de hadde høyere livskvalitet enn før de kom inn i metadonprogrammet, mange hadde fått bedre kontakt med familien og flere klarte delvis eller helt å gjennomføre mål som å pusse opp leilighet eller å komme tilbake/ut i arbeid.

Det ble på bakgrunn av erfaringene fra Metadonprosjektet i Oslo anbefalt fra styringsgruppa å gjøre metadonassistert behandling til et fast tiltak på landsbasis, dimensjonert for 200-250 pasienter. Sosial og –helsedepartementet skriver at de er enige i styringsgruppas tilråding, men at de ville komme tilbake til Stortinget etter at hele prosjektperioden var ferdig, med orientering i forbindelse med forslag til statsbudsjett i 1998 (St. meld. nr. 16 (1996-97), s. 20).

6.4.2.2: Tvangsbehandling

I perioden 1993-1995 var det 37 personer som hadde blitt innlagt på tvang med hjemmel i Sosialloven §6-2, 21 menn og 16 kvinner. 10 personer, altså en liten fjerdedel, misbrukte hovedsakelig alkohol, 5 personer brukte stort sett narkotiske stoffer, 5 brukte mest legemidler og 12 ble beskrevet som blandingsmisbrukere¹⁶.

I 1994 ble det satt ned en ekspertgruppe som skulle vurdere de nye lovbestemmelsene og evaluere om disse fungerte etter sin hensikt. Ekspertgruppen besto av:

- Odd Gunnar Heitun (leder), psykiater
- Rune Fjeld, lagdommer
- Ulf Jansen, leder for Tyrilistiftelsen
- Arnold Kverme, avdelingsoverlege
- Birgitte Hegna, førstekonsulent
- Kari Opdahl, høgskolelektor
- Guri Spilhaug, overlege

Ekspertgruppen intervjuet institusjoner som tok imot tvangsinnlagte pasienter, fikk hørings svar fra blant annet fylkeskommuner og kommuner som hadde erfaringer med å vedta tvang, samt Oslo politikammer via Justisdepartementet. Ingen pasienter ble intervjuet. Ekspertgruppa hadde forslag til flere endringer og utbedringer av loven, og Sosial- og helsedepartementet ville gjøre om på noe. En av de viktigste endringene var trolig at pårørende fikk mulighet til å melde bekymring om overdrevent rusbruk til Sosialtjenesten, som igjen ble pliktig å vurdere og eventuelt fremme tvangssak på bakgrunn av bekymringsmeldingen. En annen viktig endring var å åpne for at samtykke til tilbakeholdelse på §6-3 kunne inngås etter inntak på institusjon, altså etter behandlingsstart.

Som supplement til §6-2 og §6-3 ble det 1. januar 1996 innført en bestemmelse i lov om sosiale tjenester vedrørende tilbakeholdelse av gravide rusmisbrukere. §6-2a ble innført for å beskytte det ufødte barnet (ibid., s. 188). Slik som hadde blitt diskutert fem år tidligere. Begrunnelsen bak dette var en erkjennelse om at frivillige behandlingsalternativer i enkelte tilfeller ikke var nok til å få den gravide kvinnen til å slutte eller begrense rusbruk som ville være farlig for barnet. På grunn av det alvorlige inngrepet tvang er, ble det satt som krav at det måtte være overveiende sannsynlig at barnet ble påført skade som følge av morens rusmiddelbruk. Det blir understreket at bruk av tvang skulle være unntaket og at frivillige tiltak

¹⁶ Det er svært vanskelig å gi pålitelige tall over antall rusavhengige i Norge, men i 1999 regnet man med at ca 60 000 personer var storkonsumenter av Alkohol, og at ca 10 000-14 000 injiserte stoff. Annet misbruk hadde man ikke ordentlige tall på (Skretting, u.å).

var grunnleggende for en positiv forandring. Likevel ble det vedtatt at gravide kvinner kunne holdes på tvang gjennom hele svangerskapet (Ot.prp.nr. 48 (1994-95), s. 23). Altså i totalt ni måneder og likner dermed forslaget fra Høyre, Kristelig folkeparti og Senterpartiet fra 1991¹⁷. Igjen var det representanter fra Sosialistisk venstreparti og nå en uavhengig, Bråthen, som stemte mot forslaget (Stortinget, 1995, s. 108). Fra 1. januar 1996 til 31. juni 1996 var det truffet tre vedtak om innleggelse uten samtykke med hjemmel i §6-2a, i tillegg til 9 saker der det var fremmet godkjenning av midlertidige vedtak (hastevedtak) (St.meld. nr. 16 (1996-97), s. 21-22).

6.4.2.3: Tiltak for rusmisbrukere i fengsel

I budsjettforhandlingen for 1996 ble det lagt til grunn av Justisdepartementet at samtlige innsatte med behandlingsbehov skulle kunne overføres til behandlingsinstitusjon for fullbyrdelse av dommen i samsvar med Fengselsloven §12 (Fengselsloven, 1958). Til dette ble det avsatt et øremerket beløp for betaling av behandlingsplassene. Beløpet skulle dekke den kommunale andelen av utgiftene. Eventuelle fylkeskommunale utgifter, skulle betales av den domfeltes hjemfylke.

Det ble også igangsatt flere andre tiltak for rusmisbrukere i fengsel, blant annet «Stifinner'n» som var et samarbeid mellom Justisdepartementet og Sosial- og helsedepartementet, som fant sted i Oslo kretsfengsel i samarbeid med Tyrilistiftelsen. Prosjektet delte i faser, der første og andre fant sted i fengselet og inneholdt gruppesamtaler med bearbeiding av rusmisbruk og kriminalitet og etterhvert økt kontakt med livet utenfor fengselet ved for eksempel arbeid ved Tyrilistiftelsen sitt Oslo-senter. Tredje fase var overføring til behandlingsinstitusjon med hjemmel i Fengselsloven §12.

6.4.3: Skadereduksjon

Skadereduserendetiltak er tiltak med mål om å gjøre de negative konsekvensene av rusmisbruk så lite omfattende som mulig, både for enkeltmennesket og for samfunnet. I situasjoner der misbrukerne ikke ønsket å komme ut av misbruket skulle hjelpeapparatet ha et tilbud for å fremme skadereduksjon og stabilisering. Dette kunne også bidra til motivasjon for behandling og rehabilitering. Eksempler på slike tilbud var i 1997 overdoseforebyggende informasjon og utdeling av rene sprøyter og kanyler. Disse tiltakene var forankret i en helsemessig tilnærming til misbrukerne og en forståelse for de mulige helseproblemene misbruket kunne føre med seg.

¹⁷ Se [6.3.2.3: Bruk av tvang overfor rusmiddelavhengige](#)

Innføringen av skadereduserendetiltak var kontroversiell, da noen knyttet dette sammen med liberaliseringsdebatten. Det understrekes derfor i stortingsmeldingen at skadereduserende tiltak var en tilnærming til misbrukere, ikke misbruket og at det ikke hadde noen ideologisk bakgrunn. Innføringen av flere skadereduserende tiltak tok heller misbrukernes helse på alvor. Dette er trolig grunnen til at helsepersonell lettere aksepterte skadereduserende tiltak enn ansatte i det tradisjonelle tiltaksapparatet for rusmisbrukere (St.meld. nr. 16 (1996-97), s. 193-194), som var forankret i sosialtjenestene. I et rent behandlingsperspektiv der målet er rusfrihet og rehabilitering, kunne det tenkes at tilbud som en seng å sove i, tilgang på rene sprøyter og opplæring i førstehjelp, gjorde det lettere å være misbruker og at tilbudene dermed opprettholdt misbruket. I et helseperspektiv er det mer tradisjon for å behandle det akutte, og ikke nødvendigvis være så opptatt av årsakene (ibid.).

Skadereduserendetiltak i rusomsorgen var heller ikke nytt. I alkoholistomsorgen var tiltak som tok sikte på å redusere eller lindre skader som følge av misbruket godt etablert, som herberger og avrusningstiltak der forventninger til noe annet enn en avrusning og helsesjekk var tonet ned. Den strenge delingen mellom alkoholistomsorgen og omsorgen for stoffavhengige frem til begynnelsen av 90-tallet, førte dessverre til at stoffmisbrukerne i svært liten grad hadde blitt møtt med liknende tiltak.

6.4.4: Kompetanseutvikling og dokumentasjon av behandlingsresultater

Behandling av rusmisbrukere utgjorde en stor kostnad for samfunnet. Derfor var det viktig både å stille seg spørsmål om hva samfunnet fikk igjen for denne store utgiften, om behandling nytter og hvilke premisser som måtte ligge til grunn for at rusmisbrukerne selv lyktes med behandlingen. Hvor vidt behandling var vellykket eller ikke var avhengig av hvilke resultater man anså som gode. Dersom fullstendig, langvarig rusfrihet var det eneste gode resultater, så mislyktes behandling ofte. Dersom man hadde et litt videre syn på behandlingsopplegg som en del av en langvarig prosess med varierende antall tilbakefall og utfordringer underveis, var derimot resultatene bedre. Og jo mer helhetlig opplegget var, at sosialtjenesten ikke bare så på behandlingsbehov, men også boligsituasjon, utdannings- eller arbeids-forhold og andre forhold som er viktig i et liv, jo bedre var resultatene.

En av forutsetningene for å få til gode opplegg rundt rusmisbrukere var åpen dialog mellom behandlingsmiljøer, forskningsmiljøer og brukergruppene. Derfor inviterte Sosial- og helsedepartementet representanter fra ulike faglige og ideologiske behandlingsinstitusjoner, representanter fra de regionale kompetansesentra, pårørende og representanter fra ulike

forskningsmiljøer til konferanse i 1996. Konklusjonene fra denne konferansen ble brukt til å utarbeide forskrifter som skulle sikre kvaliteten på behandlings- og rehabiliteringstiltak (ibid., s. 30). Et av tiltakene for å få til dette, var å etablere og støtte omfattende etter- og videreutdanninger for ansatte innen rusmiddelfeltet, både leger og andre personer i helse- og sosialsektoren (ibid., s. 32).

6.4.5: Narkotikalovgivningen/ de kontrollpolitiske tiltakene

I stortingsmeldingen fra 1997 omtales de kontrollpolitiske virkemidlene i langt mindre grad enn tidligere meldinger. Politiet hadde en egen handlingsplan mot narkotika, der målene var å bidra til å redusere narkotikamisbruket, og redusere antall kriminelle handlinger som kunne følge misbruket. For å gjøre dette var det spesielt viktig å hindre at narkotika kom til Norge i det hele tatt, øke oppdagelsesrisikoen for produksjon, omsetning og misbruk av narkotika, drive holdningsskapende og forebyggende arbeid sammen med andre organisasjoner og etater, og å samordne innsatsen mot narkotika med innsatsen med forbrytelser som kunne høre med, som vinnings-, hverdags-, og økonomisk kriminalitet. Politiet satset på et bredt spekter av tiltak som skulle gå på hele kjeden av kriminalitet, fra misbrukerne på gateplan, til bakmenn. Å bevisst gå på misbrukerne selv ble legitimert med at dette kunne ha en forebyggende effekt med tanke på nyrekruttering. Dessuten solgte mange misbrukere til andre, for selv å finansiere eget forbruk. I 1995 var imidlertid 85 prosent av heroinbeslagene på mindre enn ett gram, altså var det i all overvekt brukerdoser som ble beslag- og bøtelagt, og anmeldt (ibid., s. 136).

