

Universitetet i Bergen



Institutt for sammenlignende politikk

Like problem – ulike valg

En studie av Norges nei til heroinassistert behandling i lys av Sveits sitt ja

Erlend Andreas Horn

Høsten 2013

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært preget av en tid der mye annet har dukket opp underveis. De nevnte personene under har bidratt til å lette dette arbeidet, og gjøre det mulig å ferdigstille denne oppgaven.

Takk til min veileder Lars Svåsand for gode råd gjennom prosessen. Han har vært en avgjørende samtalepartner for å løse dette arbeidet i havn

Takk til Svanaug Fjær for god dialog. Hennes kompetanse innenfor forskning på narkotikapolitikk bidro til å gi meg nye perspektiver på oppgaven. Takk også til Stein Kuhnle, Geir Jetmundsen, Erling Pedersen, Arild Knutsen og Frode Bjerkestrand for gode samtaler

Jean Claude Raemy og Michael Herzig bidro til å gjøre besøket mitt i Zürich vellykket. Takk til begge for godt vertskap

Tilslutt en stor takk til mine nærmeste for oppmuntringer og tilrettelegging underveis.

Erlend Andreas Horn

Bergen 19.11.2013

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	9
1.1 Bakgrunn.....	9
1.2 Oppgavens problemstilling.....	11
1.3 Min egen rolle.....	1
1.4 Oppgavens relevans.....	12
1.5 Begrunnelse for valg av case.....	12
1.6 Norge og Sveits i kontekst av andre land.....	14
<i>1.6.1 Status heroinassistert behandling i andre land.....</i>	<i>14</i>
<i>1.6.2 Narkotikarelaterte dødsfall i europeiske land.....</i>	<i>14</i>
1.7 Begrepsavklaringer.....	16
<i>1.7.1 Narkotika eller rus?.....</i>	<i>16</i>
<i>1.7.2 Policy.....</i>	<i>17</i>
2. En introduksjon til narkotikafeltet.....	18
2.1 Heroinassistert behandling. Begreper og definisjoner.....	18
2.2 Narkotikafeltet: hvilket policy felt er det?.....	19
2.3 Narkotikaens inntreden i vestlige demokratier og internasjonal lovgivning.....	20
2.4 Tilnærminger til narkotikafeltet.....	23
<i>2.4.1 Nulltoleranse.....</i>	<i>23</i>
<i>2.3.2 Legalisering.....</i>	<i>24</i>
<i>2.3.3 Skadereduksjon.....</i>	<i>25</i>
<i>2.3.4 Tilnærminger i Norge og Sveits.....</i>	<i>26</i>

2.5 Det politiske styringsystem og forvaltningsansvar for narkotikafeltet.....	27
2.5.1 Forvaltningsansvaret og viktige beslutningstakere i Norge.....	27
2.5.2 Forvaltningsansvaret og viktige beslutningstakere i Sveits.....	29
3. Stabilitet og endring i policy.....	31
3.1 Historisk Institusjonalisme.....	31
3.1.1 Stiavhengighet og tilbakeføringsmekanismer.....	32
3.1.2 Kritiske faser.....	33
3.2 Public policy teorier.....	34
3.2.1 The Punctuated Equilibrium Model.....	35
3.2.2 The Advocacy Coalitions Framework.....	36
3.3 Begrunnelse for valg av teori.....	37
4. Metodisk tilnærming.....	38
4.1 Casestudie: definisjon.....	38
4.1.1 Hvorfor er casestudie valgt som metode i denne oppgaven?.....	39
4.1.3 Hvilken type casestudie er denne oppgaven?.....	39
4.1.4 Styrker og svakheter ved casestudiet som metode.....	40
4.2 Datainnsamling.....	41
4.2.1 Intervjudata og intervjuobjekter.....	42
4.2.2 Dokumentanalyse.....	45
4.3 Reliabilitet og validitet.....	46
4.3.1 Datamaterialets reliabilitet.....	46
4.3.2 Datamaterialets validitet.....	47

4.4 Hypoteser og operasjonalisering.....	50
5. Sveits.....	52
5.1 Fra privat affære til kriminalisering: 1960-1975.....	52
5.2 Utvikling etter narkotikaloven: 1975-1990.....	53
5.3 Ny tilnærming: 1990-2013.....	56
5.3.1 Implementering av fire pilar strategien og heroinassistert behandling.....	56
5.3.2 Betydningen av Zürich i endring av tilnærming.....	59
6. Norge.....	61
6.1 Fra hvite frakkers «tyranni» til anti-medikamentell tilnærming og rusfrihet: 1960-1985..	62
6.2 HIV frykt og veien mot medikamentell tilnærming: 1985-1996.....	63
6.3 Innføring av LAR og gradvis endring av tilnærming: 1996-2008.....	63
6.3.1 Innføring av sprøyterom.....	64
6.4 Forslag om heroinassistert behandling og ny rusmelding: 2008-2013.....	65
6.4.1 Behandling av Stortingsmelding 30. Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk.....	70
6.5 Viktige aktører i Norge frem til stortingsbehandlingen 18. mars.....	72
6.5.1 Politiske partier.....	72
6.5.2 Interessegrupper og faglige aktører.....	73
6.5.3 Oslo og Bergen.....	75
7. Analyse.....	78
7.1 H ₁ : Omfanget av problemene knyttet til narkotika var mer alvorlig i Sveits enn i Norge..	78
7.1.1 HIV/AIDS smitte.....	78
7.1.2 Overdosedødsfall.....	80

7.1.3 Omfang av åpne russcener og omdømmeproblem.....	81
7.2 H ₂ : De norske fagmiljøene og interessegruppene er mer splittet i synet på tiltaket HAB enn tilfellet var i Sveits.....	85
7.3 H ₃ : Koalisjonene for en ny policy tilnærming var bredere og annerledes i Sveits enn i Norge.....	87
7.4 Andre forklaringer.....	90
7.4.1 Er heroin som problem like relevant i dag?.....	90
7.4.2 Sen innføring av LAR.....	91
7.4.3 Kultur og aksept for eksperimentering med medikamenter.....	92
7.4.4 Forskjeller i styringssystem.....	92
8. Konklusjon.....	94
9. Litteraturliste.....	97
Appendix A Intervjuguide.....	105

English abstract

Most countries in the world have problems related to drug use. The use of heroin especially have from the 1960s and onwards led to gatherings of drug addicts in public spaces (often referred to as open drug scenes), overdose related deaths and the spread of diseases such as HIV and Hepatitis C. Different countries have chosen different solutions in face of these problems. One approach some countries have sorted to is heroin-assisted treatment for those addicts that don't respond to regular substitution treatment. This thesis will try to explain why Norway, unlike Switzerland, the first country in the world to implement this policy, has so far said no to heroin-assisted treatment.

By using the case-study method I have compared the Norwegian and Swiss drug history and policy approach since the 1960s when heroin gradually became a problem. Historical Institutionalism with its emphasis on path dependency, feed-back mechanism and critical junctures offer a theoretical framework on how heroin-assisted treatment became possible in Switzerland, and why it hasn't so far in Norway. Public policy theories like the Punctuated Equilibrium Model and the Advocacy Coalitions Framework offer supplementary frameworks.

Perhaps the greatest difference between Norway and Switzerland's history on this field is that the problems related to drugs were more comprehensive in the latter case, especially in its largest city Zürich. When we compare Norway's difficulties on issues HIV/AIDS and the share size of the open drug scenes with Switzerland it is indeed two very different cases. These problems in particular led to a critical juncture in Switzerland that made it possible for such a radical policy like heroin assisted treatment to be accepted. This has not yet happened in Norway where the mechanisms of path dependency and feedback mechanisms have come into play on this question. However, Norwegian drug policy has changed a lot during the last 20 years in particular, the most prominent change being the introduction of substitution threatment with methadone and later subutex during the 1990s. But the problems related to drugs have not been as severe as when Switzerland implemented their famous policy. This may be one of many explanations as to why Norway hasn't followed in the footsteps of Switzerland. It seems that heroin assisted treatment for many actors in Norway is a step too far away from the abstinence only policy that historically has dominated Norwegian and indeed Western approach to this problem since the 1960s.

Norsk sammendrag

De fleste land i verden har problemer relater til narkotikabruk. Bruk av heroin spesielt har fra 1960-tallet og fremover ledet til samling av rusavhengige på offentlige steder (ofte kalt åpne russcener), overdosedødsfall og spredning av sykdommer som HIV og Hepatitt C. Forskjelligere land har valgt forskjellige løsninger i møte med disse problemene. En tilnærming noen land har valgt er heroinassistert behandling for de rusavhengige som ikke responderer på tradisjonell substitusjonsbehandling. Denne oppgaven vil prøve å forklare hvorfor Norge, i motsetning til Sveits, det første landet i verden som implementerte denne policyen, så langt har sagt nei til heroinassistert behandling

Ved å bruke casestudiemetoden har jeg sammenlignet norsk og sveitsisk narkotikahistorie og policy tilnærming tilbake til 1960-tallet da heroin begynte å bli et problem. Historisk Institusjonalisme med sitt fokus på stiafhengighet, tilbakeføringsmekanismer og kritiske faser gir et teoretisk rammeverk for hvordan heroinassistert behandling var mulig i Sveits, og så langt ikke i Norge. Public policy theories som Punctuated Equilibrium modellen og Advocacy Coalitions Framework gir supplerende forklaringer.

Kanskje den største forskjellen mellom Norge og Sveits sin historie på dette frettet er at problemene knyttet til narkotika var mer omfattende i sistnevnte case, spesielt i sin største by Zürich. Når vi sammenligner Norges problemer knyttet til HIV/AIDS og størrelsen på de åpne russcenene med Sveits er det to veldig forskjellige case. Disse problemene spesielt førte til en kritisk fase i Sveits som gjorde det mulig å at en så radikal politikk som heroinassistert behandling ble akseptert. Dette har ikke skjedd i Norge ennå hvor stiafhengighet og tilbakeføringsmekanismer har påvirket sterkt. Allikevel har norsk narkotikapolitikk forandret seg mye de siste 20 årene, spesielt gjennom introduksjonen av substitusjonsbehandling (LAR). Men problemene knyttet til narkotika har ikke vært så alvorlig som de var i Sveits da de implementerte deres nye policy. Dette kan være en av flere forklaringer på hvorfor Norge ikke har fullt Sveits på dette spørsmålet. Det kan se ut som om heroinassistert behandling for mange aktører i Norge er et steg for mye vekk fra den nulltoleranse policyen som har dominert norsk og generelt vestlig tilnærming til dette spørsmålet siden 1960-tallet.

1. Innledning

De fleste land i verden har i større eller mindre grad problemer som følge av narkotikabruk, både på individ og samfunnsnivå. I vestlige land har spesielt heroinbruk vært et fenomen som har eksistert i nesten et århundre, og i Europa og Nord-Amerika i dag er det estimert at det finnes to til fire millioner heroinavhengige (Fischer et.al 2007:552) En konsekvens av narkotikabruk en del land har slitt, og fortsetter å slite med, er antallet rusavhengige, vanligvis med en heroinavhengighet, som samler seg på offentlige områder, ofte kalt «åpne russcener». Andre konsekvenser har vært knyttet til overdosedødsfall, smittefare gjennom sykdommer som HIV/AIDS og Hepatitt C og kriminalitet. Ulike land har valgt ulike løsninger for å møte disse problemene. Et tiltak noen land har valgt å innføre er såkalt heroinassistert behandling, der tunge rusavhengige får utdelt heroin på klinikker. Andre land ønsker ikke å ta i bruk denne type virkemidler. Men hvorfor velger ulike land ulike løsninger på en utfordring som synes å være den samme?

1.1 Bakgrunn

Den tradisjonelle tilnærmingen til problemer knyttet til narkotika har historisk vært den såkalte forbudslinjen der grunntankegangen er at dersom samfunnet «ikke slår ned på bruk og omsetning av narkotika vil det gi et signal om at dette er akseptable handlinger» (Sandberg & Pedersen 2005:24). Denne tilnærmingen lå til grunn i de fleste vest-europeiske lands narkotikapolicy, den baserte seg på internasjonale konvensjoner fra spesielt 1960-tallet, men også tidligere. På 1980 og 1990-tallet begynte en del land å endre strategi i retning av å redusere helseskader og sosiale problemer hos rusavhengige som enten ikke var i stand eller motivert til å slutte å bruke narkotika. (Kübler 2001: 623). Denne tilnærmingen er kjent som skadereduksjonslinjen og kjernen her en erkjennelse av at samfunnet aldri blir narkotikafritt, og vi bør heller konsentrere oss om å begrense skadene som følge av narkotika for individet og samfunnet. Spesielt HIV epidemien som oppsto på 1980-tallet var en viktig grunn til at denne tilnærmingen fikk fotfeste. (Kübler 2001:631).