Det norske straffenivået for narkotikakriminalitet var i vesteuropeisk sammenheng svært streng. Samtidig hadde straffeutmålingspraksisen blitt mildere fra 70-tallet og frem til 90-tallet. Likevel var det strenge straffenivået godt etablert med stor enighet og oppslutning. Straffen var ment å være allmennpreventiv, og derfor virke avskrekkende for på den måten å redusere tilgjengelighet og misbruk. Det var fryktet at dersom man satte ned straffenivået, som noen kritikere mente man burde, så ville antallet misbrukere øke. Kritikerne mente at straffenivået ikke sto i rimelig forhold til andre typer forbrytelser og at høye strafferammer førte til økte priser på narkotika og dermed gjorde Norge til et mer attraktivt land å selge narkotika i for kriminelle organisasjoner. Regjeringen ville vurdere strafferammen når Straffelovkommisjonen som skulle revidere all straffelovgivningen hadde levert en samlet vurdering¹⁸.

¹⁸ Straffenivået ble bekreftet og forble uendret ved revisjon av straffeloven (Meld. St. nr. 30 (2011-12), s. 13).

6.4.6: Oppsummering – Mer tvang og mer skaderedusering

Som i de to forrige meldingene var noe av det første som ble nevnt bekymring rundt helsetilstanden til de tyngste rusmiddelmissbrukerne. I perioden som hadde gått hadde man imidlertid hatt noen heterodokse tilnærminger til problematikken, da det var lagt mer vekt på skaderedusering enn det var tidligere.

Allerede i St.meld. nr.66 (1975-76) snakket de om skaderedusering i form av tertiærforebygging¹⁹. Det ble imidlertid ikke lansert eller foreslått noen tiltak rettet mot tunge rusmisbrukere i gatebildet utover kanskje behandling. På 1980-tallet var det skepsis mot alle tiltak som kunne oppfattes som noe annet enn strengt og konservativt, men likevel ble det startet opp noen tiltak, som for eksempel sprøytebytting og lettere tilgang på rent brukerutstyr. I 1997 ble situasjonen ansett som så kritisk at man måtte trappe opp disse tiltakene. Nå skulle man tenke mer helse. Tilgangen til denne typen tilbud viser også hvor annerledes man tenkte i narkotika- og alkoholpolitikken. For alkoholmisbrukere hadde skadereduserende og lindrende tilbud vært godt etablert i flere tiår, narkotikamisbrukere hadde i liten grad hatt tilgang til disse. Å opprette skadereduserende tiltak for narkotikamisbrukere, med argumentasjonen at man fryktet for helsen deres, kan oppfattes som en heterodoks utfordring, en slags vridning fra at narkotikabruk kun var et sosialt problem, til at det også var et helseproblem. Innføringen av metadonbehandling på landsbasis kan også forstås som en forlenging av denne vridningen fra sosialproblem til helseproblem. Med dette skiftet kan man også tenke seg at det medisinske felt fikk mer myndighet over rusomsorgen, hvilket det i relativt liten grad hadde hatt siden 1960-70-tallet.

Samtidig som man aktivt forsøkte å jobbe mot negative konsekvenser av rusbruk, ved å gi informasjon, livredningskurs og rene sprøyter, strammet man ytterligere inn på tvangsbestemmelsene. Nå skulle gravide kvinner bli lagt inn på tvang, med mulighet for å bli tilbakeholdt hele graviditeten. Dette med hensyn til barnet. Fire år tidligere ble dette diskutert og foreslått, men Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet stemte imot og forslaget falt. Argumentasjonen da var at de tre månedene man hadde med Sosiallovens §6-2, var tilstrekkelig for å bygge en tillitsforhold og at det uansett var best at behandlingen foregikk på frivillig basis. Argumentasjonen for nå å vedta tvangshjemler var barnets beste. At ikke barnet skulle ta skade

¹⁹ Se [6.1.4: Forebygging](#)

av morens rusmisbruk under svangerskapet. Det ble anslått at denne tvangshjemmelen ville bli benyttet overfor omlag 10 kvinner per år (Ot.prp. nr. 48 (1994-95), s. 6).

Et annet viktig moment fra denne perioden var satsingen på kompetansebygging blant helse- og sosialpersonell som jobbet med personer med rusproblematikk. Med utdanning følger kapital, og mer myndighet i feltet.

6.5 Meld. St. 30 (2011-2012): Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk

22. juni 2012 var den rødgrønne regjeringen, bestående av Arbeiderpartiet, Sosialistisk venstreparti og Senterpartiet, med Jens Stoltenberg i spissen, godt inne i sin andre periode. Det var femten år siden forrige stortingsmelding som omhandlet narkotikapolitikk ble skrevet. I løpet av disse årene hadde det skjedd en del endringer i rusfeltet. Stortingsmeldingen behandlet alkohol-, narkotika- og dopingproblematikk under ett, da utfordringene, rettighetene og behandlingstilbudene til personer rammet av dette stort sett var det samme. I meldingen kommer det tidlig frem at det tidligere målet om et narkotikafritt samfunn var forlatt og erstattet med et mål om å «reducere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner, for tredjepart og for samfunnet og bidra til flere friske leveår i befolkningen» (Meld. St. nr. 30 (2011-12), s. 7). Imidlertid ble den tidligere konservative rusmiddelpolitikken fortsatt fulgt, men den ble nå kalt restriktiv.

I tidsrommet siden St.meld. 16 (1996-97) Om narkotikapolitikken ble skrevet, var det én spesielt viktig endring som var skjedd. I 2004 ble det vedtatt endringer i spesialisthelsetjenesteloven som overførte ansvaret for behandlingstiltak overfor rusmiddelmisbrukere fra fylkeskommunen til de regionale helseforetakene. Dette ble kalt Rusreformen, og ga personer i rusbehandling status som pasienter, med de rettigheter dette innebærer²⁰. Helseforetakene hadde nå ansvar for å tilby tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for rusmiddelbruk, og det ble også innført vurderings- og behandlingsfrister. I 2007 ble *Opptrappingsplan for rusfeltet 2007-2012* lansert. Og i 2010 kom Stoltenbergutvalgets *Rapport om narkotika*, som skapte mye debatt om narkotikapolitikken som ble ført og hvordan fremtidens politikk burde se ut.

²⁰ Med pasientstatus får du pasientrettigheter. Dette er rettigheter som blant annet gir rett til nødvendig helsehjelp fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, fritt sykehusvalg, og rett til vurdering innen et visst antall dager (Schiøtz, 2003, s. 537).

6.5.1: Hvordan forstås problemet og hvilke stoffer omtales?

Denne stortingsmeldingen behandler, som tidligere nevnt, alkoholbruk, narkotikabruk (herunder også bruk av vanedannende legemidler) og personer som bruker prestasjonsfremmende midler (doping). Jeg vil primært skrive om det som omhandler narkotikabruk, men da begrepet «rusmiddelmissbrukere» gjennomgående blir brukt for både alkohol- og narkotikabrukere, er det tidvis utfordrende å skille hva som gjelder for hvilke grupper og hva som gjelder for begge gruppene.

På 1990-tallet så man hvordan den generelle helsetilstanden blant rusavhengige, og da særlig narkotikaavhengige, ble stadig dårligere, samtidig som antallet narkotikarelaterte dødsfall økte. Kanskje hadde rusavhengighet noe med helse og sykdom å gjøre likevel? Rusbruk kunne i hvert fall påvirke helsen i urovekkende stor grad. Dermed ble det første medikamentelle tilbudet, metadonbehandling, til narkotikaavhengige startet som et landsdekkende tilbud fra 1997. Rusomsorgen gikk imidlertid fortsatt inn under sosiale tjenester og ble dermed forstått som et sosialproblem. Slik var det frem til 2004, da Rusreformen ble gjennomført. Fortsatt hadde den sosiale og sosiologiske forklaringsmodellen bred tilslutning, samtidig var det enighet om at den beste behandlingstilnærmingen er tverrfaglig, med helsefaglige, samfunnsfaglige og sosialfaglige bidrag. «Det er åpenbart at bruk av rusmidler kan medføre avhengighet og følgelidelser som skal behandles som sykdomstilstander. Samtidig blir et rent sykdomsperspektiv for snevert» (ibid., s. 14).

For å bestemme om en person hadde rett til helsehjelp og behandling i spesialisthelsetjenesten, måtte det foreligge en diagnose satt av spesialisthelsetjenesten etter henvisning til vurdering fra lege, helse- og omsorgstjeneste i kommunen eller NAV-kontor. Diagnosen kunne settes når rusmiddelbruken hadde følger som påvirker en persons livsførsel og livssituasjon på en ødeleggende måte. Det er to ulike diagnosemanualer, og dermed ulike kriterier eller forståelser av skadelig rusbruk. I ICD-10 skilles det mellom skadelig bruk og avhengighet. Den førstnevnte settes når bruken gir helseskade. Sistnevnte diagnostiseres når vedkommende har en rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener oppstår etter gjentatt bruk av rusmidler. Dette kan være et ekstremt sterkt ønske om å bruke rusmiddelet, vansker med å kontrollere bruken og fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser. I tillegg oppstår ofte økt toleranse for rusmiddelet og noen ganger en fysisk abstinensstilstand dersom tilgangen på rusmiddelet fjernes. I IDSM-IV er det én diagnose, misbruk, og det legges betydelig større vekt på sosiale konsekvenser og kriminalitet knyttet til rusmiddelbruk. Hvorfor kriminalitet brukes som et diagnosekriterie er imidlertid noe uklart (ibid., s. 15-16).

Kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KOFOR) definerte begrepet avhengighet som et fenomen med psykologiske, sosiale, nevrobiologiske og kulturelle sider. Kjernen i rusavhengigheten ble forstått som en atferd, selve bruken av rusmidler, som mer eller mindre er låst fast i et mønster, som følger av påvirkning av ulike grader fra arvelige disposisjoner, hendelser og relasjoner i fosterlivet, tidlige barneår og senere i livet (ibid., s. 16). For et enkelt menneske kan dessuten avhengighet variere gjennom perioder i livet. Noen er mer genetisk disponert for å utvikle avhengighet enn andre, men mange vil utvikle avhengighet ved gjentatt og omfattende rusbruk. KOFOR mente det kunne være grunnlag for å innrette hjelpetilbudene og ivareta rusavhengige på samme måte som (andre) mennesker med kroniske lidelser. Dette med en forståelse om at mange lever med sine rusproblemer og eventuelle følgelidelser livet ut, og at det derfor kunne være hensiktsmessig å se på rusavhengighet som en kronisk sykdom lik andre kroniske lidelser (ibid.).

En relativt ny problemstilling i 2012 var at det var avdekket stor innførsel av rusmiddelet Khat. I perioden 2009-2011 var det årlige gjennomsnittsbetraget av Khat på hele 9533 kg. Til sammenlikning var det samme tallet for heroin 64 kg, for hasj 1119 kg og 141 kg for amfetamin (ibid., s. 48). Bruken av Khat i Norge var det forsket lite på, men man visste at det primært var voksne menn med somalisk bakgrunn som brukte det. Bruken hadde store psykososiale og økonomiske konsekvenser for familier som var berørt. En undersøkelse av somalisk ungdom i Oslo sin bruk av Khat konkluderte likevel med at forbruket ikke er alarmerende (ibid., s. 19).

Rusavhengige var overrepresentert i grupper med kort utdanning og lav inntekt, og for mange gjorde rusproblemer at de falt utenfor arbeidslivet. Av bostedsløse utgjorde 59 prosent mennesker med rusproblemer. Mennesker med omfattende rusproblemer var blant de mest marginaliserte, fattigste og minst inkluderte i samfunnet (ibid.).

Inntil 2012 var kommunens ansvar for personer med rusproblemer hjemlet i lov om sosiale tjenester. Fra 1. januar 2012 ble kommunale oppgaver knyttet til økonomisk sosialhjelp, råd og veiledning, midlertidig botilbud, kvalifiseringsprogram med mer, samlet i den nye loven om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Noen deler av den gamle sosialtjenesteloven ble slått sammen med kommunehelsetjenesteloven i den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester (ibid., s. 22). Omkring 80 prosent av kommunene i landet la ansvaret for det kommunale feltet som ble kalt rusbehandling til NAV-kontorene. Det varierte fra kommune til kommune hvordan de forsto begrepet rusbehandling, men i stortingsmeldingen beskrives det som en slags samlebetegnelse for oppgaver knyttet til bistand

til personer med rusproblemer knyttet til kapittel 6 i den tidligere loven om sosiale tjenester²¹. Herunder tvangsvedtak og behandlingsvedtak.

6.5.2: Forebygging

Historisk sett hadde tredjepartsinteresser, som for eksempel passiv røyking i forbindelse med tobakk, vært viktig i premissene for rusmiddelovgivningen. Dette hadde, ifølge Helse- og omsorgsdepartementet, vært underkommunisert de siste tiårene. Nå skulle igjen tredjepartsinteresser være premissgivende i rusmiddelpolitikken. Utgangspunktet skulle være at ingen ble plaget av andres rusbruk (ibid., s. 27). Et eksempel på dette var innføringen av «promillegrenser» for 20 narkotiske stoffer og legemidler med ruspotensiale i trafikken (ibid., s. 54).

Narkotikabruken hadde vært relativt stabil over flere år. Utfordringen var å få enda færre til å bruke. En måte å få til dette på var å redusere nyrekrutteringen og hjelpe de som allerede brukte narkotika til å redusere forbruket og om mulig slutte. For å få til dette ville regjeringen videreføre linjen med å oppdage og følge tett opp barn og unge som av ulike grunner var i risiko for å utvikle rusavhengighet. Samtidig ble det understreket at man skulle være forsiktig med å sette personer i en kategori der man forutsier problemutvikling på bakgrunn av at vedkommende tilhører en bestemt risikogruppe; «Faren for stigmatisering må avveies mot risikoen for at noen ikke får hjelp mens det fortsatt er mulig å hjelpe med begrenset innsats» (ibid., s. 61). Gruppen av personer som eksperimenterte med bruk av sentralstimulerende stoffer var gjerne mer ressursrik enn gruppen som vanligvis hadde et problematisk bruk av narkotika. Mennesker med rusproblemer ville, ifølge Helse- og omsorgsdepartementet, fornekte at de hadde et problem og derfor ikke oppsøke hjelp tidlig. Dette var utfordringer som også måtte tas hensyn til i det forebyggende arbeidet (ibid., s. 28).

Narkotikapolitikken i Norge var ifølge Helse- og omsorgsdepartementet, i stor grad bundet til internasjonale avtaler, da særlig tre FN-konvensjoner. Dette blir gjentatt flere ganger i stortingsmeldingen. Disse konvensjonene som Norge hadde ratifisert og dermed var folkerettslig bundet av, innebar et forbud mot innførsel, tilvirkning, oppbevaring, omsetning og bruk av narkotika. Denne linjen hadde stor oppslutning i Norge. Likevel var det andre land som hadde vakt internasjonale interesse for deres lovverk rundt narkotika. For eksempel valgte Portugal å avkriminalisere narkotikabruk allerede i 2001 (ibid., s.45).

²¹ Se [5.3.2: Sosialloven - ny organisering av rusomsorgen](#)

6.5.2.1: Kontrollpolitisk arbeid

«Politiet, toll- og avgiftsetaten og utenrikstjenesten sitter med nøkkelen til om vi vil lykkes i å begrense narkotikarelaterte problemer og skader» (ibid., s. 47). Kontrollpolitikken var altså fortsatt i høyeste grad en svært viktig brikke narkotikafeltet. Samtidig ble regjeringens motto om «helse i alt vi gjør», også understreket her.

En viktig del av de tilbudsreducerende tiltakene, var å beslaglegge så mye narkotika som mulig før det kom inn i landet og/eller før det kom ut på markedet. I 2010 ble det gjort 31 400 beslag. Den største gruppen beslaglagte varer, dersom man ser bort fra Khat, var cannabis. Metamfetamin og amfetamin var den nest størst gruppen. Bruken av kokain blir beskrevet som økende, mens heroinbruken synes å være stabil. Til tross for svært mange beslag regnet man med at det kun var en brøkdel av det som ble forsøkt innført som faktisk ble beslaglagt. Derfor ønsket regjeringen å legge til rette for effektivisering og økning av beslag for å hindre at narkotika kom inn i det norske markedet (ibid.). Tilgangen på narkotika ble beskrevet som stabil, med et prisnivå som hadde sunket betydelig siden begynnelsen av 90-tallet.

Omsetningen fant ofte sted i store «sentre» der det var mange rusmiddelbrukere og det sosiale miljøet var lite gjennomskiktig. Slike steder fant man blant annet foran Oslo Sentralbanestasjon og på Flagghøyden i Nygårdsparken i Bergen. Disse sentrene utgjorde en betydelig utfordring for politiet, både på grunn av det store antallet tunge brukere, men også på grunn av den synlige omsetningen av cannabis og andre narkotiske stoffer. Dessuten ble disse åpne omsetningssentrene opplevd som ubehagelige, uverdige og utrygt for publikum, naboer, næringsvirksomhet og brukerne (Ibid., s. 108). I 2011 presenterte Oslo politidistrikt en handlingsplan mot åpne rusmiljøer. Målet var å forebygge og forhindre åpenlys kriminalitet i form av bruk og omsetning av narkotika. Man skulle hindre nyrekruttering, særlig av unge under 18 år. For å få til dette skulle politiet blant annet være tilstede synlig og permanent i disse miljøene alle dager mellom 10-22. I tillegg økte de dessuten bruken av bortvisninger fra bysentrum (ibid., s. 109). Et mønster vi delvis kan kjenne igjen fra Bergen da kommunen stengte Nygårdsparken for rehabilitering sommeren 2014.

Av alle narkotikalovbrudd utgjorde brudd på legemiddeloven omtrent halvparten. Altså ble mellom 6000 og 7500 personer i året straffet for besittelse eller bruk av narkotika. Samtidig var erfaringen med straff, bortvisninger og aksjoner at de i liten grad var egnede reaksjoner mot de som sto i fare for eller allerede hadde utviklet et rusproblem. Som svar på dette foreslo flere å avkriminalisere narkotikabruk og ha alternativer til straff for personer med rusavhengighet. Stoltenbergutvalget foreslo å videreutvikle en alternativ reaksjonsform for personer med rusproblematikk, i form av såkalte ruskontrakter, i stedet for påtale og straffeanmerkninger.

Denne ordningen skulle utformes etter modell fra Portugal, der de hadde tverrfaglige nemder personer som ble pågrepet i besittelse av narkotika ble fremstilt for. Nemdene skulle vurdere den enkeltes rusproblematikk og hvilke hjelpe- eller oppfølgingsbehov de hadde. Dermed ble ansvaret for personer med rusproblemer flyttet fra justissektoren til helsevesenet. Høringsinstansene til rapporten var stort sett positive til alternative reaksjonsformer, men langt fra alle var positive til opprettelsen av tverrfaglige nemnder. Heller ikke avkriminalisering eller legalisering var det mange som var positive til, da flere mente det måtte ligge til grunn et lovverk for å kunne reagere. Mange mente imidlertid at man burde ha mer «helseforankrede» reaksjonsformer. Det ble valgt å videreføre og styrke den allerede eksisterende linjen med at personer som hadde rusproblemer skulle kunne få behandling i stedet for fengselsstraff.

En utvikling som skapte bekymring var den økende omsetningen av såkalte «legal highs», der leverandører bevisst unngikk narkotikakontroller, og falt utenfor den eksisterende narkotikaforskriften, ved å tilby uregulerte stoffer. Den mest synlige gruppen av disse stoffene var syntetiske cannabinoider. Hvordan denne utviklingen skulle møtes var noe usikkert, da det manglet kunnskap og grunnlag for å regulere stoffene som narkotika, og det var uklart hvorvidt bruk og omsetning ble rammet av legemiddeloven, da stoffene hverken ble brukt i medisinsk øyemed eller «fremstår som produkter tiltenkt for mennesker» (ibid., s. 49). En måte å møte problemet på var å endre forskriftene til legemiddeloven, slik at legemiddelverket fortløpende kunne tilføye nye stoffer og planter på narkotikalistene og ha mulighet til å føre opp grupper av stoffer i stedet for enkelt stoffer. Utredning av en slik forskriftendring var allerede påbegynt da stortingsmeldingen ble godkjent.

6.5.3: utfordringer knyttet til rusomsorgen og foreslåtte løsninger

Til tross for omfattende innsats og en stor økning i bevilgninger hadde rusfeltet flere utfordringer å ta tak i. Både fagmiljøer og brukerorganisasjoner mente tjenestene måtte være lettere tilgjengelige og iverksettes tidligere. Samhandlingsproblemene var også omfattende og ble opplevd både innenfor og mellom sektorer og etater. Mange oppga en opplevelse av brudd i kontinuitet når ansvar for oppfølging ble flyttet mellom tjenester. Hjelpetilbudet ble beskrevet som fragmentert, med lange ventetider til tross for store behov hos pasientene. Også kommunene oppga manglende kontinuitet som et problem. Spesielt var overgangen fra statlige til kommunale tjenester vanskelig å få til på en god måte, hvilket ofte resulterte i brudd i behandlingen for pasienter og dermed et dårligere helsetilbud (ibid., s. 74).