Det var med bakgrunn i denne skadereduserende tilnærmingen at Sveits i 1997 ble det første landet i verden som innførte en permanent ordning med heroinassistert behandling for enkelte rusavhengige. Dette er et tiltak der heroin gis i kontrollerte former til rusavhengige som av ulike grunner ikke responderer på mer tradisjonelle behandlingsmetoder som

substituttbehandling (metadon og subutex, i Norge referert til som legemiddelassistert rehabilitering LAR) eller terapeutiske behandlingsformer. Dette ble gjort på bakgrunn av et prøveprosjekt iverksatt i 1994. Siden da har Nederland, Tyskland, Storbritannia, Canada, Belgia og Danmark innført lignende ordninger. I Norge ble det en debatt om en tilsvarende ordning burde innføres også her til lands når daværende helseminister Bjarne Håkon Hansen i et intervju med Dagbladet 1. desember 2008 sa følgende:

Det finnes en del i rusmiljøet som har ruset seg så kraftig over så mange år, at veien fram til å bli helt rusfri kan bli for lang. Da blir spørsmålet hvordan vi kan gi dem menneskeverd. Derfor tror jeg vi må ta en debatt i Norge om det er riktig å bruke utdeling av heroin som virkemiddel for denne gruppa (Dagbladet 2008/1)

Hansen reiste senere på studietur til nettopp Sveits for å lære av erfaringene de hadde hatt med heroinutdeling. I 2010 nedsatte Hansen Stoltenberg-utvalget som fikk i oppgave å vurdere hvilke tiltak som burde innføres i norsk rusomsorg. Et av tiltakene de skulle vurdere var heroinassistert behandling. I 2011 anbefalte et flertall av utvalget at Norge burde innføre et prøveprosjekt med denne behandlingsformen. Dette forslaget ble møtt med stor skepsis av fag- og interesseaktører innen narkotikafeltet da rapporten var ute på høring i ettertid.

Forslagene fra Stoltenberg-utvalget ble vurdert av den rødgrønne regjeringen i forbindelse med Stortingsmelding nr 30: Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Før denne ble fremlagt varslet Arbeiderpartiets stortingsgruppe i april 2012 at de ville gå imot forslaget om heroinassistert behandling (NRK 2012). Da stortingsmeldingen ble behandlet av Stortinget 18. mars 2013 var det bare Venstres to representanter som stemte for tiltaket.

1.2 Oppgavens problemstilling

I denne oppgaven er mitt hovedmål å besvare følgende problemstilling:

- *Hva kan bidra til å forklare at Norge, i motsetning til Sveits, ikke har innført heroinassistert behandling for rusavhengige?*

Denne problemstillingen legger i utgangspunktet opp til en komparativ tilnærming av to case som er forskjellig på en avhengig variabel: innføring av heroinassistert behandling. Det er allikevel viktig å understreke at mitt hovedfokus er at jeg først og fremst ønsker å forklare hvorfor Norge ikke har innført heroinassistert behandling, ikke hvorfor Sveits har innført det.

Jeg velger allikevel å trekke inn Sveits i dette arbeidet for å kunne sammenligne den norske og sveitsiske historien innenfor narkotika og narkotikapolitikk, og ikke minst sammenligne prosessen i de to landene som førte til frem til at Sveits i 1997 innførte tiltaket og at Norge i 2013 ikke innførte det. Ved å bruke Sveits som referansepunkt tror jeg at det er lettere å kunne analysere hvorfor Norge ikke har innført tiltaket enn hvis jeg kun konsentrerte meg om Norge. Sveits blir da et slags kontrast-case til hovedcasen mitt: Norge

Metoden jeg kommer til å benytte meg av er casestudiet og tilhørende metoder for å prøve å se hvilke kausale sammenhenger jeg kan finne mellom uavhengige variabler og den avhengige variabelen. Dette kommer jeg tilbake til i metoddelen av oppgaven.

1.3 Min egen rolle

Det er innledningsvis viktig å formidle min egen rolle og mitt eget synspunkt når det gjelder narkotikafeltet generelt, og heroinassistert behandling spesielt. Jeg sitter i dag som bystyrerepresentant i Bergen der jeg representerer partiet Venstre. Jeg deler Venstres synspunkt på at rusomsorgen i Norge har store mangler, og at Norge i større grad burde se til land som Tyskland og Sveits for erfaringer. Videre sitter jeg i helse og sosialkomiteen i Bergen der jeg har jobbet, og jobber mye med narkotikapolitikk. Ettersom dette feltet både er et kommunalt og statlig ansvar er deler av Bergen Venstres narkotikapolitikk både ført i pennen av og frontet i media av undertegnede. Jeg frontet eksempelvis et vedtak gjort av Bergen Venstre om å avkriminalisere og regulere narkotika i TV2 mars 2012 (TV2 2012) Jeg har også stått bak flere forslag til vedtak i bystyret i Bergen om endringer i rusomsorgen i Bergen, blant annet innføring av sprøyterom og et forslag om å søke staten om et forsøksprosjekt med heroinassistert behandling. Jeg er videre medlem av og tidligere aktiv i organisasjonen Foreningen for human narkotikapolitikk (FHN) som lenge har jobbet for at heroinassistert behandling blir innført i Norge.

Som aktivt partimedlem i Venstre stod jeg også bak et forslag i Venstres programprosess, som munnet ut i partiets stortingsvalgprogram 2013-2017, om å gå vekk fra linjen om å innføre et prøveprosjekt, men snarere gå rett på et permanent tilbud. Dette forslaget er nå en del av det nevnte stortingsvalgprogrammet til Venstre. Jeg som person støtter med andre ord tiltaket denne oppgaven omhandler.

Grunnen til at jeg er spesifikk på dette er fordi det skal være helt klart for leseren av denne oppgaven at jeg i mitt virke som politiker har en klar oppfatning og mening om

narkotikapolitikk lokalt, nasjonalt og internasjonalt. Dette er ikke en oppgave som skal søke å ta stilling til hvilken tilnærming til ruspolitikk som er mest hensiktsmessig, men heller søke å forklare hvorfor Norge, i motsetning til Sveits, ikke har innført dette tiltaket. Men når man skriver en slik tekst er det selvsagt en fare for at subjektive meninger enten direkte, eller indirekte, gjør seg gjeldende. Jeg er fullstendig klar over utfordringen denne rollen innebærer, men med denne redegjørelsen håper jeg at leseren av oppgaven vil være i stand til å vurdere om jeg har klart denne balansegangen.

1.4 Oppgavens relevans

Narkotikapolitikk som saksfelt inkluderer en rekke ulike problemstillinger knyttet til helse og sosialpolitikk, men også justispolitikk ettersom vi snakker om forbudte stoffer. Dette medfører at politikken som føres på feltet har konsekvenser på mange samfunnsområder. Å forstå hvorfor ulike land velger ulike virkemidler i møte med disse problemstillingene må derfor sies å være like relevant som å forstå hvorfor land fører ulik politikk på andre viktige samfunnsområder.

Svanaug Fjær etterlyser mer samfunnsforskning knyttet til narkotikapolitikk. Hun spør:

Hvorfor har ikke narkotikapolitikken blitt et mer forskbart spørsmål for samfunnsforskningen på rusfeltet? Det har alt en kan ønske seg av forskningsutfordringer. Narkotikaproblemet blir til i et samspill mellom sterke sektorinteresser, nye og gamle profesjoner, ideelle organisasjoner, media og politikk. Det er gjennomtrengt av verdimessige vurderinger og ideelle målsetninger, kulturelle normer og verdier, kombinert med sterke faglige ambisjoner om å bidra til løsningen av et utfordrende problem. Det er bare å ta for seg – av forskningsgodis! (Fjær 2010:153)

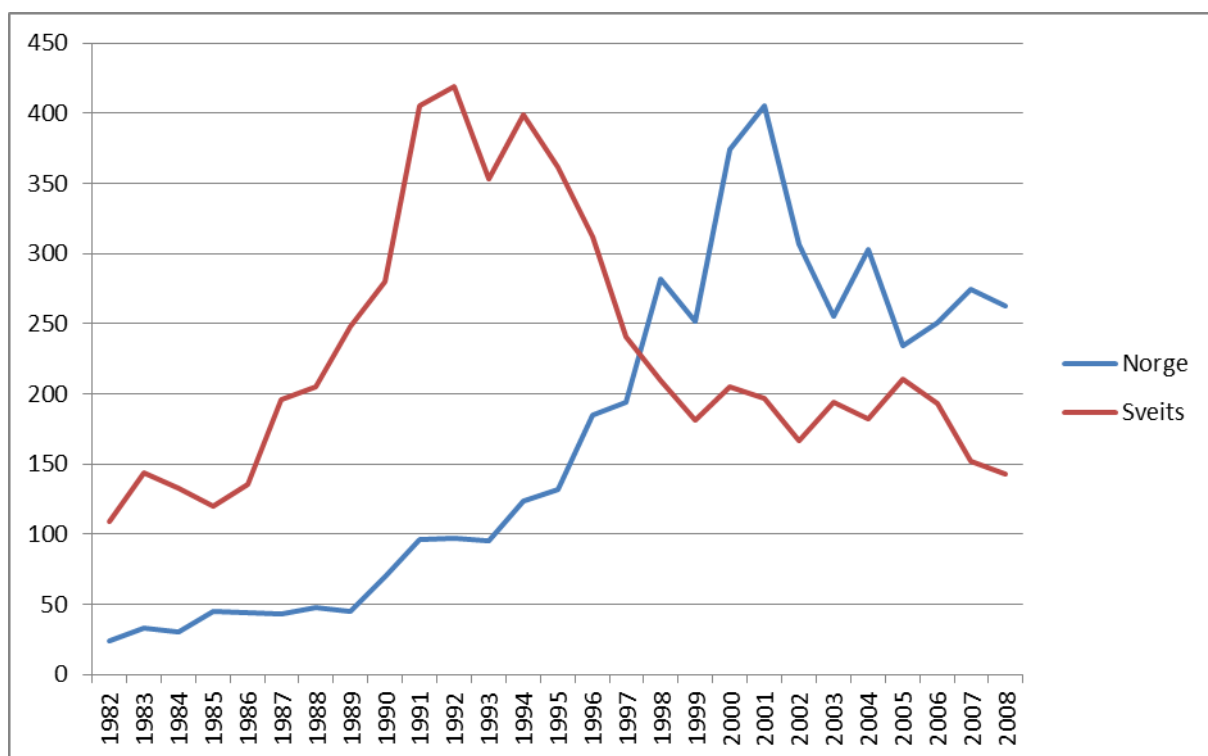
Som nevnt i redegjørelsen av min egen rolle er ikke hensikten med denne oppgaven å ta stilling til hvilke tiltak som fungerer best innenfor dette feltet. Jeg mener likevel at forskning bidrar til at de som tar avgjørelser innenfor et gitt felt får en økt forståelse og kunnskap om feltet det forskes på, og at slik sett kan oppgaven min være et lite bidrag til debatten om hvordan vi best mulig løser problemer knyttet til narkotikabruk.

1.5 Hvorfor Norge og Sveits

Hvorfor har jeg så valgt Norge som hovedcase for oppgaven med Sveits som et tilhørende referansepunkt? Hverken Norge eller Sveits er unike når det kommer til den avhengige

variabelen. Det finnes en del andre land som også har innført heroinassistert behandling (heretter ofte, men ikke konsekvent, forkortet til **HAB-Heroin Assistert Behandling**), mens de fleste land i verden ikke har gjort det. Norge og Sveits er sånn sett hver sin representant for to forskjellige klynger av land. Det er allikevel ikke tilfeldig at jeg har valgt disse to landene fremfor eksempelvis Sverige (ikke innført HAB) og Tyskland (innført HAB)

Norge er valgt fordi det er mitt hjemland, og mye av motivasjonen bak oppgaven er å prøve å skrive en oppgave som kan bidra til bedre forståelse norsk narkotikapolitikk, og hvorfor den er som den er når det gjelder denne politikken generelt, og HAB spesielt. Sveits er valgt fordi landet er unikt på dette området da det var det første landet som innførte HAB i form av klinikker der heroinavhengige kunne motta og konsumere heroin. Leger i Storbritannia var de første som gav heroin til pasienter, men Sveits var det første landet som innførte denne ordningen som en del land i etterkant har fulgt etter på. (Uchtenhagen, personlig kommunikasjon 2012). Videre er historien spennende fordi Sveits gikk fra å være det landet med de største åpne russcenene, flest HIV/AIDS tilfeller blant rusavhengige og ligget i Europa-toppen i overdosedødsfall, til å bli omtalt av mange som en suksesshistorie. Norge ligger i dag i det helt øverste sjiktet i antall overdosedødsfall per innbygger (figur 2). I antall dødsfall uavhengig av innbyggerantall passerte også Norge Sveits rundt 1997, og har siden ligget over Sveits (figur 1).