For å bøte på dette ønsket regjeringen at pasienter med langvarige behandlingsbehov skulle få tilgang til spesialisthelsetjenesten uten ny henvisning. I praksis dreide dette seg om «åpen retur» og brukerstyrte plasser der pasienten selv kunne skrive seg inn og dermed selv bestemme når det var nødvendig med ny innleggelse eller annen oppfølging (ibid., s. 75).

Et annet viktig virkemiddel for å få en mer helhetlig tjeneste var opprettelsen av ruskonsulentstillinger. Det står ikke i stortingsmeldingen når disse stillingene ble begynt opprettet, men de har ikke blitt nevnt i tidligere stortingsmeldinger. Ruskonsulentene var typisk ansatt på NAV-kontorer og skulle gi en helhetlig oppfølging til sine klienter. Dette innebar blant annet å bistå i å få egnet bolig, ordne økonomi, motivere til, underveis og etter behandling, begrense rusbruk og hjelpe klienten med å beholde ordinært arbeid. Ruskonsulentene kunne også henvise til behandling (ibid., s. 83). Personer med rusproblemer skulle alltid ha en Individuell plan (IP)²² for å sikre samarbeid mellom ulike instanser som brukeren eller pasienten var i kontakt med. Ansvarlig for denne IP-en var en koordinator som skulle sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet. Koordinatoren skulle dessuten bidra til at brukeren eller pasienten fikk et «sømløst» tilbud innen tjenestene og mellom spesialisthelsetjeneste og kommune (ibid., s. 92).

Som tidligere nevnt ble ansvaret for behandlingen av ruspasienter flyttet fra fylkeskommunene til spesialisthelsetjenesten i 2004 som del av Rusreformen. Etter dette ble TSB den delen i spesialisthelsetjenesten med sterkest prosentvis ressursvekst og med det økte også andelen medisinskfaglig personell. Behandlingskapasiteten ble også styrket, særlig på den polikliniske og ambulante siden. Fortsatt var det likevel mange rusavhengige som hadde behov for langsiktig behandling og oppfølging i døgnbaserte tjenester (ibid., s.87).

Sammenliknet med andre europeiske land var antallet overdosedødsfall per innbygger i Norge svært høyt. Det årlige gjennomsnittet var på over 200 personer. Årsakene var sammensatte, men det norske bruksmønsteret, med injisering og blandingsmisbruk, ble utpekt som spesielt viktig. Dessuten var Norge senere ute med substitusjonsbehandling, omtalt tidligere som metadonbehandling, nå kjent som Legemiddelassistert rehabilitering (LAR), enn flere andre land i Europa. For personer i LAR ble risikoen for å dø halvert, sammenliknet med personer som sto på venteliste for å komme inn i LAR (ibid., s. 112). En rapport som tok for seg overdosedødsfallene og tiltak for å forhindre disse, pekte blant annet på at det var viktig å

²² En IP skulle være et verktøy for gode samhandlingsrelasjoner, og rasjonell arbeids- og ansvarsfordeling. Den skulle sikre medvirkning fra bruker/klient, pårørende og samarbeidende instanser. Dette kunne være tjenestetilbud som omfattet bolig, psykisk helse, økonomi, sosialt nettverk somatisk helse og arbeid eller utdanning. IP var en rettighet regulert av Pasient- og brukerrettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 92).

legge til rette for at brukerne inntok stoffene på mindre risikable måter enn via sprøyter. Flere europeiske land hadde også valgt å utarbeide nasjonale strategier mot overdosedødsfall. Norge hadde ikke det, men det ville Helsedirektoratet ta tak i. Flere byer hadde dessuten allerede begynt å utarbeide egne strategier, en utvikling som beskrives som positiv (ibid., s. 113).

6.5.3.1: Legaliseringsdebatten

Flere ganger gjennom stortingsmeldingen blir Norges forpliktelser til FN-konvensjonene som omhandler narkotika brukt som argumentasjon mot avkriminalisering eller legalisering av narkotika. Argumentene for å legalisere eller avkriminalisere narkotika var at kampen mot narkotika²³ var tapt og at legalisering ville føre til at de illegale inntekstgrunnlaget i et narkotikamarked ville falle bort. Videre ble det hevdet at kontrollskadene som fulgte politiets uro-aksjoner i brukermiljøene, pågripelser og arrestasjoner var for store, og at man straffet et betydelig antall mennesker som i beste fall ikke gjorde skade på andre enn seg selv. Legalisering eller avkriminalisering ville også føre til mindre stigmatisering og utstøting av rusavhengige. Argumentene mot legalisering at Norge allerede hadde et lavt forbruk av narkotika og at å legalisere ville være et stort eksperiment med ukjent resultat. Det kunne potensielt koste for mye. Samtidig understrekes det at det var åpent for alternative straffereaksjoner og at narkotikaavhengighet i utgangspunktet skulle forstås som et helseproblem og behandles deretter. Straffbarheten var dessuten viktig for politiets forebyggende arbeid (ibid., s. 46).

6.5.4: Stoltenbergutvalgets rapport om narkotika

Utvalgets medlemmer:

- Thorvald Stoltenberg, Arbeiderpartiet, pårørende til person med rusavhengighet
- Roger Andresen, Visepolitimester i Oslopolitiet
- Ellen Katrine Hætta, Statsadvokat i Troms og Finnmark
- Sigurd Osberg, biskop emeritus
- Åslaug Haga, tidligere statsråd, Senterpartiet
- Erling Lae, Fylkesmann i Vestfold, H, Byrådsleder i Oslo 2000-2009.
- Inger Lise Skog Hansen, forsker Fafo, Sosiolog
- Carl Ivar Hagen, Fremskrittspartiet.
- Marit Myklebust, leder av Gatehospitalet i Oslo.

²³ Se [5.2.6.1: Lovgivningen](#)

Stoltenbergutvalgets rapport om narkotika ble svært omdiskutert da den ble lagt frem i 2010 og vies mye plass i stortingsmeldingen. Utvalgets mandat var å gi forslag til hvordan de mest hjelpetrengende rusmiddelavhengige kunne få bedre hjelp. I rapporten utvalget la frem var det 22 forslag til hvordan man kunne forbedre rusomsorgen (Stoltenbergutvalget, 2010). Et av de mest sentrale forslagene utvalget kom med var å etablere statlige mottaks- og oppfølgingsentre (MO-sentre) over hele landet. Forslaget innebar å samle ansvaret for behandlingsforløpet både økonomisk og organisatorisk til ett forvaltningsnivå. Mottak, utredning, utdeling av medisiner, midlertidig poliklinisk behandling, henvisning til spesialistbehandling, bolig, sosiale tiltak og oppfølging fra en koordinator skulle alt samles til MO-sentre. De fleste brukerorganisasjonene og frivillige organisasjonene i rusfeltet støttet forslaget. Det gjorde ikke hovedandelen av statlige og kommunale organer og kompetansemiljøer. Hovedargumentet mot en slik ordning var at forslaget ville bety en utskilling av tjenestetilbudet til ruspasienter, og at dette ville føre til flere samarbeidsproblemer, ikke bedre samhandling som var målet som ble jobbet mot. Den tradisjonelle linja med å ikke skulle lage noe særomsorg ved siden av det ordinære tjenesteapparatet til ruspasienter ble også fulgt av regjeringen, og utvalgets forslag ble forkastet (Meld. St. nr. 30 (2011-2012) ., s. 89-90).

I forbindelse med opprettelsen av MO-sentre foreslo Stoltenbergutvalget å opprette egne ungdomsmottak, som skulle være et lavterskeltilbud for ungdom der ungdom med rusproblemer skulle kunne henvende seg for å få hjelp. Dette ble forkastet sammen med de ordinære MO-sentrene. Men det ble opprettet noen særordninger for unge rusbrukere. Blant annet fikk unge under 23 år en egen ventetidsgaranti, som innebar rett til vurdering innen 10 dager, og rett til behandling innen 65 dager (ibid., s. 99).

Også pårørende til rusavhengige skulle få hjelp på de foreslåtte MO-sentrene. Utvalget pekte på at mange pårørende opplever en konstant bekymring og redsel for at liv og helse til sine nære kan gå tapt. Siden rusbruk fortsatt er stigmatisert, spesielt i noen miljøer, er dette påkjenninger pårørende i stor grad bærer på alene. Stoltenbergutvalget foreslo å ha tilbud til pårørende på MO-sentrene der de kunne få råd og veiledning. Det skulle være mulig å komme i kontakt med disse tjenestene døgnet rundt, for eksempel via en døgnåpen telefon. Tjenestene skulle samarbeide tett med pårørendeorganisasjoner og fagmiljøer pårørende kunne dra nytte av. Regjeringen mente pårørende skulle få veiledning og råd fra det eksisterende apparatet i helse- og omsorgstjenesten, og at denne tjenesten skulle bli flinkere til å bistå pårørende (Ibid., s. 106).

6.5.4.1: Heroinassistert behandling

I 2012 hadde syv europeiske land tatt i bruk heroin i behandling som substitusjonsbehandling til tungt belastede opioidavhengige: Spania, Belgia, Danmark, Tyskland, Storbritannia, Nederland og Sveits. Flertallet i Stoltenbergutvalget, bestående av Stoltenberg, Haga, Andresen, Hagen og Skog Hansen (Stoltenbergutvalget, 2010, s. 47), gikk inn for at Norge skulle starte opp et prøveprosjekt med heroin i behandling inkludert i det fungerende LAR-systemet. Mindretallet i utvalget mente at de allerede tilgjengelige medikamentene i substitusjonsbehandlingen var tilstrekkelig, og at det heller var behov for var tettere oppfølging i et bedre utbygd støtteapparat. Av 75 høringsinstanser var 61 negative til forslaget flertallet i utvalget hadde lagt frem. Argumentene for de som stilte seg positive, blant annet fylkesmennene i Vestfold, Vest-Agder og Østfold, Prosjektet, Norsk pasientforening, Kriminalomsorgen region nord, Foreningen for human narkotikapolitikk, Folkehelseinstituttet og Fagrådet innen rusfeltet i Norge, gikk i stor grad på at man allerede ga tilbud om substitusjonsbehandling med opiater, og at det ikke var noe prinsipielt galt med å bruke heroin i stedet for metadon eller buprenorphine, men at dette kunne være et tilbud for personer som ikke fikk tilstrekkelig behandling i det eksisterende tilbudet (Meld. St. nr. 30 (2011-12), s. 155-160). Stortinget anmodet i 2009 regjeringen å arrangere en konsensuskonferanse for å drøfte faglige, etiske og prioriteringsmessige sider ved å tilby heroinsassistert behandling i Norge. Konferansen ble arrangert juni 2011. En konsensusrapport utarbeidet etter denne konferansen på bakgrunn av kunnskapsoversikt og diskusjoner på konferansen. Det ble konkludert med at det ikke var et godt nok grunnlag for å innføre behandlingsformen til Norge. Dette ble fulgt opp av regjeringen, som bestemte at de ikke skulle satse på denne behandlingsformen, men skulle «følge nøye med på utviklingen internasjonalt (ibid., s. 118).

6.5.5: Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Det ble vedtatt at LAR skulle bli et landsdekkende tilbud i 1997²⁴. I utgangspunktet var det tenkt at tilbudet skulle dimensjoneres for 200-250 pasienter (St. meld. nr. 16 (1996-97), s.20), dette viste seg imidlertid å være en grov underdimensjonering. Ved utgangen av 2011 var omkring 6500 personer aktivt i behandling i LAR. Ytterligere 1500 personer hadde vært innoom siden 1998, men hadde avsluttet behandlingen. LAR var en del av TSB og får å få tilgang til behandlingen måtte man derfor ha rett til nødvendig helsehjelp. Det var kun spesialisthelsetjenesten som kunne starte og avslutte LAR-behandling og inklusjonskriteriene

²⁴ Se [5.4.2.1: Metadonbehandling](#)

krevde at oppstart skulle baseres på en helhetlig og tverrfaglig vurdering. Slik LAR var regulert gjennom forskrift og retningslinjer betydde det at pasienter i LAR var innskrevet i spesialisthelsetjenesten så lenge de var i LAR, noe som betydde at spesialisthelsetjenesten dekte medisinkostnadene.

I LAR var urinprøvetaking, eller urinkontroller, av pasientene utbredt. Dette ble opplevd som belastende og kontrollerende av mange pasienter. Stoltenbergutvalget foreslå i sin rapport å redusere bruken av denne typen prøvetaking. Formålet fra LAR var å kartlegge pasientenes legemiddelinntak utenom de forskrevne legemidlene. Konsekvenser av eventuelt påvist sidemisbruk blir ikke nevnt. Regjeringen var imidlertid enig med Stoltenbergutvalget om at urinkontroller var unødvendig inngripen i pasientenes private sfære. Derfor ble det åpnet for større bruk av spyttkontroller i stedet. Spyttprøvene hadde mindre risiko for manipulering, tok kortere tid og man kunne påvise bruk av et stort antall ulike rusmidler og legemidler (Meld. St. nr. 30 (2011-12), s. 91).

6.5.6: Tvangsbruk

Kvinner utgjorde i 2012 omtrent 30 prosent av alle som var i behandling for rusproblemer. Men av personer i tvangsbehandling, utgjorde kvinner hovedandelen (ibid., s. 18). Dette kan delvis henge sammen med at rusavhengige kvinner kunne tvangsinnlegges dersom de ble gravide. Av tvangsinnlagte var andelen med primært alkoholavhengighet var sterkt underrepresentert, og det var heller ikke slik at det var de eldste, med lengst ruskarriere som ble lagt inn. En evalueringsrapport av tvangsbruk overfor rusmiddelavhengige viste at det varierte veldig fra kommune til kommune og NAV-kontor til NAV-kontor hvor ofte tvangsbestemmelsene ble benyttet. Rapporten viste også at det var veldig varierende hva slags oppfølging pasienten ble tilbudt, men at det i liten grad var strukturerte oppfølgingstilbud. Det kom også frem at noen pasienter som ønsket videre behandling etter tvangsinnleggelsen, ikke fikk dette (ibid., s. 120).

Alkoholskader (FASD) påført i mors liv er den viktigste årsaken til psykisk utviklingshemming i den vestlige verden. Skadene for barn med FASD varierer fra mindre lære- og konsentrasjonsvansker til alvorlige utviklingshemninger (ibid., s. 102). Disse skadene er livsvarige. Tallene på hvor mange barn som ble født med FASD i Norge var svært usikre, da dokumenteringen var mangelfull. Noen fagmiljøer regnet med at mellom 60 og 120 barn ble født med alvorlige skader som følge av FASD årlig, men at antallet barn født med mindre alvorlige skader kunne være opptil ti ganger så mange. Inntil 2011 var det anslått at det var født om lag 300 barn av kvinner som hadde brukt metadon eller buprenorphine, under

svangerskapet, og det ble forventet at det årlig ville bli født 30-60 barn årlig som hadde vært eksponert for LAR-medikamenter i fosterlivet. Til tross for at alkohol er mer skadelig for foster enn narkotika og alkoholbruk er langt mer utbredt enn narkotikabruk, var de fleste tvangsvedtak fattet overfor gravide rusmisbrukere knyttet til narkotika (ibid., s. 103).

6.5.7: Andre viktige tiltak

I 2004 ble det godkjent en treårig prøveordning for sprøyterom i Norge. Den midlertidige loven ble gjort permanent fra 2009. Denne ordningen innebar at kommuner kunne etablere sprøyterom etter godkjenning fra Helsedirektoratet. Oslo var den første, og i mange år eneste²⁵, kommunen som søkte og åpnet sitt sprøyterom januar 2005. Ordningen med sprøyterom ble opprettet med en tanke om å gi tungt belastede, injiserende narkotikabrukere skjermede og rene lokaler å sette sprøyter i, under oppsyn av helsepersonell. I tillegg skulle det være straffefritt å bruke narkotika på sprøyterom. Sprøyterommet var i utgangspunktet kun tiltenkt brukere av heroin, noe som også ble understreket i loven. Evalueringer av sprøyterommet konkluderte med at formålet var nådd, til tross for at man regnet med at de 47 injeksjonene som ble satt daglig kun tilsvarte én prosent av alle injeksjonene som ble satt av narkotikabrukere i Oslo i løpet av en dag.

Stoltenbergutvalget foreslo at sprøyterommet burde endres til å bli et brukersted, og at det burde opprettes flere brukersteder rundt i landet, der det skulle være lett tilgang til brukerutstyr som sprøyter, nåler og askorbinsyre. Dessuten skulle brukerne også ha mulighet for å røyke stoffene, i stedet for å injisere de. Dette forslaget ble, som de fleste forslagene til Stoltenbergutvalget, tatt imot med blandede, og primært negative, reaksjoner. Flere syntes at resultatene fra sprøyterommet var svake, og noen mente også at åpning av brukssteder ikke ville signalisere at storsamfunnet anså narkotikabruk som en straffbar handling, noe som ville svekke det rusforebyggende arbeidet. Regjeringen understreker at sentrale formål med sprøyterommet er ivarettatt, som bedre tilgang til helsetjenester og økt verdighet for brukerne. Samtidig stiller de spørsmål ved om det ville vært mulig å ivareta disse formålene på en annen måte enn sprøyterom. Det viktig var at tjenesteapparatet møtte enkeltmennesker på en verdig og ivaretagende måte, uten at de innrettes slik at de bidrar til å fastholde den enkelte i en situasjon med fortsatt skadelig bruk av rusmidler. (ibid., s. 116)

Med den nasjonale helse- og omsorgsplanen fra 2011 ble kommunens ansvar for å organisere et øyeblikkelig hjelp-tilbud hele døgnet, dette innebefattet også personer med

²⁵ Bergen åpnet sprøyterom i desember 2016.

psykiske lidelser og rusproblemer. Akuttbegrepet i rusfeltet var imidlertid så uklart at det utfordrende å beskrive hva som skulle være kommunens ansvar og hva som skulle til spesialisthelsetjenesten. En løsning på dette ble å åpne rusakutter der man samlokaliserte tilbud fra spesialisthelsetjenesten og kommunene. I årene frem mot 2012 var det etablert flere slike enheter i flere byer i landet. Tiltakene var ulikt organisert og tjenestene som ble tilbudt varierte også veldig fra by til by. Felles for rusakuttene var at de skulle være døgnåpne, lett tilgjengelige og bistå brukeren i en akutt livssituasjon.

Gjennom opptrappingsplanen for rusfeltet ble det iverksatt en rekke tiltak for å styrke kompetansen på rusfeltet, blant annet gjennom ulike utdanninger. For helsepersonell skulle tilbud om etter- og videreutdanning styrkes, i tillegg skulle det etableres en egen legespesialisering i rus- og avhengighetsmedisin (ibid., s. 123). Dette var et grep for å virke rekrutterende til rusfeltet, et medisinsk felt som hadde vært preget av gjennomtrekk og rekrutteringsproblemer, og de håpet dette kunne stimulere til mer forskning på feltet.

6.5.8: Oppsummering: Nye rettigheter, gamle tilbud?

Denne perioden har vært preget av reformer og opptrapping. Vridningen i doksa fra sosialt problem til helseproblem blitt enda tydeligere. Personer med rusproblematikk fikk pasientstatus og –rettigheter, ansvaret for rusbehandling ble flyttet fra fylkeskommunene til helseforetakene og LAR ble et landsdekkende tilbud. Samtidig var det få konkrete mål og tiltak, og få nye løsninger. Legalisering av narkotika var ikke et tema. Det ble imidlertid foreslått mer bruk av alternative straffereaksjoner, slik at mennesker med rusproblemer skulle få behandling og hjelp fremfor straff, i hvert fall for mindre alvorlige narkotikalovbrudd. Hjelpen skulle tilbys uten krav om rusfrihet, men samtidig skulle målet være rusfrihet for de fleste. Hjelpen skulle, som tidligere, tilbys fra det allerede eksisterende hjelpeapparatet.

Stoltenbergutvalget utga en rapport som var svært heterodoks, der de dro sykdomsperspektivet lenger, og tonet veldig ned de kontrollpolitiske tiltakene som så lenge hadde hatt så stor støtte, men ble møtt av ortodokse meninger og løsninger, og rapporten som ble så omdiskutert da den kom, førte ikke egentlig til noen faktiske endringer. Noe som, med tanke på utvalgets samlede politiske kapital, er overraskende.