Figur 1: Overdosedødsfall i Norge og Sveits (1982-2008) Kilde: Statistisk Sentralbyrå SSB (Norge), Justiz- und Polizeidepartement EJPD (Sveits)

1.6 Norge og Sveits i kontekst av andre land

1.6.1 Status heroinassistert behandling i andre land

Sveits var som nevnt det første landet i verden som innførte utdeling av heroin via klinikker som et mulig behandlingstilbud. Etter Sveits fulgte Nederland (1998), Tyskland (2001), Spania (2003) og Storbritannia (2005) i rekken av land som innførte tiltaket. I Spania er tiltaket foreløpig bare akseptert i forbindelse med forskning (Strang et.al. 2012) I 2008 stemte et nesten enstemmig Folketing i Danmark for heroinassistert behandling gjennom fem statlige heroinklinikker. Det startet opp i 1. januar 2009 (The Guardian 2009). I Belgia ble det også startet opp et prøveprosjekt i 2009. Utenfor Europa har Canada i dag en ordning med heroinassistert behandling, men i likhet med Spania er det også bare tillatt i forskningssammenheng. Australia stoppet et prøveprosjekt på midten av 1990-tallet av politiske grunner (Strang et.al. 2012).

1.6.2 Narkotikarelaterte dødsfall i europeiske land

Mange av de som mener den norske narkotikapolitikken er feilslått, og at tiltak som HAB bør innføres, viser til at Norge ligger på topp i Europa i antall narkotikarelaterte dødsfall per innbygger. Den beste kilden for å se Norge i kontekst av resten av Europa er European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (EMCDDA) som samler statistikk fra hvert enkelt land tilknyttet EU og EØS. I figur 2 kan vi se at Norge i EMCDDAs oversikt basert på de nyeste tallene (2010-2012) rapportert ligger som nr 2 i Europa bak Estland.

Hvis vi tar for oss utviklingen av dødsfall knyttet til narkotika i Europa de siste tiårene gikk dødsfallene kraftig opp på 1980-tallet, og på begynnelsen av 1990-tallet. Dette skjedde parallelt med en økning i bruk av heroin, da spesielt med sprøyter. I perioden 2000-03 var det imidlertid en nedgang i de fleste europeiske land etterfulgt av en ny økning fra 2003 til 2009 der tallene nå har stabilisert seg (EMCDDA 2012/1:86)

Ettersom Sveits ikke er med i EU eller EØS er de heller ikke med i tallene EMCDDA presenterer. For å finne ut hvor Sveits befinner seg sånn omtrentlig på figur 2 har jeg manuelt regnet ut antall overdosedødsfall per million innbygger i Sveits. Figur 2 tar derimot utgangspunkt i aldergruppen 15-64 år. Jeg har ikke data på antall dødsfall i den aldergruppen i Sveits, bare det totale antallet. Derfor er ikke disse tallene helt nøyaktige. Samtidig er det i den gruppen de aller fleste dødsfallene forekommer. Det er derfor ikke grunn til å tro at tallet er spesielt upresist. Etter min utregning har Sveits et snitt på 21,40 overdosedødsfall per million innbygger i perioden 2006-2008¹. Sveits vil da på denne figuren ligge rundt plasseringen til Spania.

Blant landene som har innført heroinassistert behandling i Europa, og hatt det over noe tid, ligger Storbritannia (2005) på 4. plass. Nederland (1998) ligger lavest av disse landene på 19. plass, mens Sveits og Spania ligger omtrent likt på 16. plass. Tyskland ligger på 12. plass. Slike figurer kan tolkes på mange måter, og den er først og fremst med i denne delen av oppgaven for å gi leseren et bilde over situasjonen på narkotikafeltet i Europa på en målbar variabel. Men som vi ser er det ikke en klar tendens til at det er de landene som har innført tiltaket som ligger høyest eller lavest. De fordeler seg noenlunde jevnt. Det må understrekes at

¹ Tallet er regnet ut ved å finne snittet på innbyggertallet i Sveits i årene 2006-2008, samt snittet på overdosedødsfallene i samme periode. Overdosesnittet er så delt på innbyggersnittet (162,66/7,6)

man bør vokte seg vel for å dra klare konklusjoner på bakgrunn av dette ettersom heroinassistert behandling bare er en del av et større felt (narkotikafeltet). Dette feltet i sin helhet vil kapittel 2 tar for seg.



Figur 2: Overdosedødsfall i Europa

Kilde: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Tall fra perioden 2010-2012

1.7 Begrepsavklaringer

1.7.1 Narkotika eller rus?

Jeg har allerede i oppgaven brukt en del begreper det kan være hensiktsmessig å klargjøre. Innenfor narkotikafeltet blir en god del begreper brukt om hverandre. Spesielt to begreper brukes ofte, *narkotika* og *rus*. Jeg velger stort sett å bruke ordet *narkotika* enten det er å omtale *narkotikapolitikk*, *narkotikafeltet* etc. Ordet *rus* inkluderer i større grad legale rusmidler som alkohol og tobakk som ikke er en del av problematikken jeg omtaler i denne oppgaven.

Eneste unntaket er når jeg bruker begrepet *rusavhengig* som er en oversettelse av det engelske begrepet *drug addicts* som går igjen i de fleste omtaler av narkotikafeltet internasjonalt. Ordet *drug* kan på norsk bety både *narkotika* og *rus*. Grunnen til at jeg velger å bruke dette begrepet fremfor for eksempel *narkotikaavhengig* er at dette begrepet er så godt innarbeidet i litteraturen på dette feltet at det kan oppstå forvirring når jeg refererer sitater derfra, men også i sitater fra mine intervjuobjekter. Videre er det viktig å understreke at det finnes en rekke ulike måter rusavhengige blir omtalt på. Eksempler på det er *narkoman*, *rusmisbruker*, *rusbruker* og *heroinavhengig*. Når jeg konsekvent bruker begrepet *rusavhengig* må det her leses som mennesker med en avhengighet av narkotiske stoffer.

1.7.2 Policy

Jeg kommer ofte til å bruke det engelske begrepet *policy* i denne oppgaven. Dette er på grunn av det teoretiske rammeverket for oppgaven som vil bli skissert i kapittel 3. I følge Oxford Dictionary betyr dette: “*a course or principle of action adopted or proposed by an organization or individual*” (oxforddictionaries.com). I denne kontekst vil *an organization* referere til statlige myndigheters *policy* på narkotikafeltet. Grunnen til at jeg velger å bruke dette begrepet er at det er en mer presis definisjon enn det norske språk tillater. Der man i det engelske vokabular skiller mellom *policy* og *politics*, bruker vi i Norge kun ordet *politikk*.

2. En introduksjon til narkotikafeltet

Oppgavens problemstilling fokuserer på tiltaket heroinassistert behandling. Derfor vil jeg her definere og redegjøre for det innledningsvis slik at leseren har det klart for seg i resten av oppgaven. Deretter vil jeg gi en introduksjon til narkotikafeltet som sådan for å forstå det norske og sveitsiske eksempelet i en helhet, og hvordan HAB passer inn i denne helheten. Jeg skal derfor i dette kapitlet gi en oversikt over hvilket policyfelt narkotikapolitikk tilhører. Videre vil jeg gjøre rede for det historiske bakteppet for narkotikas inntog og utbredelse i vestlige land, og hvilke tilnærminger som har gjort seg gjeldende til problemstillinger knyttet til disse illegale stoffene og de som bruker dem. Tilslutt vil jeg si litt om det norske og sveitsiske politiske system.

2.1 Heroinassistert behandling. Begreper og definisjoner

Innledningsvis definerte jeg HAB som et tiltak der «heroin gis i kontrollerte former til rusavhengige som av ulike grunner ikke responderer på mer tradisjonelle behandlingsmetoder som substituttbehandling eller terapeutiske behandlingsformer»

I følge Fischer et.al (2007:553) er hensikten bak prøveordningene ulike land har hatt med heroinassistert behandling følgende:

To determine the therapeutic – aiming at individual and/or societal levels – value of medical heroin prescription for high-risk heroin users for whom such benefits cannot be expected or achieved from existing treatment options

Effekten av et slikt tiltak måles på hvorvidt pasienter avbryter eller forblir i behandlingen, om det reduserer pasientens inntak av illegal stoffer, om behandlingen bidrar til mindre kriminalitet blant gruppen som er i programmet og hvorvidt pasienten får bedre helse og livskvalitet (Stoltenberg-utvalgets rapport 2010:42). Måten dette tiltaket administreres på er relativt likt i de landene som har innført det. Heroinet gis alltid under overvåkning av helsepersonell, og ingen får med seg heroinet ut av klinikken stoffet deles ut på (Stoltenberg-utvalgets rapport 2010:42).

Leseren bør være klar over at tiltaket går under mange navn. I mine undersøkelser har begreper som *medisinsk heroin*, *heroinstøttet behandling*, *utdeling av heroin* og *gratis heroin* gått igjen. Det bør være ukontroversielt å fastslå at hva man kaller et slikt tiltak ikke er en tilfeldighet ut i fra om man er for eller mot. Eksempelvis kaller partier i Norge som er for tiltaket det nærmest konsekvent for *heroinassistert behandling* eller *medisinsk heroin*, mens partier som er mot ofte kaller det *utdeling av heroin* eller *gratis heroin*. Tilhengerne velger å bruke begreper som bringer assosiasjoner til medisinsk behandling, mens motstanderne bruker begreper som kan sies å hinte til at dette er noe som blir lett tilgjengelig.

I SVs stortingsvalgprogram står det ‘SV ønsker begrensede forsøk med heroinassistert behandling for de aller mest utsatte brukerne’ (SVs arbeidsprogram 2013-2017) Det andre partiet som er uttalt for, Venstre, sier «Innføre heroinassistert behandling som et tilbud til rusavhengige» (Venstres stortingsvalgprogram 2013-2017) Blant partiene som er uttalt mot blir derimot tiltaket kalt noe annet. KrF slår i sitt program fast: «gå imot utdeling av gratis heroin til rusavhengige» (KrFs stortingsprogram 2013-2017?). Høyre sier: ‘si nei til legalisering av narkotika, herunder utdeling av heroin’ (Høyres stortingsprogram 2009-2013?) Det er interessant her å legge merke til at Høyre likestiller tiltaket med å legalisere narkotika, og at KrF velger å legge til ordet *gratis* foran heroin.

Jeg velger i denne oppgaven å kalle dette tiltaket *heroinassistert behandling*. I en debatt der hva man kaller tiltaket også kan symbolisere hva du mener om det er det et valg jeg har gjort tiltross for utfordringen det representerer. Heroinassistert behandling, som er en norsk oversettelse av *Heroin Assisted Treatment* (HAT), går igjen i de fleste faglige artikler som omhandler det. Det er nettopp hva tiltaket omtales som i faglige artikler som gjør at jeg har valgt å kalle tiltaket heroinassistert behandling eller HAB konsekvent gjennom denne oppgaven

2.2 Narkotikafeltet – hvilket policy felt er det?

Narkotikafeltet kan grovt sett sies å tilhøre tre tradisjonelle politikkområder; helse, justis og sosialpolitikk. Litt avhengig av hvilken rusproblemstilling vi snakker om kan vi plassere det i en av disse tre. Hvis politiet har mistanke om en smuglerbande om importerer heroin vil vi

kunne si at narkotika passer inn under justisfeltet. Hvis derimot en rusavhengig går til behandling for sin avhengighet av heroin vil vi klassifisere det under helsefeltet, mens hvis en rusavhengig får en jobb eller bolig av det offentlige vil vi kunne plassere dette under sosialfeltet.

Kort fortalt omhandler helseaspektet narkotikaens virkning på menneskekroppen, og hvordan man fra helsevesenet skal møte en slik avhengighet. Justisaspektet omhandler derimot handling og straffereaksjoner rundt bruk og salg av illegale narkotiske stoffer, mens sosialaspektet er samfunnets tiltak for å unngå at individer blir avhengig av disse stoffene og gjøre det mulig for en som allerede er blitt rusavhengig å bli reintegrert i samfunnet. Disse feltene kan være noe overlappende, eksempelvis når et i utgangspunktet forbudt stoff som heroin blir brukt som en del av medisinsk behandling som det gjøres gjennom et tiltak som HAB.

Rusfeltet kan altså sies å være et felt som ligger i skjæringspunktet mellom justis, helse og sosialpolitikk.

En annen måte å se rusfeltet på er å dele det inn noe mer detaljert og ut i fra hvilke hovedtemaer som er relevant innenfor feltet. Tar man utgangspunkt i den såkalte «fire pilar»-strategien i Sveits, deler de narkotikafeltet inn i forebygging, håndhevelse av loven, behandling og skadereduksjon (Büechli & Minder 2001; Colling 2002). Det vil også være relevant å ta med temaet ettervern.