Thorvald Stoltenberg (1931-), utvalgets leder, er utdannet jurist og hadde en lang karriere innen norsk politikk, i Arbeiderpartiet, og diplomati. Han har vært forsvars og utenriksminister, samt hatt internasjonale toppverv. Han har tre barn, hvorav Jens, var statsminister da rapporten ble lagt frem. Et av de andre barna hans, Nini, var rusavhengig på

nittallet, og ble beskrevet som en viktig rådgiver for Stoltenberg (Hellberg, 2010, og Færaas og Flogren, 2011). Åslaug Haga (1959-) er utdannet statviter, og jobbet 15 år i utenrikstjenesten, før hun i 1997 ble statssekretær i Utenriksdepartementet. Fra 2003 var hun leder av Senterpartiet, og gikk inn i regjering sammen med Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti i 2005. Erling Lae (1947-) er historiker og arbeidet som journalist, samtidig som han var politiker for Høyre. Blant annet var han byrådsleder i Oslo i 2000-2009 og nestleder i Høyre 2008-2010 (Tvedt, 2016). Carl Ivar Hagen (1944-) har utdanning innen økonomi og var leder av Fremskrittspartiet fra 1978 til 2006, og var hovedmannen bak å bygge opp partiet fra å være et sært protestparti, til å bli landets nest største. Han satt på Stortinget fra 1981 til 2005 (Forr, 2015). De andre medlemmene i utvalget hadde også viktige stillinger innen sine felt i politiet, påtalemyndighetene, kirken og innen forskning. Den eneste med helsefaglig bakgrunn i utvalget var imidlertid Marit Myklebust som er utdannet sykepleier og var offiser i Frelsesarmeen og leder av Gatehospitalet i Oslo. Hun var tidligere lokalpolitiker for Arbeiderpartiet, og satt som ordfører i Egersund fra 1997 til 2003 (Marit Myklebust, 2017).

Kapittel 7: Analyse

I det følgende kapittelet skal jeg redegjøre for utviklingen av rusfeltet i Norge. Først vil jeg diskutere eventuelle endringer i doksa. Deretter vil jeg forsøke å tegne opp rusfeltet og posisjonere agentene ut fra deres disposisjoner og posisjoneringer. Deretter vil jeg diskutere symbolsk makt og symbolsk vold.

7.1: Fem tiår med rusmisbruk og rusbehandling

7.1.2: Doksa: Fra et sosialt problem til et helseproblem?

Gjennom hele perioden har doksa i feltet vært at bruk av rusmidler var et sosialt problem og et alvorlig problem i samfunnet. På 60- og 70-tallet ble narkotikabruk ansett som en epidemi blant unge mennesker, der narkotikabruk var et symptom på underliggende sosiale og psykiske problemer²⁶. På 1980-tallet snakket de om misbruk og misbrukere. Dette var handlinger og oppførsel som man mente kom av et samspill mellom personlige egenskaper, rusmidlenes virkning og miljø²⁷. På 90-tallet var man mer forsiktige med forklare rusbruken og hvem som begynte å ruse seg, men rusbruk var fortsatt tett forbundet med sosiale skader og dårlige kår²⁸. Dette var for så vidt også tilfellet på 2000-tallet, den store forskjellen var at fokuset tilsynelatende skiftet fra at rusbruk primært var et sosialt problem, til at man nå snakket om sykdommen rusavhengighet, som hadde sosiale og samfunnsmessige både årsaker og virkninger²⁹. Tiltakene som har blitt iverksatt har imidlertid vist at det ikke bare er problemene knyttet til individet som har vært prioritert. Også de samfunnsmessige problemene knyttet til rusbruk har vært viktige for politikktutforming. Det grunnleggende doksa, at narkotika er et alvorlig problem i samfunnet, har imidlertid blitt stående gjennom hele perioden.

Hvordan man har forstått rusbruk har også hatt en direkte innvirkning på politikken som ble ført og hvordan man best behandlet tilstanden. På 60- og 70-tallet skulle narkomane helst behandles i vanlige psykiatriske avdelinger, på grunn av de antatt underliggende psykiske og sosiale problemene. Dette til tross for en kjent kapasitetsmangel i det ordinære psykiske

²⁶ Se [6.1.5: Hvem var rusavhengige, og hva er de avhengig av?](#)

²⁷ Se [6.2.1: Hvem skrives det om, hva bruker de og hvorfor?](#)

²⁸ Se [6.3.1: Hvem var rusmisbrukerne og hvem var tiltaksapparatet utviklet for?](#) og [6.4.1: Hvem skrives det om i stortingsmeldingen og hvilke stoffer misbruker de?](#)

²⁹ Se [6.5.1: Hvordan forstås problemet og hvilke stoffer omtales?](#)

helsevernet. Det ble imidlertid vedtatt å styrke bemanningen på psykiatriske sykehus blant annet for å kunne ha nok ressurser for å behandle narkotikamisbrukere³⁰. På slutten av 60-tallet begynte dessuten bo- og arbeidskollektiver å etableres, ofte i tilknytning til eksisterende institusjoner eller avdelinger. For eksempel ble Sollikollektivet opprettet av Statens klinikk for narkomane (Fekjær, 2009, s.64 og³¹). Disse kollektivene hadde en sosialpedagogiske grunntanke der rusmisbrukere skulle leve i et fellesskap og sammen arbeide og ta ansvar for gårdsdrift. På den måten kunne de rehabiliteres slik at de kunne bli virksomme borgere som bidro til fellesskapet. En verdi som sto svært sterk i den arbeiderpartistyrte etterkrigstiden.

På begynnelsen av 80-tallet var det relativt lite fokus på behandling av rusmisbrukere. Fokuset lå primært på å forhindre at noen begynte å ruse seg. Målet var et narkotikafritt samfunn. Sosialtjenestenes ansvar for gruppen ble også understreket gjentatte ganger, da de sosiale problemene mange misbrukere hadde, var antatt å være en nøkkelfaktor i hvorvidt de sluttet å ruse seg. Døgnbehandling skulle primært fortsatt foregå i psykiatrien, men her var det fortsatt store kapasitetsproblemer³². I kjølvannet av HIV/AIDS epidemien sin inntog i Norge, var det svært mange rusmisbrukere som ønsket seg inn i behandling og med Handlingsplanen mot stoffmisbruk ble det i 1988 vedtatt å opprette flere hundre nye døgnbaserte behandlingsplasser.

I 1991 ble det vedtatt egne tvangsbestemmelser for behandling av rusmisbrukere. Det hadde vært mulig å plassere rusmisbrukere på tvang før dette også, men da etter lov om psykisk helse. Det var overveldende enighet om at man måtte ha mulighet til å plassere rusmisbrukere på tvang. Dette hadde mulig ikke blitt vedtatt om ikke det samtidig foregikk en veldig utbygging av behandlingsapparatet. Mot slutten av 90-tallet hadde antallet rusmisbrukere stabilisert seg, og viste en viss reduksjon. Samtidig var dødeligheten blant rusmisbrukere høy og det var mange som var svært slitne med dårlig helsetilstand. Metadonbehandling var blitt gitt som en del av et prøveprosjekt siden 1994, og fra 1998 skulle dette bli et landsomfattende tilbud³³.

Dreiningen fra sosialvesenet til helsevesenet ble enda tydeligere i 2004 da gjennomføringen av Rusreformen gjorde at ansvaret for behandling av rusmisbrukere ble overført fra fylkeskommunene til spesialisthelsetjenesten. I etterkant av dette ble flere av de sosialpedagogiske behandlingstilbudene langt ned (Schiøtz, 2017, s. 20). Nå var det medisiner og sykehus som skulle hjelpe. I 2012 gikk myndighetene bort fra det tidligere målet om et

³⁰ Se [6.1.6.1: Hvor skulle behandlingen finne sted?](#)

³¹ Se [6.1.7: Ettervern](#)

³² Se [6.2.7.2: Heldøgnsinstitusjoner](#)

³³ Se [6.4.2.1: Metadonbehandling](#)

narkotikafritt samfunn, og fokuserte nå på å fremme helse og redusere de negative konsekvensene av rusbruk. Tiltakene var imidlertid i stor grad de samme som tidligere. Den store forskjellen var at rus- og avhengighetsmedisin nå skulle bli en egen legespesialisering og at behandlingsfeltet igjen ble eid av legene. Sosialtjenestens ansvar og myndighet var riktignok ikke helt forsvunnet, da det var der vedtaksmakten om eventuell tvangsbehandling og all oppfølging som ikke var ren behandling lå.

7.2: Feltet

Rusfeltet i Norge er komplekst og flertydig. Da jeg skriver om utviklingen av ruspolitikken i Norge, er det hensiktsmessig å fokusere på rusfeltet på nasjonalt nivå. På dette nivået har rusfeltet vært et subfelt til flere forskjellige felt. I tillegg har ruspolitikken som har blitt ført har skapt to langt på vei adskilte felter som i liten grad har samarbeidet. Når det er snakk om kontrollpolitikk forstås rusfeltet som et subfelt i det juridiske feltet i Norge. Når temaet er tiltak hører rusfeltet delvis innunder sosialfeltet og delvis som et subfelt i det helsepolitiske feltet. De fleste agentene i rusfeltet agerer både i det juridiske feltet og det helse- og sosialpolitiske feltet, men med noe forskjellige posisjoner.

Samtidig kan man hevde at rusfeltet er selvstendig felt der de to polene i feltet er helse- og sosialfokus (kulturell pol) mot kontrollfokus (økonomisk pol) og at agentene da posisjonerer seg ut fra dette³⁴. I flere av diskusjonene har dette vært tilfellet. Da odelstinget behandlet straffeloven og skjerping av narkotikalovgivningen i 1984³⁵, posisjonerte representanten fra Sosialistisk venstreparti seg klart mot helse- og sosialpolen. De ønsket ikke skjerping av straffen, da dette ville være en avledning fra problemets virkelige grunnlag, nemlig sosial nød. Fremskrittspartiets representant var imidlertid meget positiv til straffeskjerping, og mente man både skulle heve strafferammen og dømme personer strengere enn det som var praksis. De andre partiene posisjonerte seg i varierende grad mot kontrollpolen. Samtidig har kampene i rusfeltet i svært stor grad vært påvirket av forhold utover feltet i seg selv. For eksempel har finansieringen av rustiltak i fylkeskommuner og kommuner kommet i form av rammetilskudd til sosial/kultur, der kommunene og fylkeskommunene selv har kunnet bestemme hvilke tiltak og områder som skulle prioriteres, og hvilke som ikke skulle prioriteres.

³⁴ Se [2.1.1: Kapital](#)

³⁵ Se [6.2.6.1: Lovgivningen](#)

7.2.1: Agenter over tid

Hvilke agenter som har inntatt dominerende posisjoner i feltet, har til en viss grad forandret seg fra tiår til tiår. Under Evang og etter hvert Mork på 60-tallet og begynnelsen av 70-tallet var utdanning og byråkrati viktig. Legene eide i stor grad helsevesenet, og med periodens sosialmedisinske tilnærming, var det naturlig at rusfeltet ble styrt av leger. I dette kan man se Arbeiderpartiet og deres visjon om velferdsstaten, med sterk statlig styring og planpolitikk styrt av faglige eksperter (Schiøtz, 2003, s. 312). Samtidig var helsedirektør Evanger en av forkjemperne for kriminalisering av besittelse og bruk av narkotika, og inviterte dermed jurister og polititjenestemenn inn i viktige posisjoner i feltet. I 1968, da bruk og besittelse ble kriminalisert, var det imidlertid ikke Arbeiderpartiet som var i regjering, men Høyre, Senterpartiet, Venstre og Kristelig folkeparti, ledet av Per Borten som satt med makten (Norske regjeringer siden 1945). Kriminaliseringen samsvarte i stor grad med alle disse partienes grunnidé om at samfunnet besto av individer som tok valg, og at det er statens oppgave å tilrettelegge for dette. Evang var imidlertid for kriminalisering både på grunn av tanken om forebygging, men også fordi man tenkte samarbeidet mellom fengselsvesenet og helsevesenet var så nært at personer som ble dømt for besittelse og bruk ville kunne få behandling for sine narkotikaproblemer³⁶.