Ettervern i kontekst av narkotikafeltet kan defineres som

Systematisk oppfølgingstiltak for en gruppe personer som har gjennomgått en eller annen form for spesialisert behandling for et rusproblem. Siktemålet er å lette tilpasning til et normalt samfunnsnivå (Høgskolen i Østfold. Arbeidsrapport 2003:3)

2.2 Narkotikaens inntreden i vestlige demokratier og internasjonal lovgivning

Heroin var først kjent som diacetylmorfin, og ble framstilt av opium og syntetisert for første gang ved St. Mary's Hospital i 1874 (Pryce 2012). I 1898 endret stoffet navn til *heroin* da et

tysk farmasøytelskap, markedsført som et terapeutisk stoff, begynte å produsere det. Heroin ble blant annet brukt som kur for hoste og skulle redusere respiratoriske plager som følge av lungebetennelse, tuberkulose og bronkitt (Strang et.al 2012) Før denne tid var opium først og fremst utbredt i Østen. I Kina ble det introdusert allerede i det 7. århundret av arabiske handelsmenn. Etter at Storbritannia solgte store mengder opium til Kina fra erobrede områder i India og Burma vokste mengden opiumavhengige i Kina betraktelig (sacu.org).

Når det etter hvert i Europa ble kjent at heroin var både skadelig og svært avhengighetsskapende ble internasjonal narkotikakontroll satt mer og mer på dagsorden. Utledet av Shanghai kommisjonen i 1909 ble den første internasjonale narkotikapolitikken iverksatt. Før denne konvensjonen hadde en rekke stater og statlig sponsede monopoler tjent store penger på å forflytte opium på tvers av landegrenser, og da opiumhandelen var på sitt høyeste var flere titalls millioner kinesere avhengig av stoffet, og det anslås at en fjerdedel av den voksne mannlige populasjonen brukte det årlig (UNODC 2009:7).

En rekke andre konferanser fulgte, og hensikten var å redusere bruken av opium, morfin, heroin og kokain gjennom restriksjoner på produksjon og distribusjon slik at disse stoffene kun skulle brukes til medisinske formål. (Strang et.al 2012). I 1912 ble den første internasjonale narkotikakonvensjonen avholdt, kjent som The International Opium Convention of The Hague. Denne ble iverksatt i 1915, og som en del av Versailles traktaten måtte alle land som skrev under der også følge prinsippene nedfelt i konvensjonen av 1912 (UNODC 2009:7)

Ytterligere avtaler og konferanser fulgte i tiårene som fulgte, men først i 1961 ble alle avtalene konsolidert gjennom FNs Single Convension on Narcotic Drugs. Poenget med denne konvensjonen var:

To limit the possession, use, trade, distribution, import, export, manufacture and production of drugs exclusively to medical and scientific purposes and to address drug trafficking through international cooperation to deter and discourage drug use (Strang et.al 2012).

Konvensjonen stadfestet blant annet at landene som signerte avtalen er “concerned with the health and welfare of mankind, and are conscious of their duty to prevent and combat the evil

of drug addiction” (Single Convention on Narcotic Drugs 1961). Også stadfestet i konvensjonen er at man anerkjenner at “the medical use of narcotic drugs continues to be indispensable for the relief of pain and suffering and that adequate provision must be made to ensure the availability of narcotic drugs for such purposes (Single Convention on Narcotic Drugs 1961).

I 1971 sa president Richard Nixon at bruk av narkotika var «public enemy nr. 1», og han erklærte en «war on drugs» (Wood et.al 2009) Tanken bak denne «krigen mot narkotika» var at en intensiv bruk av politi og straffer mot de involvert i narkotikaproduksjon, distribusjon og bruk ville føre til en nedgang i bruk av narkotiske stoffer som heroin, kokain og cannabis, og tilslutt målet om ‘en narkotikafri verden’ (Report of the Global Commission on Drug Policy 2011:4)

«Krigen mot narkotika» ble raskt en internasjonal strategi, mye grunnet påvirkning fra USA (Aoyagi (2005), og baserte seg på nulltoleranse for bruk og salg av narkotiske stoffer, og høye strafferammer. Nye FN konvensjoner om temaet fulgte som The Protocol of 1972 Amending The Single Convention og The 1988 Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psycotropic Substances. I kjølvannet av konvensjonen av 1961 ble også INCB (International Narcotics Control Board) opprettet. Hensikten med denne institusjonen var å påse at medlemslandene som hadde signert FN konvensjonene håndhevet disse (Aoyagi 2005).

Etterhvert som land som Portugal, Tyskland, Nederland og Sveits på 1990-tallet begynte å innføre skadereduserende tiltak, som for eksempel steder rusavhengige kunne sette injeksjoner av narkotika under oppsyn av helsepersonell (sprøyterom/brukerrom) og heroinassistert behandling fikk disse landene mye kritikk av INCB for å bryte intensjonene i de signerte konvensjonene (Aoyagi 2005).

I juni 2011 kom det FN nedsatte utvalget Global Commission on Drug Policy med en rapport som konkluderer:

«The global war on drugs has failed, with devastating consequences for individuals and societies around the world. Fifty years after the initiation of the UN Single Convention on Narcotic Drugs, and 40 years after President Nixon launched the US government’s war on

drugs, fundamental reforms in national and global control policies are urgently needed'
(Report of the Global Commission on Drug Policy 2011)

Hvorvidt krigen mot narkotika har feilet eller ei, og hva man i en slik sammenheng kan definere som suksesskriterier, er et stort spørsmål og ikke gjenstand for utforskning i denne oppgaven. Men som et bakteppe er det relevant å være klar over at det er delte meninger om dette når jeg her presenterer narkotikafeltet som helhet. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) har for eksempel en litt annen oppfatning enn den nevnte Global Commission on Drug Policy. Der sistnevnte anbefaler «*encourage experimentation by governments with models of legal regulation of drugs to undermine the power of organized crime and safeguard the health and security of their citizens* (Global Commission on Drug Policy 2011:2) sier UNODC: “*There is a growing recognition that threatment and rehabilitation of illicit drug users are more effective than punishment. Of course, this does not mean abandoning law enforcement activities; instead, the supply and demand sides need to complement each other*” (UNODC 2012:5).

Det finnes selvsagt andre aktører som har ulike meninger om veien videre bør inkludere et fortsatt lovforbud eller om man i større grad bør regulere narkotika i lovlige former. Poenget her var å illustrere at to FN aktører drar forskjellige overordnede konklusjoner.

2.3 Tilnærminger til narkotikafeltet

For å få en videre forståelse av narkotikafeltet ønsker jeg å redegjøre for de grovt sett tre politiske tilnærmingerne ulike regjeringer, organisasjoner eller enkeltpersoner har hatt og har til dette politikkområdet: Nulltoleranse, legalisering og skadereduksjon. Denne inndelingen, selv om den kanskje kan sies å være noe forenklet ut i fra hvor komplekst dette feltet er, er valgt fordi det illustrerer hovedtilnærmingerne til narkotikautfordringen. Inndelingen baserer seg på det Sandberg & Pedersen (2005:23) kaller ideologier knyttet til Plata-aksjonen i Oslo²

2.3.1 Nulltoleranse

² Plata-aksjonen referer til politiets splittelse av det åpne rusmiljøet på området kalt Plata i Oslo i juni 2004

Nulltoleranse, eller forbudslinjen, har vært den rådende tilnærmingen til narkotika på verdensbasis. Som nevnt innledningsvis er tankegangen her at når samfunnet først har forbudt narkotika, bør dette forbudet håndheves. Sandberg & Pedersen (2005:24) sier at *«tilhengerne av en forbudslinje mener også at samfunnet – dersom det ikke slår ned på bruk og omsetning av narkotika – vil sende ut et signal om at dette er akseptable handlinger»*. Denne tilnærmingen gjorde seg for alvor gjeldende etter at 'krigen mot narkotika' ble iverksatt av president Nixon i 1971. Den ble forsterket av Reagan administrasjonen på 1980-tallet da straffene for bruk og salg av narkotika ble ytterligere forsterket. Det var også Reagans kone, Nancy, som først ytret det kjente slagordet 'Just say no!' som har vært sentralt i forbudslinjen siden.

2.3.2 Legalisering

Den klare motsetningen til nulltoleransetilnærmingen er legalisering/avkriminaliseringstilnærmingen. I følge Sandberg & Pedersen (2005:25) er denne linjen preget av en kombinasjon av rettighetstankegang og konsekvensetikk. Rettighetstankegangen understreker at et individ har rett til å gjøre hva man vil med sin egen kropp. Det er bare når det skader andre at staten skal ha mulighet til å bryte inn (Hunt 2004). På andre siden kan det argumenteres at å ødelegge sitt eget liv med narkotika også går ut over andre, eksempelvis familie og venner.

Det konsekvensetiske argumentet er at *«legalisering vil være det beste ut fra en utilitaristisk tankegang om mest mulig nytte for flest mulig»* (Sandberg & Pedersen 2005:26). Her kan man trekke inn konsekvensene av «krigen mot narkotika» for å illustrere. I Mexico har ca 50 000 liv gått tapt de siste seks årene i kamper mellom politi og organisert narkotikakriminalitet (NY Times 2012).

Denne posisjonen er ikke den dominerende i narkotikadebatten. I Norge er det først og fremst Foreningen for en human narkotikapolitikk (FHN), samt ungdomspartier som Unge Venstre og Fremskrittspartiets ungdom (FpU) og røster innad i Sosialistisk Venstreparti og Venstre (undertegnede er en av disse) som har tatt til orde for å legalisere cannabis og avkriminalisere bruk og besittelse av narkotika.

Det er også viktig å påpeke at ordet legalisering i den politiske debatten kan ha ulik betydning. Det må her skilles mellom legalisering og avkriminalisering. Noen ønsker utelukkende å legalisere cannabis, og avkriminalisere andre narkotiske stoffer. Det vil si at cannabis skal kunne selges i et regulert marked, mens stoffer som kokain og heroin ikke skal være lovlige å selge, men at man ikke skal straffes for å bruke dem (avkriminalisering). Den radikale posisjonen her er å legalisere alle narkotiske stoffer. En slik posisjon er mer preget av en prinsipiell rettighetstankegang, mens den moderate posisjonen er mer pragmatisk.

I de landene der narkotiske stoffer er blitt legalisert er det først og fremst cannabis det omhandler. Nederland har lenge vært kjent for sin liberale lovgivning på dette området, men det finnes også relativt nylige eksempler på land eller delstater som har legalisert cannabis. I 2012 ble cannabis lovlige, også til ikke-medisinske hensikter, etter folkeavstemninger i delstatene Colorado og Washington i USA. Det føderale nivået i USA valgte å ikke utfordre dette resultatet (Reuters 2013). Et annet eksempel er Uruguay der en lovgivning som legaliserer bruk av cannabis ble vedtatt i Chamber of Deputies, og det er forventet at Senatet og Presidenten vil godkjenne loven før julen 2013 (The Guardian 2013)

2.3.3 Skadereduksjon

Mellomposisjonen mellom nulltoleranse og legalisering kan kalles en skadereduserende tilnærming. Skadereduksjon er et begrep ofte brukt i den faglige narkotikadebatten, så vel som den politiske. Det finnes flere måter å forstå dette begrepet på. En smal og konkret definisjon av begrepet kan være «*policies and programs which attempt to reduce the risk of harm among persons who continue to use drugs*» (Single & Rohl 1997:43)

Ulempen med denne definisjonen er at den ekskluderer rusfrihet som også kan defineres som skadereduserende i den forstand at en av måtene å redusere skade påført av narkotika er å hindre at mennesker begynner med det i utgangspunktet (Lenton & Singel 1998:214). Dette kan være en interessant prinsipiell definisjonsdebatt, men når skadereduksjonsbegrepet overføres til den politiske virkelighet er det gjennom tiltak som sprøyterom, utdeling av rene sprøyter og heroinassistert behandling som trekkes frem. Samtidig er tradisjonelle etterverns tiltak som bolig og arbeid definert inn under 'skadereduksjon' som en av de fire pilarene i den sveitsiske tilnærmingen (Collin 2002)

For å bedre kunne dekke essensen i skadereduksjon er det derfor ønskelig å finne en noe bredere definisjon. Marlatt et.al. (2012) mener at skadereduksjon er mer en holdning enn et sett av regler eller tiltak. Det er en holdning basert i et humanitært standpunkt og livets verdighet, og det er denne overordnende holdningen som har sørget for

A set of compassionate and pragmatic approaches that span various fields, including public health policy, prevention, intervention, education, peer support, and advocacy. These approaches aim to reduce harm stemming from health-related behaviors (e.g. substance use, risky sexual behavior) that are considered to put the affected individuals and/or their communities at risk for negative consequences (Marlatt et.al 2012:6)

Denne definisjonen tar både til seg rusfrie tiltak som bolig og arbeid, men med sitt fokus på det pragmatiske aspektet beholder kjernen i hvorfor det vokste frem en motkraft til nulltoleransepolitikken.

Når man derimot skal gå i dybden på og forstå heroinassistert behandling som tiltak er definisjonen til Single & Rohl (1997) mer hensiktsmessig med sin avslutning ‘while the user continues to use drugs’, noe som er selve kjernen i et slikt tiltak.

2.3.4 Tilnærming i Norge og Sveits

Tilnærmingene ulike land har til narkotikafeltet er ikke svart/hvitt, og det er viktige nyanser. Det er vanskelig å sette ulike land i «båsene» nulltoleranse, legalisering eller skadereduksjon. Det er lettere å plassere enkeltpersoner eller institusjoner innenfor disse ulike kategoriene.

Allikevel påstår jeg at Sveits har hatt og fortsetter å ha en annen tilnærming til narkotikafeltet enn Norge. Med det mener jeg at den sveitsiske narkotikapolitikken i større grad bygger på en aksept for at målet i større grad omhandler skadereduksjon for både enkeltmennesker og samfunnet. I Norge er målet om ‘rusfrihet’ mer innarbeidet i den offisielle tilnærming til problemet. Jeg vil begrunne dette senere og illustrere det i spesielt kapitlene som omhandler de historiske linjene i de to landene. Allerede nå i oppgaven er det allikevel viktig at leseren vet at jeg mener det er to forskjellige tilnærminger det dreier seg om, som illustreres godt ved

synspunkt på tiltak som heroinassistert behandling, nettopp fordi det er et langt steg vekk fra målet om 'rusfrihet'.

2.4 Det politiske styringssystem og forvaltningsansvar for narkotikafeltet

Det politiske styringssystemet i Norge og Sveits er ytterst forskjellig. Norge og Sveits er på mange måter motpoler og et godt eksempel på to vidt forskjellige måter å strukturere en stat og dens forvaltningsmyndighet på. Norge er en typisk enhetsstat der utgangspunktet er at all makt er konsentrert på det nasjonale nivået gjennom Storting og Regjering. Makten og beslutningsmyndighet som fylkes- og kommuner har er delegert til dem fra staten. Sveits er derimot en føderalstat der mye av makten ligger til kantonene og kommunene. Denne makten er, i motsetning til Norge, nedfelt gjennom den sveitsiske grunnloven. Jeg skal her redegjøre for hvordan disse to landene har strukturert sitt politiske styringssystem med fokus på narkotikafeltet.

2.5.1 Forvaltningsansvaret og viktige beslutningstakere i Norge

I Norge er det er to forvaltningsnivåer som er relevante når vi snakker om rusomsorg: kommunen og staten. Fylkeskommunen hadde tidligere en del av ansvaret staten nå har, men etter at ansvaret for sykehusene ble flyttet til staten i sykehusreformen 1. januar 2002 er ikke lenger fylkeskommunen relevant som aktør i denne sammenheng (NOU nr 5 2006:24). Kommunene og staten har en ansvarsfordeling i rusomsorgen som grovt sett kan karakteriseres slik, og ha her i mente den tidligere oversikten over hvordan narkotikafeltet kan inndeles i forebygging, behandling, skadereduksjon, håndhevelse av loven og ettervern: Kommunene har hovedansvaret for forebygging, skadereduksjon og ettervern, mens staten har ansvar for behandling og håndhevelse av loven.

Ansvaret er allikevel noe overlappende. Staten har den lovgivende myndighet til for eksempel iverksette et skadereduserende tiltak som heroinassistert behandling og i deler av etterverntilbudet, som for eksempel bolig, er staten en viktig aktør når det gjelder å legge til rette for sosial boligbygging, blant annet gjennom Husbanken. Snur vi forholdet er det et mer vanntett skille. Det er helseforetakene (styrt av staten) som har ansvaret for behandlingsplasser, og kommunene kan ikke legge seg opp i politiets prioriteringer. Men

kommunene har et tett samarbeid med både politi og helsemyndigheter for å sørge for at riktige lokale prioriteringer blir gjort. Men alt av formelt ansvar på disse to områdene tilhører staten.

Når det gjelder et tiltak som LAR er også ansvaret delt. Det er spesialisthelsetjenesten (staten) som beslutter inn og utskrivning i LAR, mens selve gjennomføringen og rekvireringen av legemidlene kan overlates til kommunene gjennom primærhelsetjenesten (Bergen kommune.no 2013)

En interessant debatt som dukket opp i Bergen høsten 2013 var spørsmålet om hvorvidt Helse-Bergen, som en statlig aktør, kunne opprette og drifte et sprøyterom innenfor sine lokaler. I Lov om ordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) står det at «etter godkjenning fra departement kan kommunen etablere et sprøyterom» (lovdata.no). I den politiske diskursen har det alltid vært oppfattet at det er kommunene som bestemmer hvorvidt det skal innføres et sprøyterom i den enkelte kommune, men i følge professor Jan Fridthjof Bernt ved Juridisk Fakultet ved Universitetet i Bergen kan staten velge å opprette et slikt tiltak

«Kommunen eller lokalpolitikere har ingen som helst myndighet til å overprøve det et statlig helseforetak bestemmer seg for. Dersom Helse Bergen vil opprette sprøyterom, har det selvfølgelig anledning til det, innenfor de lokalene sykehuset har til rådighet» (Bernt sitat i ba.no/2013)

Viktige beslutningstakerne i Norge er ikke alltid like lett å identifisere. Folkevalgte både i kommunene og på Stortinget er naturlig å trekke frem da det er disse som har siste ordet i hvilken narkotikapolitikk som skal gjelde innenfor sitt forvaltningsområde. At dette har en betydning viser behandlingen og avstemningen om heroinassistert behandling i Arbeiderpartiets stortingsgruppe i mai 2012.

Samtidig skal man ikke undervurdere viktigheten av byråkratiet. De to tidligere helsedirektørene Karl Evang (1938-1972) og Torbjørn Mork (1972-1992) trekkes frem av både Blindheim og Waal (personlig kommunikasjon 2013) som svært sentrale i utformingen av norsk narkotikapolitikk. Jeg kommer tilbake til hvordan i kapittel 6.

2.5.2 Forvaltningsansvar og viktige beslutningstakere i Sveits

Sveits er en konstitusjonell konføderasjon delt inn i tre forvaltningsnivå; føderalt nivå, kantonalt nivå og kommunenivå. Det er et land karakterisert av sitt direkte demokrati gjennom folkeavstemninger, som igjen krever en betydelig grad av deltagelse fra borgerne. Den utøvende makt på det føderale nivået er organisert gjennom Bundesrat, et føderalt råd som inkluderer de største partiene (Büechli & Minder 2001:2). Man kan gjerne sammenligne denne ordningen med formannskapsmodellen i mange norske kommuner og fylkeskommuner. Parlamentet – Bundesversammlung - består av to kammer. Det første er Nationalrat, som består av 200 seter som skal ivareta folkets interesser, der den enkelte kanton fungerer som valgkrets med et antall representanter ut i fra folketall. Det andre kammeret – Ständerat – skal ivareta kantonenes interesser, og består av 46 seter. 20 kantoner sender to, mens seks såkalte halv-kantoner bare sender en hver. Den sveitsiske grunnloven slår fast at parlamentet er den suverene autoritet i konføderasjonen. Church (2004:103) trekker frem at mange allikevel ser på parlamentet som en svak og ineffektiv institusjon som mer og mer mister sin rolle som det grunnloven sier den skal ha.

Det føderale nivået har spilt en viktig rolle i utformingen av landets ruspolitikk. I 1975 vedtok parlamentet en narkotikalov som la stor vekt på nulltoleranse og straffeforfølgelse av bruk og salg av narkotika. Det føderale nivåets anliggende innenfor narkotikafeltet er i hovedsak gjennom lovverket. Hvordan rusomsorgen skal organiseres og hva som skal gjøres er først og fremst et ansvar for kommunene og kantonene. Det finnes allikevel tilfeller der det føderale nivået engasjerer seg når de blir oppfordret til det av kommunene og kantonene. Et eksempel på dette er at det i 1991 ble satt ned et nasjonalt program under Bundesamt für Gesundheit (BAG), et føderalt kontor for folkehelse, med hensikt å utarbeide en ny tilnærming til narkotikaproblematikken (Csete 2010)

Det er flere eksempler på at systemet med direkte demokrati har hatt relevans for narkotikafeltet, senest i 2008 da den sveitsiske befolkningen gjennom en folkeavstemning godkjente den eksisterende ruspolitikken blant annet med heroin assistert behandling med 68 prosent av stemmene. I samme folkeavstemning skulle også velgerne ta stilling til om landet skulle legalisere cannabis. Dette ble nedstemt med 63 prosent av stemmene (BBC 2008) jamfør debatten om de tre tilnærmingene til rusfeltet: nulltoleranse, legalisering og

skadereduksjon i kapittel 2. Dette står som et godt eksempel på at Sveits har valgt en tydelig skadereduserende linje fremfor de to andre.

Det bør også trekkes frem spesielt to viktige folkeavstemninger på dette området på 1990-tallet. I 1997 skulle Sveits ta stilling til hele den politiske narkotikastrategien, den såkalte 'fire-pilar'-strategien. Inkludert i det lå HAB. Denne strategien ble støttet av 70 %. I en folkeavstemning i 1999 ble derimot HAB spesifikt utfordret, og da var det signifikant færre, men allikevel et flertall på 54 % som støttet en videreføring det. Disse folkeavstemningene har vært viktige for å konsolidere den policyen som politikerne hadde vedtatt. Men ettersom folkeavstemninger i Sveits er bindende ville de ført til en avslutning på HAB dersom resultatet hadde blitt et annet.

3. Stabilitet og endring i policy

I denne delen skal jeg redegjøre for det teoretiske rammeverket for oppgaven.

Problemstillingen etterforsker hva som kan bidra til å forklare hvorfor Norge, i motsetning til Sveits, ikke har innført heroinassistert behandling. For å kunne undersøke dette trengs et teoretisk utgangspunkt som tar for seg både hvorfor policy holdes stabilt (Norge) og hvorfor policy endrer seg (Sveits).

For å forklare stabilitet og endring i policy er det noen rammeverk jeg kommer til å konsentrere meg om. Den ene er den historiske institusjonalismen der stivhengighet, tilbakeføringsmekanismer og kritiske faser er sentrale. Det andre er såkalte public policy teorier som består av en rekke ulike rammeverk. Her vil jeg redegjøre for og ta utgangspunkt i Baumgartner og Jones sin Punctuated Equilibrium modell (heretter PE) og Sabatier og Jenkins-Smith sitt Advocacy Coalitions Framework (heretter ACF). Alle disse rammeverkene kan bidra til bedre å forstå hvorfor policy endres eller hvorfor det holdes stabilt.

3.1 Historisk Institusjonalisme

John (2003:483) definerer institusjonalisme som «*the idea that formal structures and embedded norms have an effect on human action*» I følge Thelen (1999:369) er det vanlig å stille mellom tre varianter av institusjonalisme: Rational Choice Institusjonalisme (RCI), Sosiologisk Institusjonalisme (SI) og Historisk Institusjonalisme (HI). Det er den sistnevnte jeg vil gå i dybden på. Hun påpeker videre at det er vanskelig å trekke faste linjer mellom disse variantene og at alle inkluderer elementer som krysser over i hverandre. Jeg vil først si litt om de sentrale elementene i HI før jeg deretter, for best mulig å illustrere hva som skiller disse variantene, gir jeg også en kort redegjørelse for RCI og SI

Greener (2005:62) mener den sentrale påstanden i HI er at «*choices formed when an institution is being formed, or when a policy is being formulated, have a constraining effect into the future*». Han påpeker videre at når en retning er blitt utarbeidet, krever det en signifikant innsats for å endre kursen. «History matters» er et viktig begrep i så måte. En annen måte å se på HI er at valg som er tatt på tidspunkt T influerer valgene som blir tatt på

tidspunkt T+1 (Hogan & Doyle:2009:2013). For eksempel: Når Norge i 1976 vedtok å forby metadonbehandling hadde denne avgjørelsen innflytelse i lang tid fremover for hvorfor dette forbudet fikk bestå.