På 80-tallet var legenes dominans i stor grad forsvunnet. Narkotikaproblemene ble knyttet til sosial nød og kriminalitet og ansvaret lå dermed på sosialtjenesten i kommunene og politi og fengselsvesen. Integrasjonsmodellen i rusomsorgen gjorde at kommunene hadde en større rolle enn tidligere. På grunn av at det var kontrollapparatet som var blitt styrket mest, hadde også politivesenet og fengselsvesenet relativt mye myndighet i feltet. I perioden ble idéen om lovgivning og straff som forebyggende tiltak dyrket ytterligere, og det med det et doksa om at straffer og trusler om straff var et viktig verktøy i forebyggingsarbeidet.

7.2.2: Stoltenbergutvalget

Den tyngste og tydeligste utfordreren til doksa gjennom hele perioden var Stoltenbergutvalget og rapporten de la frem i 2010, og med tanke på sammensetningen av utvalget³⁷ er det i utgangspunktet vanskelig å forstå hvorfor de fikk så lite gjennomslag som de gjorde. Utvalget besto i stor grad av agenter med mye kapital og definisjonsmakt innenfor sine felt. I midlertid

³⁶ Se [6.1.3: Politikken som ble ført](#)

³⁷ Se [6.5.4: Stoltenbergutvalgets rapport om narkotika](#)

hadde utvalget ikke med seg noe medisinsk ekspertise, utover Myklebust som er sykepleier, men som også satt i utvalget som representant fra en interesseorganisasjon Frelsesarmeen og Gatehospitalet, som kjempet om en sentral posisjon i feltet. Brukerorganisasjoner som og LARnett, Foreningen for human narkotikapolitikk og Rusmisbrukernes interesseorganisasjon var alle positive til opprettelsen av MO-senter, som var selve bærebjelken i forslagene fra utvalget³⁸. De mest ortodokse var legeforeningen, kommunene, fylkeskommunene og helseforetakene, alle agenter mye myndighet i feltet, som forsvarte det eksisterende tilbudet (Meld. St. nr. 30 (2011-2012), s. 137-155).

Et av de aller mest heterodokse forslagene i rapporten var forslaget om å åpne for et tidsbegrenset forsøksprosjekt der behandling med heroin ble inkludert i LAR (Stoltenbergutvalget, 2010, s. 47). Dette forslaget ble til en viss grad møtt av den samme ortodokse argumentasjonen som ble brukt mot innføringen av metadonbehandling på begynnelsen av 90-tallet³⁹. Samtidig var motargumentene også mer heterodokse enn tidligere. Mange referer til mangler i LAR som må utbedres før ny tilbud blir lagt til. For eksempel var det mange på venteliste og heroinbehandling ble ansett som for kostnadskrevenende til å være praktisk gjennomførbart (ibid., s. 155). Det var, samlet sett, få forslag utvalget kom med, som de fikk gjennomslag for, til det var de for heterodokse.

7.3: Symbolsk makt og vold - straffereaksjonene

Det er et mål å avskaffe åpne rusmiljøer og sikre trygge og gode sentrumsmiljøer. Samtidig må vi styrke innsatsen for å redusere skader og dødsfall i kjølvannet av illegal bruk av rusmidler. Det må stilles spørsmål ved om bortvisning og straff alltid er de riktige virkemidlene overfor personer som bruker narkotika (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 108).

Selv om de stilte spørsmålet i 2012, er fortsatt bortvisning og straff viktige virkemidler i politiets arbeid mot narkotikabruk. I etterkant av stegningen av Flagghøyden i Nygårdsparken i Bergen i august 2014 gjennomførte politiet 2000 bortvisninger (Larsen, 2016). Et tema som i stortingsmeldingene blir nevnt, men ikke problematisert er bruken av bøtelegging overfor

³⁸ Se [6.5.4: Stoltenbergutvalgets rapport om narkotika](#)

³⁹ Se [6.3.3: HIV/AIDS og metadonprogrammet](#)

rusavhengige. Bruk og besittelse av narkotiske stoffer har vært straffbart med bøter og fengsel siden 60-tallet⁴⁰. I 2014 ble det gitt ut over 13.000 bøter. 12.400 av bøkene var på mellom 2000 og 20.000 kroner. I tillegg til bøkene var 1900 i dømt betinget fengsel inntil to år, og rett under 1900 personer var dømt til ubetinget fengsel i inntil to år på grunn av narkotikakriminalitet (SSB, 2016). Utover bekymringer for antall rusavhengige fengselsvesenet har ansvaret for står det lite om konsekvensene av denne politikken for personene som blir utsatt for den og samfunnet som helhet. Argumentasjonen for bruk av ulike straffereaksjoner har i stor grad vært at det skal virke forebyggende, denne virkningen blir det likevel satt spørsmålsteget ved flere ganger⁴¹. Et annet viktig argument som er blitt brukt er at politikken og regelverket har bred støtte i befolkningen.

Denne typen argumentasjon er i en Bourdieu-optikk bruk av symbolsk makt. Siden 60-tallet har holdningsskapende arbeid og informasjonskampanjer vært et av de viktigste virkemidlene i det narkotikaforebyggende arbeidet⁴². Og i 1985 skriver sosialdepartementet at de primærforebyggende tiltakene hadde fungert godt og at misbruk var å betrakte som et avviksproblem⁴³. Avviksbegrepet blir generelt brukt en del for å beskrive rusbrukere. Denne begrepsbruken kan forstås som en måte å klassifisere rusbrukere på og legitimere virkemidlene som blir brukt i arbeidet mot narkotikabruk. Befolkningen blir gjennom ulike pedagogiske handlinger, i skolevesenet, fritidsklubber og generelt informasjonskampanjer, innprentet doksa. Narkotikabruk er et alvorlig problem i samfunnet og menneskene som bruker narkotika er sosiale avvikere. Det er riktig å straffe sosiale avvikere, både med bøter og fengselsstraff.

Et av de tydeligste eksemplene på symbolsk vold er politiets bruk av bortvisning og bøketelegging av rusbrukere fra bysentra⁴⁴. Bare personenes oppsyn og tilstedeværelse blir problematisk og straffbar, og virker truende for resten av befolkningen⁴⁵.

I stortingsmeldingen fra 1976 ser vi starten på hvordan man ifølge Bourdieu (1991, s. 128) kan endre agentenes sosiale realitet ut fra hvordan man omtaler realiteten. Hvordan narkotikabruk blir forstått også av agentene selv, er avhengig av hvorvidt det omtales som for eksempel en arvelig svakhet, et moralsk feilskjær, en kulturell tradisjon eller en måte å kompensere for noe annet. I det neste kan vi se hvordan rusfeltet ble sterkere dominert av justissektoren og hvordan det viste seg i narkotikapolitikken.

⁴⁰ Se [6.1.3: Politikken som ble ført](#)

⁴¹ Se for eksempel [6.2.6.1: Lovgivningen](#), [6.4.5: Narkotikalovgivningen/ de kontrollpolitiske tiltakene](#) og [6.5.3.1: Legaliseringsdebatten](#)

⁴² Se [6.1.4: Forebygging](#), [6.2.5: Forebyggende arbeid](#), [6.4.1.1: Stoffbruk blant ungdom](#) og [6.5.2: Forebygging](#)

⁴³ Se [6.2.5: Forebyggende arbeid](#)

⁴⁴ Se [6.5.2.1: Kontrollpolitisk arbeid](#)

⁴⁵ Se [6.4.1: Hvem skrives det om i stortingsmeldingen og hvilke stoffer misbruker de?](#)

Også bruk av tvang overfor rusbrukere har blitt nevnt i alle stortingsmeldingene. Denne tvangsbruken ble legitimert med at det kun var rusmisbrukerne som ble så preget av sitt rusmisbruk at det var fare for liv og helse som ville bli omfattet av regelverket⁴⁶. I stortingsmeldingen fra 2012 kommer det imidlertid frem at det ikke er den originalt tenkte gruppen som blir plassert på tvang. Til tross for at kvinner i normal rusbehandling kun står for omtrent 30 prosent av innleggelsene, omfattet over halvparten av tvanginnleggelsene kvinner. Dette kan trolig delvis forklares med at det kun er kvinner som blir plassert i institusjon mot sitt samtykke ved graviditet, likevel kan det tenkes at det er et kjønnsperspektiv i tvangsinnleggelsene også. Ifølge Bourdieu er den sosiale betydningen av kjønn avhengig av plasseringen i feltet (Wilken, 2011, s. 86). Rusmisbrukere er har svært lite kapital og har en lavt stående posisjon. Den maskuline dominans er dessuten et av de tydeligste eksemplene på symbolsk vold. Det er mange forventninger til kvinner i det moderne samfunn, både når det gjelder utseende og væremåte (Prieur og Sesoft, 2006, s. 58). Dermed kan det tenkes at personer med myndighet til å vedta tvang har lavere terskel for å gjøre det overfor kvinner enn for menn, rett og slett fordi det er tydeligere og vanskeligere å se på en kvinne synke dypt ned i rusen enn å se en mann gjøre det samme.

⁴⁶ Se [6.3.2.3: Bruk av tvang overfor rusmiddelavhengige](#)

Kapittel 7: Avsluttende tanker

I oppgavens innledning ble følgende forskningsspørsmål med tilleggsspørsmål stilt:

- *Hvordan kan det være at rusfeltet i Norge ser ut som det gjør i dag (2017)?*
 - *Hva er feltets historie? Feltets genese eller oppkomst.*
 - *Hvordan strukturer feltet seg? Agenterne forstått som institusjoner og individer og det doksa, heterodoksa og ortodoksa.*
 - *Og hvordan virker dette inn på feltet? Hvem har den dominante rolle og hvem er dominerte innenfor feltet. Hvem har definisjonsretten i feltet?*

Narkotikaavhengighet og bruk er et alvorlig problem i samfunnet og har vært det siden begynnelsen av 60-tallet. Da feltet oppsto, var det legene med helsedirektør Evang i spissen som dominerte. Deretter kom politi- og justismyndighetene inn i bildet, og grunnlaget for store deler av politikken som blir ført i dag, ble vedtatt. Etter hvert kom flere agenter inn i feltet, og kommuner, fylkeskommuner, statlige departementer og etater, og ideelle organisasjoner fikk stadig mer innflytelse.