Rational Choice Institusjonalisme og Sosiologisk institusjonalisme

Gierløff (2010:15) definerer RCI som en form for institusjonalisme som tar «*utgangspunkt i antatte regler for politisk atferd (rasjonelle valg) og undersøker hvordan disse manifesterer seg i praksis under skiftende institusjonelle betingelser*». En av kritikkene mot RCI er formulert av Green & Shapiro (1994) som mener at RCI har produsert elegante teorier, men har bidratt lite til å forklare faktiske observerte hendelser. Teoretikere innenfor RCI påpeker på den andre siden at HI ikke fokuserer på teoribygging, snarere 'telling stories' gjennom å sy sammen detaljer (Thelen 1999:372). Thelen (1999) mener at denne dikotomien mellom de to variantene ofte er overdrevet ettersom begge er opptatt av å generere hypoteser som igjen blir anvendt mot empiriske fenomener. Allikevel sier hun at en viktig forskjell ligger i at RCI ofte ønsker å produsere generelle/universelle teoretiske påstander, mens HI i større grad fokuserer på et begrenset antall case som er bundet sammen i rom og/eller tid (Thelen 1999:373) SI fokuserer i motsetning til RCI på det Steinmo (2001) kaller de «ikke-rasjonelle» aspekter ved aktørers handlinger. Dette er de ideelle og ikke-materielle faktorene, og uformelle institusjoner som normer, ideologier og verdensbilder (Gierløff 2010:16)

3.1.1 Stiavhengighet og tilbakeføringsmekanismer

Stiavhengighet (Path Dependency) har i følge Greener (2005) på relativt kort tid blitt en utbredt begrep innen statsvitenskapen, og er tett knyttet til HI på grunn av sitt fokus på viktigheten av historien når det kommer til de kausale virkningene. I utgangspunktet er stiavhengighet anvendt innenfor økonomien for å forstå hvorfor noen typer teknologier som QWERTY tastaturet kan oppnå fordeler mot alternative teknologier og overkomme dem på lang sikt tiltross for at disse andre alternativene viser seg å være mer effektive. Statsvitere har senere anvendt denne tenkemåten i sitt fagfelt. Thelen (1999:385) sier det på følgende måte:

“What political scientists have taken from this is the intuitively attractive idea that technology, like politics, involves some elements of chance (agency, choice), but once a path is taken, then it can become “locked in”, as all the relevant actors adjust their strategies to accommodate the prevailing pattern”

Tilbakeføringsmekanismer (feedback mechanisms) er viktig for å forstå hvordan en kurs innenfor et politikkområde som allerede er valgt, eksempelvis den norske tilnærmingen til narkotikautfordringen, får effekter som forsterker denne kursen. Tilbakeføringsmekanismer handler i følge Gierløff (2010:18) om «*hvordan politikk får konsekvenser som igjen påvirker den videre politiske prosessen*». Han viser videre til at:

«Aktørers handlinger, identiteter og holdninger tilpasses til og formes av institusjoner. Disse aktørene har derfor investert mye i de eksisterende institusjoner, hvilket gjør at disse blir mer attraktive sett i forhold til usikre hypotetiske alternativer» (Gierløff 2010:18)

3.1.2 Kritiske faser

Der stivhengighet og tilbakeføringsmekanismer er viktige teorier for hvorfor institusjoner ikke endrer seg innenfor HI, er såkalte kritiske faser (critical junctures) vært den primære måten å forklare hvorfor forandring oppstår innenfor dette rammeverket (Hogan & Doyle 2009:201).

«Traditionally, students of institutional change focused on the importance of crisis, situations of large scale public dissatisfaction or even fear stemming from an unusual degree of social unrest and/or threats to national security» (Cortell and Peterson 1999:184 referert i Hogan & Doyle 2009:213)

Kritiske faser bidrar altså til å forklare hvorfor policy endres, noen ganger ganske dramatisk. For å spille videre på det eksempelet jeg nevnte om metadonbehandling; På 1990-tallet begynte Norge å ta bruk metadonbehandling (senere kalt LAR) selv om dette hadde vært forbudt siden 1976. Blindheim og Waal (personlig kommunikasjon 2013) trekker begge frem HIV/AIDS epidemien som en viktig årsak til det. I dette eksempelet kan da introduksjonen av

denne sykdommen være et eksempel på en kritisk fase som gjorde at eksisterende policy ble endret.

3.2 Public policy teorier

I følge John (2003:482-483) ønsker forskeren innenfor public policy å forstå hvorfor avgjørelser som fattes av myndighetene forandres eller er stabile, og hvorfor de varierer fra sektor til sektor. Der noen konsentrerer seg om en institusjon (som en nasjonalforsamling) eller et spesifikt aktivitetsfelt (som velgeradferd) inkluderer public policy teorier hele bredden fra politisk aktivitet til institusjonene: Fra stemmegivning, politiske kulturer, partier, lovgivende forsamlinger, internasjonale byråer og lokale myndigheter, tilbake igjen til de som implementerer og evaluerer politikken som blir utført.

Public policy teorier tar utgangspunkt i policy prosessen. Sabatier (1999:3) påpeker at denne prosessen involverer et ekstremt komplekst sett av interaktive elementer over tid. Han nevner blant annet at ofte er hundrevis av aktører involvert, alt fra interessegrupper til offentlige etater og lovgivende forsamlinger på ulike forvaltningsnivå. Alle disse aktørene kan potensielt ha forskjellige verdier, interesser og ulike policy preferanser. Prosessen kan videre strekke seg over et tiår eller mer. Denne prosessen begynner med at et problem oppstår. Deretter skjer det en implementering av et program for å adressere dette problemet, før det avslutningsvis dukker opp en evaluering om programmet som er innført har fungert etter hensikten. Både innføringen av heroinassistert behandling i Sveits, eller legemiddelassistert behandling (LAR) i Norge kan tjene som slike eksempler

Sabatier (1999) trekker videre frem at mange forskere innenfor dette feltet mener man heller bør studere subsystemet av det gitte policy området, snarere enn et spesifikt offentlig program. Dette nettopp fordi det ofte er så mange forskjellige programmer på ulike forvaltningsnivå innenfor et område. I min tilnærming har jeg derfor ønsket å gå bredt ut, og se på hele rusfeltet i både Sveits og Norge nettopp for å prøve å få en forståelse av hvordan aktørene på feltet interagerer.

Et annet område forskeren innenfor policy prosesser må være klar over i følge Sabatier (1999) er at policy debatter ofte inkluderer tekniske disputer over hvor alvor et problem er, hva som

er årsakene og den sannsynlige virkningen alternativ policy vil ha. Dette vil illustreres godt av for eksempel den faglige debatten i Norge om hvorvidt heroinassistert behandling vil virke, hvem den vil virke for og hvilke fordeler og ulemper det medfører.

En siste kompliserende faktor i policy prosesser Sabatier (1999) trekker frem er at de fleste uenigheter involverer dype verdier og interesser, penger og på et tidspunkt autoritær tvang. For aktørene involvert er det ofte mye på spill, og under slike forhold kan mange falle for fristelsen å selektivt presentere fakta og feilinformere om motstanderens syn.

3.2.1 The Punctuated Equilibrium Model

Punctuated Equilibrium modellen (heretter PE) ble utviklet av Frank Baumgartner og Brian Jones. Den forsøker å forklare en enkel observasjon. Hvorfor skjer det av og til et stort hopp som markerer en stor endring i politikken som føres når politiske prosesser vanligvis er drevet og kjennetegnet av stabilitet og gradvis forandring? (True et.al. i Sabatier 1999) Hvorfor endrer politikken som føres i et system seg av og til raskt fra et stabilt punkt til et annet? (John 2003:488) Den sentrale tesen i teorien at store endringer som markerer et signifikant skifte fra eksisterende politikk kan skje fremfor små endringer hvis forholdene er riktige. Slike forhold kan være når 1) en sak blir definert annerledes eller nye dimensjoner av saken får oppmerksomhet, 2) nye aktører blir involert og 3) saken blir mer fremspringende og får større grad av oppmerksomhet i media og befolkningen. Store endringer trenger ikke nødvendigvis å skje selv om noen av disse forholdene er på plass. Men hvis alle tre inntreffer skjer ofte forandring raskt (Stachowiak 2009).

PE tar utgangspunkt i at stabilitet og forandring er begge viktige elementer i policy prosesser. Videre fremhever PE to relaterte elementer i policy prosesser: saksdefinisjon og agenda setting. Etter hvert som saker blir definert i den offentlige diskursen på forskjellige måter, og saker vokser eller faller på den offentlige agendaen, blir eksisterende politikk enten forsterket eller stilt spørsmål ved. Hvis eksisterende politikk blir forsterket er det bare moderat forandring som er mulig. Hvis den derimot blir stilt spørsmål ved skaper det muligheter for dramatiske endringer (Sabatier 1999)

3.2.2 The Advocacy Coalitions Framework

Advocacy Coalitions Framework (heretter ACF) ble utviklet av Sabatier og Jenkins-Smith (1993). Dette rammeverket fokuserer på interaksjonen mellom pådrivergrupper der hver og en består av aktører fra ulike institusjoner som deler det samme tankesettet om en sak, innenfor subsystemet til et saksfelt (Sabatier 1999:9). ACF ser altså på policy prosessen som «*a competition between coalitions of actors who advocate beliefs about policy problems and solutions*» (Kübler 2001:624). Påstanden er at det eksisterer noen kjerneideer om kausalitet og verdier innenfor politikken, og koalisjoner oppstår fordi interesser linker dem sammen. Slike ideer fører som oftest til at det dannes to til fire koalisjoner, og det er da mulig å kartlegge disse aktørene innenfor et politisk saksområde (John 2003:490)

Innenfor et subsystem tar ACF utgangspunkt i at det er mulig å aggregere aktørene inn i et antall, vanligvis en til fire, koalisjoner som består av mennesker fra forskjellige offentlige og private organisasjoner som 1) deler et sett av normative og kausale overbevisninger og 2) deltar i koordinert aktivitet over tid. Slike koalisjoner består ikke bare av interessegrupper, men også aktører fra byråkratiet, politikere fra ulike forvaltningsnivå og av og til også journalister (Sabatier & Jenkins i Sabatier 1999:120).

Det er også mest nyttfullt å analysere et policy subsystem/felt fremfor et spesifikt offentlig program (Sabatier & Jenkins i Sabatier 1999:119). Eksempelvis er det mer nyttig å se på hele narkotikafeltet, fremfor tiltaket heroinassistert behandling spesielt, for å forstå forandringene på dette feltet.

ACF tar videre utgangspunkt i at aktørene som utgjør disse koalisjonene har et verdisystem som kan deles inn i tre kategorier: en dyp kjerne som består av fundamentale normative oppfatninger om sin visjon for individet, samfunnet og verden, en policy kjerne bestående av kausale oppfatninger og policy posisjoner for å oppnå den dype kjernen. Og til slutt sekundære aspekter som handler om hvordan policy kjernen kan gjennomføres. For å realisere disse målene generert av deres verdisystem prøver disse koalisjonene å påvirke de offentlige institusjonene til å oppføre seg i tråd med deres policy kjerneverdier. (Kübler 2001:624)

3.3 Begrunnelse for valg av teori

Hvordan passer så HI , PE og ACF inn i en oppgave som søker å forklare hvorfor Norge og Sveits er forskjellige på variabelen innføring av HAT? Jeg mener det er grunnlag for å omtale narkotikafeltet, med alle sine underliggende institusjoner innenfor policyfeltene helse, sosial og justis for en institusjon. I likhet med en rekke andre land som valgte både Sveits og Norge på 1960-tallet å ha den tilnærmingen til narkotika som var nedfelt i spesielt Single Convention on Narcotic Drugs 1961 der den overordnede tilnærmingen er å bekjempe «the evils of drug addiction» (Single Convention on Narcotic Drugs 1961). Overordnet har dette «paradigme» blitt gjenstand for både stivhengighet og tilbakeføringsmekanismer i en rekke land, både Norge og Sveits, når det kommer til hvilken politikk som er ført på dette området.

Men på 1990-tallet valgte spesielt Sveits en radikalt annerledes tilnærming, der spesielt innføringen av HAT, sto for et brudd med eksisterende paradigme internasjonalt. For å forklare dette kommer som sagt både kritiske faser innenfor HI og PE modellen fremsatt av Baumgartner & Jones inn som mulige rammeverk for å forstå dette.

Der både HI og PE modellen i stor grad fokuserer på det samme når det kommer til hvorfor policy endres, er ACF en annen måte å forstå policy prosesser på. Jeg kommer først og fremst til å konsentrere meg om det rammeverket HI og PE gir. ACF trekkes allikevel inn for å gi det hele et litt annet lys, men den er her å anse som en supplerende teori for å forstå problemstillingen fra et annet perspektiv. Dette rammeverket vil videre være avgjørende for å forstå hvordan koalisjonene i Norge og Sveits var organisert og hvilken gjennomslagskraft de hadde. Kübler (2001) har allerede gjort en undersøkelse av hvordan ACF passer inn i tilfellet Sveits, så i denne oppgaven vil jeg først og fremst sammenligne hans funn med Norge, og se om det er store forskjeller i hvilke koalisjoner som oppstod og hvilket gjennomslag de hadde.

4. Metodisk tilnærming

I dette kapittelet vil jeg beskrive hvilken metodisk tilnærming jeg har valgt for å besvare oppgavens problemstilling. Som nevnt innledningsvis er oppgaven min en kvalitativ casestudie mellom to land. Jeg vil først redegjøre for casestudiet som metode; hva det er, hvilken type casestudie min oppgave representerer og ikke minst styrker og svakheter ved å benytte denne metoden.

4.1 Casestudie: Definisjon

En casestudie er en av en rekke ulike forskningsdesign som benyttes i sosiale vitenskaper. Andre design kan være historie, eksperimentell og surveys (Yin 2009:2). I likhet med alle forskningsdesign har casestudier en del fordeler og ulemper jeg skal komme tilbake til. Jeg vil her definere hva en casestudie er.

Gerring (2007) påpeker at en casestudie kan ha mange assosiasjoner og knyttes til en rekke ulike aspekter. Eksempelvis at metoden er kvalitativ, small-N, at den bruker en spesiell form for data, at forskningen er holistisk, at den bruker datatriangulering (flere beviskilder) og at datainnsamlingsmetoden er naturalistisk. Han sier at alle disse meningene om hva et casestudie er ikke utgjør en definisjon, det er snarere mer hensiktsmessig å bruke disse for å beskrive ulike former av casestudier. Han prøver seg derimot på følgende kortfattede definisjon

A case study may be understood as the intensive study of a single case where the purpose of that study is – at least in part – to shed light on a larger class of cases – a population (Gerring 2007:20)

En mer spesifikk definisjon gis av Yin (2009) som definerer casestudiet ut i fra hvilket forskningsdesign det er. Han deler definisjonen opp i to der et casestudie kan defineres som

1. A case study is an empirical inquiry that investigates a contemporary phenomenon in depth and within its real-life context, especially when the boundaries and context is not clearly evident

2. The case study inquiry copes with the technically distinctive situation in which there will be many more variables of interest than data points, and as one result relies on multiple sources of evidence, with data needing to converge in a triangulating fashion and as another result benefits from the prior development of theoretical propositions to guide data collection and analysis (Yin 2009:18)

Disse definisjonene deles i to fordi del 1 tar utgangspunkt i hensikten med casestudiet, mens del 2 fokuserer på hva casestudiet inkluderer. Den siste delen kan sies å ligge i nærheten av det Gerring (2007) mener heller bør brukes for å beskrive ulike former for casestudier, ikke som en definisjon.

4.1.1 Hvorfor er casestudie valgt som metode i denne oppgaven?

Yin (2009:8-9) gir en oversikt over hvilke metode det er best å bruke avhengig av hvilket spørsmål forskeren stiller seg. Min problemstilling tar utgangspunkt i et «hva» spørsmål. Casestudier knyttes først og fremst til «hvordan» og «hvorfor» spørsmål, men samtidig understreker Yin (2009) at også casestudie som metode kan knyttes til «hva» spørsmål dersom problemstillingen er forklarende i sin natur, og hypotesene som utledes av studien kan testes videre ved hjelp av andre metoder. Dette mener jeg er dekkende for min oppgave. Jeg kaster et «vidt nett» og prøver derigjennom å gå i dybden på historien til mine to case og finne hva som kan bidra til å forklare forskjellen. Jeg mener derfor casestudie med sitt kvalitative, lav N fokus er en hensiktsmessig måte å gå frem på.

4.1.2 Hvilken type casestudie er denne oppgaven?

Som beskrevet i innledningen av oppgaven er dette en casestudie som på mange måter er komparativt i sin natur. Det er allikevel ikke en komparativ studie av to case med en tilhørende komparativ metode som for eksempel MSSD (Most Similar Systems Design) eller MDSD (Most Different Systems Design). Sveits blir heller et kontrast-case til Norge. Med det

mener jeg at jeg ønsker å se de norske prosessene i lys av en annen prosess som førte frem til et annet utfall.

Det er to årsaker til at jeg har valgt denne tilnærmingen. Den første er at jeg er mer interessert å finne ut hvorfor Norge ikke har valgt å innføre HAB, mer enn jeg er interessert i å finne ut hvorfor Sveits innførte det. Den andre grunnen har en mer praktisk årsak. Ettersom prosessene i Sveits er over 20 år gamle er det vanskeligere å få den samme reliabiliteten (se 4.3 Reliabilitet og validitet) på datamateriale fra Sveits enn fra Norge ettersom prosessene i Norge frem mot 18. mars 2013 (det naturlige slutt punktet for min undersøkelse) er av nyere dato. I tillegg har jeg ikke gode nok tyskkunnskaper til å forstå forholdene i Sveits like godt som i Norge.

Av begge disse grunnene velger jeg derfor å utvide datamaterialet for Norge med dokumentanalyse. I både det norske og sveitsiske eksempelet benytter jeg intervjudata.

4.1.3 Styrker og svakheter ved casestudiet som metode

George & Bennett (2005:19) trekker fremmer fire styrker ved casestudiet som metode. For det første tillater casestudier forskeren å oppnå en høy grad av konseptuell validitet.

For det andre er casestudier gode til å drive frem nye teorier. Dette gjør seg spesielt gjeldende gjennom den kvalitative datainnsamlingen for eksempel intervjuer der spørreeren spør om du tenkte x når du gjorde y, der intervjuobjekter svarer at vedkommende tenkte z i stedet. Min oppgave baserer seg mye på intervjudata og det blir spennende å oppsummere hvorvidt jeg finner noe som andre igjen kan bygge videre på.

Jeg ønsker å forstå hvorfor endringen i Sveits skjedde, og i forlengelsen av det forstå hvorfor denne endringen på samme felt ikke har skjedd i Norge. Her ligger den tredje styrken ved casestudiet i følge George & Bennet (2005), nemlig at man gjennom casestudier detaljert kan utforske kausale mekanismer i individuelle case. Det er i slike studier mulig å ta hensyn til kontekstuelle variabler og andre variabler som påvirker den kausale kjeden. Dette vil være en styrke i et forskningsopplegg som mitt som i utgangspunktet går bredt ut og ikke på forhånd definerer at jeg vil teste x påvirkning på y. Jeg vil snarere finne ut hva som påvirker y, og teste for ulike variabler som jeg har en hypotese om har en effekt. I denne prosessen er det

viktig å identifisere andre variabler som påvirker. Sagt på en annen måte er casestudier nyttige for å finne kilder til politiske endringer (Piersen 1993:596). For det fjerde evner casestudier å romme komplekse kausale mekanismer som komplekse interaksjoner eller stivhengighet. Dette vil også være nyttig i en oppgave der nettopp stivhengighet innenfor institusjonalisme som teoretisk rammeverk er sentralt.

Casestudier har også sine svakheter og begrensninger. En av dem er at casestudier bare kan gi tentative konklusjoner om hvor mye en variabel påvirket utfallet, og hvor generell disse sammenhengene er målt opp mot andre case (George & Bennett 2005:25) En annen begrensning er mangelen på representativitet. Det er derimot heller ikke et mål i casestudier, og det viktigste er at forskeren unngår, og i hvert fall er forsiktig med å hevde at funnene er generaliserbare til større populasjoner (George & Bennett 2005:30). Dette betyr derimot ikke at casestudier ikke kan brukes til såkalt analytisk generaliserbarhet, altså at et casestudie bidrar til å utvide og generalisere teorier (Yin 2009:15)

4.2 Datainnsamling

Det finnes en rekke forskjellige måter å samle inn datamateriale på. Yin (2009) trekker frem seks kilder til datainnsamling i casestudier; Dokumentasjon, archival records, intervjuer, direkte observasjon, deltagende observasjon og fysiske objekter. Jeg skal her gjøre rede for hvilke kilder jeg vil benytte i datainnsamlingen for å besvare oppgavens problemstilling, og begrunne valget av disse.

Dokumentasjon kan være: brev, eposter, møttereferater, diverse administrative dokumenter, formelle studier eller evalueringer av samme 'case' man ønsker å studere, nyhetsartikler og lignende (Yin 2009:103). Yin 2009 trekker frem tre grunner til hvorfor dokumentasjon egner seg som data. 1) verifiserer riktig staving og titler på organisasjoner som kan ha blitt nevnt i intervju, 2) dokumenter kan gi spesifikke detaljer for å utdype informasjon fra andre kilder og 3) inferens

Min datainnsamling vil til dels basere seg på dokumentasjon først og fremst for å kunne benytte andre formelle studier av casene Norge og Sveits. Etersom det sveitsiske case har vekket mye oppmerksomhet, er det også gjort en del casestudier for å forklare hva som

skjedde i Sveits. Her kan Uchtenhagen (2009) og Csete (2010) trekkes frem som eksempler. Disse og andre vitenskapelige arbeider er nyttige både i det teoretiske rammeverket for oppgaven, men også i datainnsamlingen all den tid disse formidler empiri gjennom blant annet beskrivelse av hendelser, når ulike hendelser forekom og hvem aktørene var.

Dokumentasjon i form av slike data er derimot ikke nok. Yin (2009) fremhever at mange er kritiske til den potensielle overvurderingen av dokumenter i casestudie forskning.

En annen kilde for datainnsamling i denne oppgaven er intervjudata. Gjennom intervjuer med ulike aktører i de to landene håper jeg å få en forståelse av hva som gjorde at det ene landet innførte heroinassistert behandling, og det andre ikke.

4.2.1 Intervjudata og intervjuobjekter

Mye av datainnsamlingen i denne oppgaven baserer seg på intervjuer med aktører i både Sveits og Norge. Hensikten med intervjuene i Sveits er få en forståelse av hvordan Sveits gikk fra å ha en av de mest restriktive narkotikalovene i Europa til å bli det første landet som delte ut medisinsk heroin på klinikker. Jeg har ønsket å snakke med aktører som kan belyse denne prosessen fra ulike fagbakgrunner.

Intervjuene i Norge er gjort med på aktører som har innsikt i de lange linjene i norsk narkotikapolitikk og utvikling på feltet, og med en aktør (tidligere helseminister Bjarne Håkon Hansen) som satt tett på prosessen da heroinassistert behandling ble løftet på den politiske dagsorden. Det er derfor naturlig å klassifisere disse intervjuene som såkalte ekspertintervju der respondenten sitter på spesialisert kunnskap og ekspertise innenfor sitt yrke. Bogner et.al (2009:52) trekker frem at eksperters ekspertise i en slik sammenheng består av: 1) teknisk kunnskap, en forståelse av hvordan ting fungerer, 2) prosesskunnskap, dette i form av en analytisk forståelse av hvorfor prosesser fungerer som de gjør i han eller hennes yrke og 3) fortolkende kunnskap, gjennom respondentens subjektive oppfattelser av profesjonelle sammenhenger og personlige meninger om disse.

Intervjumetoden jeg baserer meg på er det semistrukturerte intervju (halvstrukturerte). Denne intervjuformen kjennetegnes ved at det er satt opp en del tema og forhåndsforberedte

spørsmål på forhånd, men at hverken rekkefølgen eller detaljene i spørsmålsformuleringene er fastlagt på forhånd (Ryen 2009:99).

For å samle inn disse dataene begynte jeg tidlig i prosessen å planlegge en feltstudietur til den største byen i Sveits, Zürich. Denne byen ble valgt fordi den hadde de største utfordringene knyttet til narkotika på 1980 og 90-tallet, samt at det var her endringen av politikken på feltet til nasjonale myndigheter startet.

Den største utfordringen i forberedelsene til feltstudien til Zürich var mangel på kontaktnettverk og oversikt over hvem jeg burde snakke med. Gjennom kommunaldirektøren for sosial, bolig og områdesatsing i Bergen kommune, Magne Ervik, fikk jeg kontaktinformasjonen til Michael Herzig, som er leder for rusetaten og heroinprogrammet i Zürich. Jeg kontaktet Herzig, og spurte han hvilke aktører som best kunne kaste lys over den sveitsiske prosessen. Han hjalp meg deretter å sette opp intervjuavtaler med ulike personer. I tillegg til å intervjuer Herzig, i kraft av hans rolle som byråkrat og ansvarlig for rusomsorgen i byen, intervjuet jeg også disse tre:

- Ambros Uchtenhagen. Professor ved Institut für Sucht und Gesundheitsforschung (ISGF) i Zürich. Uchtenhagen har skrevet en rekke artikler om den sveitsiske forandringen innen narkotikafeltet, eksempelvis Heroin-assisted treatment in Switzerland: a case study in policy change (2009) og The roles of coalitions in drug policy (2011). Han har vært en sentral figur i den sveitsiske narkotikadebatten siden 1970-tallet
- Dr. Adrian Kormann. Sjefslege på ARUD (Arbeitsgemeinschaft für Risikoarmen Umgang mit Drogen) som er en privat/ideell klinikk som drifter et av heroinprogrammene i Zürich
- Beat Rhyner. Sjef for narkotikapolitiet i Zürich.

Til sammen representerer disse fire aktørene fire ulike bakgrunner, en sosialarbeider/byråkrat (Herzig), en lege (Kormann), en akademiker (Uchtenhagen) og en politimann (Rhyner). Jeg mener dette gir et mangfoldig utvalg av aktører, men jeg skal vokte meg vel for å generalisere. Eksempelvis kan en annen lege ha andre meninger eller oppfattelser av hva som skjedde enn Dr. Kormann.