Allerede på 1960-tallet ble bruk og besittelse av narkotika straffbart med bøter og fengselsstraff, samtidig ble det startet en omfattende informasjons- og holdningsvirksomhet for å forebygge rusmisbruk, men dette kan også forstås som en utøvelse av symbolsk makt der de dominerendes virkelighetsforståelse fremsto som sannheten. Denne doksa har gjennom hele perioden fra 1960 og frem 2012 vært gjeldende, men med stadig flere heterodokse utfordringer, jo nærmere vi kommer vår tid. Samtidig har spesielt kommunenes myndighet blitt sterkere med overgang fra tilskuddsfinansiering til rammefinansiering, og sosialtjenestenes brede myndighet overfor rusklinter.

De rusmiddelavhengige selv, de det hele faktisk gjelder, har i noen, men liten grad endret posisjon i feltet. De har hele tiden vært i en klart dominert posisjon uten noen måte å kunne påvirke. Det har ikke vært brukerrepresentanter involvert i noen av utvalgene som har blitt opprettet for å vurdere deres situasjon. De har vært ofre for symbolsk vold både i form av kategorisering, umyndiggjøring og å bli straffet for å vise symptom på sykdommen de lider av.

Litteratur

- Biong, S., Ytrehus, S. & (red.). (2012) *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo, Akribe.
- Bourdieu, P. (1986/2011) The Forms of Capital. I: Szeman, I. & Kaposy, T. red. *Cultural Theory: An Anthology*. Oxford, Wiley-Blackwell, s. 81-93.
- Bourdieu, P. (1991) *Language and Symbolic Power*. Cambridge, Polity Press.
- Bourdieu, P. (1997) *Af praktiske grunde*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P. (2007) *Den praktiske sans*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P. (2014) *On the State - Lectures at the Collège de France 1989-1992*. Cambridge, Polity Press.
- Bourdieu, P. & Waquant, L. (1992) *An Invitation to Reflexive Sociology*. Malden, Polity Press.
- Fekjær, H. O. (2009) *Rus : bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Fengselsloven Lov av 12. desember 1958 nr. 7 om fengselsvesenet.
- Ferguson, K. (2014). 134 år med Nygårdsparken og over 50 år med dop, overdose, død og ødelagte skjebner. *Bergensavisen* [Online]. Tilgjengelig fra: <http://www.ba.no/nyheter/134-ar-med-nygardsparken-og-over-50-ar-med-dop-overdose-dod-og-odelagte-skjebner/s/1-41-7546387>.
- Forr, G. (2015) *Carl Ivar Hagen* [Internett]. Tilgjengelig fra: https://nbl.snl.no/Carl_I_Hagen [Lest 29.05.2017].
- Foucault, M. (1999) *Overvåkning og straff*. Oslo, Gyldendal.
- Færaas, A. & Flogen, K. (2011) *Thorvald Stoltenberg: - Nini var min viktigste rådgiver* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/narkotika/thorvald-stoltenberg-nini-var-min-viktigste-raadgiver/a/10094824/> [Lest 29.05.2017].
- Hauge, R. (1992) Norsk narkotikapolitikk - en beskrivelse og vurdering. I: Waal, H. & Middelthon, A.-L. red. *Narkotikaforebygging mot år 2000*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Hellberg, L. (2010) *Thorvald Stoltenberg* [Internett]. Tilgjengelig fra: https://nbl.snl.no/Thorvald_Stoltenberg [Lest 29.05.2017].
- Innst. O. nr. 9. (1991-92) (1991) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om sosiale tjenester m.v. (sosialloven)*
- Innst. O. nr. 48 (1994-95) (1995) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov om sosiale tjenester m.v. og i visse andre lover (tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere i institusjon)*.
- Innst. O. nr. 55 (1984-85) (1984) *Innstilling frå justiskomiteen om lov om endring i straffelova*

- m.m. (Narkotikalovbrot, ran og heleri). (Ot.prp. nr. 23).
- Innst. O. XI. (1967-68) (1968) Innstilling fra justiskomiteen om lov om endrede straffebestemmelser for overtredelser av regler i lovgivningen om narkotika m.m (Ot.prp. nr. 46).
- Jørgensen, J.-K. (2009) *Nils A. Retterstøl* [Internett]. Tilgjengelig fra: https://nbl.snl.no/Nils_A_Retterst%C3%B8l [Lest 03.05.2017].
- Kare Willoch's regjering (2013) [Internett]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/om-regjeringa/tidligere/ministerier_regjeringer/nyere_tid/regjeringer/kare-willochs-regjering-1981-1986/id438728/ [Lest 22. mars 2017].
- Kontroll (2017) [Internett]. Tilgjengelig fra: http://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=kontroll&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge [Lest 19.05.2017].
- Kropp, K. (2009) Registrantanalyse. I: Hammerslev, O., Hansen, J. A. & Willig, I. red. *Refleksiv sosiologi i praksis*. København, Hans Reitzels Forlag, s. 173-188.
- Larsen, K. N. (2016). Narkomane bøtelagt for 48 millioner kroner. *nrk.no* [Online]. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/norge/narkomane-botelagt-for-naer-50-millioner-kroner-1.12887103> [Lest 21.05.2017].
- Legemiddeloven. (1992) *LOV-1992-12-04-132 Lov om legemidler m.v.*
- Marit Myklebust. (28.01.2017) *Wikipedia* [Internett]. Tilgjengelig fra: https://no.wikipedia.org/wiki/Marit_Myklebust [Lest 29.05.2017].
- Meld. St. nr. 30 (2011-12) (2012) *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk*.
- Mørland, J. & Waal, H. (2016) *Rus og avhengighet*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013) *Forskrift om narkotika* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2013-02-14-199>.
- Nordby, T. (2009) *Karl Evang* [Internett]. Tilgjengelig fra: https://nbl.snl.no/Karl_Evang [Lest 03.05.2017].
- Norske regjeringer siden 1945, (2013) [internett]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/om-regjeringa/tidligere/ministerier_regjeringer/nyere_tid/regjeringer/id438715/ [Lest 02.05.2017].
- Operasjon Dagsverk. (2017) *Om OD* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.od.no/Informasjon/Om-OD> [Lest 26.05.2017].
- Ot.prp. 48 (1994-95). (1995) *Endring i lov om sosiale tjenester m.v. og i visse andre lover*.

(Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmissbrukere i institusjon.)

Ot.prp. nr. 29 (1990-1991) (1991) *Om lov om sosiale tjenester m.v. (sosialloven)*,

Petersen, K. A. & Lundin, S. (2007) Nursing Education in Sweden: Recruitment from Different Socioeconomic Backgrounds. *Nordic Journal of Nursing Research*, 27 (3), s. 19-23.

Prieur, A. & Sesoft, C. (2006) *Pierre Bourdieu: En introduktion*. København, Hans Reitzels Forlag.

Regulere (2017) [Internett]. Tilgjengelig fra:
http://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=regulere&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge [Lest 19.05.2017].

Rusaanes, K. (2009) *Åslaug Haga* [Internett]. Tilgjengelig fra:
https://nbl.snl.no/%C3%85slaug_Haga [Lest 29.05.2017].

Schiøtz, A. (2012) *Rus og rusmiddelpolitikk i Norge: Et historisk tilbakeblikk* [Internett], legeforeningen.no. Tilgjengelig fra:
<http://legeforeningen.no/PageFiles/103758/Rus%20og%20rusmiddelpolitikk%20i%20Norge%20-%20et%20historisk%20tilbakeblikk.pdf> [Lest 26. mai 2016].

Schiøtz, A. (2017) Rus i Norge. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20 (01), s. 4-26.

Schølberg, U. G. (2014). Hva skjedde med Norges første morfinavhengige? *Forskning.no* [Online]. Tilgjengelig fra: <http://forskning.no/2014/11/norges-morfinavhengige> [Lest 26.05.2017].

Skretting, A. (2014) Governmental Conceptions of the Drug Problem: A Review of Norwegian Governmental Papers 1965-2012. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31 (5-6), s. 569-584.

Skretting, A. (u.å.) *Hvor mange rusmisbrukere er det i Norge?* [Internett]. Tilgjengelig fra:
<http://www.forebygging.no/spm-og-svar/Nasjonalekommunale-emner/Hvor-mange-rusmisbrukere-er-det-i-Norge/> [Lest 29.05.2017].

SSB. (2016) *Straffereaksjoner, etter hovedlovbruddsgruppe, type reaksjon (utvalgte) og straffeutmåling (dager fengsel og kroner bøttestraff). Absolutte tall* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/255849/straffereaksjoner-etter-hovedlovbruddsgruppe-type-reaksjon-utvalgte-og-straffeutmaling-dager-fengsel-og-kroner-botestStraff.absolutte-tall> [Lest 20.05.2017].

St.meld. nr. 13 (1985-86) (1985) *Om narkotikaproblemene og narkotikaproblematikken*.

St.meld. nr. 16 (1996-97). (1997) *Narkotikapolitikken*

St.meld. nr. 66 (1975-76) (1976) *Om narkotikaproblemer*,

St.meld. nr. 69 (1991-92) (1992) *Tiltak for rusmiddelmissbrukere*

Stoltenbergutvalget (2010) *Rapport om narkotika*.

Stortinget (1984) Em. 14. mai - Endr. i straffelova m.m. (narkotikalovbrot, ran og heleri).
Stortingstiende, 128, s. 510-542.

Stortinget (1995) Em. 8. juni - Endr. i sosialtjenestel. m.v. (tilbakehold. av gravide rusmiddelmissbrukere i institusjon) *Stortingstiende*.

Stortinget. (u.å.) *Partioversikt* [Internett]. Tilgjengelig fra:
<https://www.stortinget.no/no/Representanter-og-komiteer/Partiene/Partioversikt/?pid=1989-93#primaryfilter> [Lest 10.05.2017].

Stortinget. (u.å.) *Sosialkomiteen* [Internett]. Tilgjengelig fra:
<https://www.stortinget.no/no/Representanter-og-komiteer/Komiteene/Historiske-komiteer/Sosialkomiteen/?lvl=False&pid=1989-93#primaryfilter> [Lest 10.05.2017].

Straffeloven. (2005) *LOV-2005-05-20-28 Lov om straff*.

Tvedt, K. A. (2016) *Erling Lae* [Internett]. Tilgjengelig fra: https://snl.no/Erling_Lae [Lest 29.05.2017].

Wilken, L. (2011) *Bourdieu for begyndere*. Fredriksberg, Samfundslitteratur.

Øiern, T. (1999) Uteseksjonen: Elsket og hatet i 30 år. *Rus og avhengighet*, 2 (4).