Jeg besøkte Zürich i perioden 3-8 desember 2012. I tillegg til intervjuene med de nevnte personene fikk jeg også omvisning på to av heroinklinikkene, samt at en lokalkjent person jeg kjente fra før viste meg rundt på de to tidligere russcenene, Platzspitz park og Leiten, før jeg begynte på intervjuene. Han hadde vokst opp i Zürich og gav meg et bilde av hvordan situasjonen hadde vært mens han viste meg rundt. Det var nyttig å se stedene som femten-tjue år tidligere hadde vært i sentrum av begivenhetene i rusdebatten med egne øyne. Eksempelvis gjorde jeg meg her observasjoner jeg senere kunne spørre intervjuobjektene om.

I Norge har jeg valgt tre personer jeg har gjennomført intervjuer med. Utgangspunktet for valg av intervjuer i Norge var å dekke følgende behov. 1) Rusfeltet historisk og i dag, og 2) innsikt i de politiske prosessene som førte frem til at Stortinget 18. mars vedtok ikke å innføre heroinassistert behandling

De tre personene jeg har intervjuet i Norge er

- Helge Waal. Professor i psykiatri tilknyttet UiO med rusmisbruk og avhengighet som fagfelt. Kjent som 'faren' til LAR-systemet, og var sentral i debatten i Norge da Stortinget i 1997 vedtok å innføre et nasjonalt system for LAR.
- Bjarne Håkon Hansen. Tidligere helse og omsorgsminister i Norge (2008-2009). Hansen var den ministeren som løftet debatten om heroinassistert behandling, og nedsatte i 2009 Stoltenberg-utvalget som bl.a. fikk i oppdrag å utrede hvorvidt dette burde innføres i Norge.
- Martin Blindheim. Seniorrådgiver i Helsedirektoratet

Jeg ønsket også å intervju Thomas Breen som er fraksjonsleder for Arbeiderpartiet i Helse og omsorgskomiteen på Stortinget, men han har ikke besvart mine henvendelser. Jeg har også henvendt meg til Audun Lysbakken (leder SV, og medlem i helse og omsorgskomiteen), men på grunn av stor arbeidsmengde kunne han dessverre ikke stille til intervju. Det er en utfordring for oppgaven at jeg ikke har fått samlet inn data i form av intervjuer med sentrale politikere i arbeidet med regjeringens rusmelding, men jeg har heller valgt å ta utgangspunkt i dokumenter i form av medieoppslag og argumentasjon fra Breen m.fl. i disse.

En utfordring jeg har merket knyttet til å bruke intervju som kilde til datainnsamling er at det er vanskelig å finne det ideelle tidspunktet å gjennomføre intervjuene på. Etter hvert som arbeidet med oppgaven har skredet frem har også mitt eget kunnskapsnivå om tematikken økt parallelt. Gjennomfører man intervjuene for tidlig risikerer man at det i ettertid oppdages at det gjerne var andre formuleringer man skulle brukt eller nye spørsmål man skulle stilt. Gjennomfører man derimot intervjuene sent i prosessen når kunnskapsnivået er enda høyere risikerer man at man ikke har tid nok til å bearbeide dataene til analysen. Denne utfordringen gav seg spesielt utslag i at jeg på tidspunktet jeg gjennomførte intervjuene ikke hadde helt klart for meg hvilke aspekter jeg ønsket å gå i dybden på. Derfor kastet jeg et vidt nett i spørsmålene mine med den hensikt å fange opp de fleste aspekter som kunne være interessante, men det har naturlignok også den effekt at en del problemstillinger som ble luftet der ikke har blitt gjenstand for en dypere analyse.

Jeg valgte å gjennomføre innsamlingen av intervjudataene ganske midtveis i prosessen ved å reise til Zürich før jul og til Oslo gjennom to turer i januar og februar. En av fordelene med min politiske interesse for dette feltet fra før av har vært at jeg er relativt kjent med narkotikafeltet slik at jeg følte det var forsvarlig å gjennomføre disse intervjuene da. Samtidig ser jeg i ettertid at det er andre ting jeg gjerne skulle spurt informantene om, men dette er gjerne vel så mye på grunn av interessant informasjon jeg har fått fra andre informanter.

Jeg kommer til å anvende intervjudataene i oppgaven er på to måter. Noen ganger vil jeg med egne ord gjengi essensen i hva informantene opplyste om. Dette vil spesielt være tilfellet hvis de kommer med rene faktaopplysninger. I andre, og de fleste tilfeller, vil jeg gjengi ordrett hva de har sagt, ofte i lengre sitater. Dette for på en best mulig måte å presentere sammenhengen i hva som ble sagt.

De transkriberte intervjudataene legges ikke ved oppgaven, men er tilgjengelig hos forfatteren for de som er interessert i dem. Intervjuguiden presenteres i Appendix A

4.2.2 Dokumentanalyse

En annen kilde til data jeg benytter er dokumentanalyse. Yin (2009:103) trekker frem en rekke eksempler på hvilke dokumentasjon det kan være snakk om: brev, epostkorrespondanse,

møtoreferat, administrative dokumenter, studier eller evalueringer av det samme case man studerer, nyhetsartikler etc. Jeg kommer til å benytte meg av tre former for dokumentasjon: tidligere studier av narkotikapolitikken i Sveits og Norge, nyhetsartikler og administrative dokumenter først og fremst gjennom høringssvar fra ulike aktører.

Yin (2009:103) påpeker videre at selv om slike dokumenter er nyttige er de ikke nødvendigvis alltid like presise, og kan være preget av en slagside og subjektivitet. Nyhetsartikler kan være et eksempel på dette der journalisten ofte har en spesifikk vinkling på et fenomen, og ikke alle sider av en sak belyses. Det er derfor viktig å bruke slike data med forsiktighet, og hele tiden opprettholde en kritisk holdning til at innholdet ikke trenger å være den korrekte fremstillingen av et hendelsesforløp.

4.3 Reliabilitet og validitet

Jeg skal her vurdere reliabiliteten og validiteten til datamaterialet jeg har samlet inn og benytter. Reliabilitet er et mål på hvor pålitelig datamaterialet er, mens validiteten refererer til datamaterialets gyldighet for problemstillingen/ene som undersøkes (Grønmo 2004:220-221). I følge Ryen (2002:176) er begge disse kvalitetskriteriene kontroversielle fenomener innen kvalitativ forskning. Når man eksempelvis benytter intervju kan ulike personer gi forskjellige konstruksjoner av virkeligheten, og i en slik situasjon mener hun at disse kriteriene er et forsøk på å oppnå en kunstig konsensus. Nettopp utfordringer med bruk av intervju som kilde til datainnsamling vil være sentral når jeg nå skal redegjøre for datamaterialets reliabilitet i oppgaven.

4.3.1 Datamaterialets reliabilitet

Reliabilitet kan deles opp i to hovedtyper: stabilitet og ekvivalens. Grønmo (2004:222) definerer disse to slik:

Mens stabilitet dreier seg om samsvar mellom datainnsamlinger på ulike tidspunkter, er ekvivalens basert på samsvar mellom innbyrdes uavhengige datainnsamlinger på samme tidspunkt

Stabilitet

Jeg bruker intervju som kilde til datainnsamling i begge mine case. Når det gjelder stabilitet er det en utfordring at jeg gjennom intervjuer med ulike aktører prøver å kartlegge hva som historisk har skjedd 10, 20 eller 30 år før selve intervjuet fant sted. Et eksempel på det er følgende spørsmål hentet fra intervjuguiden min benyttet på mine sveitsiske intervjuobjekter

So how would you describe the Swiss drug policy in the 70s, 80s and early 90s before the four pillar strategy?

Et slikt spørsmål legger opp til at intervjuobjektet skal trekke frem en historisk beskrivelse av situasjonen flere tiår tilbake. Noen av dem var også da sentrale aktører på feltet og sitter med mer førstehåndsinformasjon om hva som skjedde, mens andre gjerne baserer sin fremstilling på forhold de har lest eller hørt om. Poenget er at intervjuobjektet kanskje ville vektlagt andre momenter, eller sagt noe på en annen måte, hvis jeg hadde intervjuet vedkommende rett etter de sentrale hendelsene i Sveits, spesielt på 1990-tallet, enn nå, over 20 år senere. Enten fordi historiens lys har gjort at deres beskrivelse av situasjonen nå er annerledes enn hvordan de ville beskrevet den da, eller rett og slett fordi hukommelsen ikke er den samme. Hvis noen andre ville intervjuet de samme intervjuobjektene som jeg gjorde om de samme fenomenene om 10 år vil dette kanskje igjen endre seg. Dette er en utfordring når det kommer til den delen av reliabilitet som omhandler stabilitet.

Ekvivalens

I denne oppgaven benytter jeg også data som er samlet inn av andre i form av å referere til forskjellige artikler innenfor samme felt. Eksempelvis tar jeg utgangspunkt i artikkelen til Joanne Csete (2010) der hun bruker intervju med aktører i Sveits som et viktig grunnlag for sin datainnsamling. Hun viser i sitt metodekapittel til intervjuer hun har hatt med 19 personer i mars 2010. Av disse 19 er det en som har overlapp med min oppgave: Dr. Ambros Uchtenhagen.

4.3.2 Datamaterialets validitet

Reliabiliteten er ikke det eneste målet på datakvalitet. Det er fullt mulig å ha en høy reliabilitet med pålitelige data, men en lav validitet. Validitet referer som nevnt til datamaterialets gyldighet til de problemstillingene som belyses.

Grønmo (2007) viser til at validitetsbegrepet er mindre presist og mer omfattende enn reliabilitet, og at hvilke typer av validitet som bør vektlegges også varierer mellom kvantitative og kvalitative forskningsopplegg. Her skiller Grønmo (2007) og Ryen (2002) litt lag i vektlegging av hvilke kriterier som skal legges vekt på. Grønmo trekker frem kompetansevaliditet, kommunikativ validitet og pragmatisk validitet som de tre kriteriene som er mest vanlig innenfor kvalitative forskningsopplegg. Ryen vektlegger i større grad intern og ekstern validitet som viktig også innenfor kvalitative studier, mens Grønmo kategoriserer det innenfor eksperimentelle studier.

Ettersom det er noe uenighet i hvor relevant intern og ekstern validitet er innenfor det kvalitative forskningsopplegget velger jeg å redegjøre for hva det er og i hvilken grad mitt forskningsopplegg tilfredsstillende kravene innenfor disse validitetstypene.

Intern og ekstern validitet

Intern validitet dreier seg i følge Grønmo (2007:233) om «hvorvidt eksperimentet i seg selv er gjennomført på en tilfredsstillende måte, slik at konklusjonen om årsakssammenhengen er gyldig under de kontrollerte undersøkelsesbetingelsene». Ryen (2002:178) definerer det som «i hvilken grad forslag til årsakssammenhenger støttes i en studie i en bestemt retning der forskerens oppgave blir å avvise alle potensielle trusler. Begge påpeker med andre ord at intern validitet handler om hvor gyldige årsakssammenhengene innenfor forskningsopplegget som gjennomføres er.

Ekstern validitet sikter i følge Ryen (2002:179) til «hvorvidt årsakssammenhengene holder også i andre settinger». Spørsmålet er om forskningen kan sies å bli brukt til generalisering, og si noe om reelle samfunnsmessige forhold (Grønmo 2007:233)

En kvalitativ casestudie prøver først og fremst å forklare hvorfor noe er tilfelle innenfor det case/ene som studeres. I 1.5 Hvorfor Norge og Sveits forklarer jeg at Norge og Sveits kan

sees på som representanter for ulike klynger av land som er ulike på oppgavens avhengige variabel. Denne oppgaven søker ikke å lage en generell teori om hva som fører til at et land har innført tiltaket HAB, mens andre ikke har det. Det kan meget vel hende at det finnes noen årsakssammenhenger som er lik mellom Sveits, Nederland og Tyskland for eksempel som har ført til at alle disse har innført HAB, på samme måte som det kanskje også eksisterer i land som Norge, Sverige og Frankrike, som ikke har innført det. Det er derimot etter mitt syn en kvantitativ studie bedre egnet å svare på.

Kompetansevaliditet, kommunikativ validitet og pragmatisk validitet

Kompetansevaliditet referer i følge Grønmo (2007:234) til «forskerens kompetanse for innsamling av kvalitative data på det aktuelle forskningsfeltet». Det ligger i sin natur at kompetansevaliditeten i en masteroppgave er lavere enn i et forskningsopplegg til for eksempel en erfaren forsker som har jobbet på samme felt i en årrekke. Som referert i *1.3 Min egen rolle* er narkotikafeltet et område jeg politisk sett har interessert meg i lenge, og har fulgt en stund blant annet gjennom mitt politiske verv som medlem av helse og sosialkomiteen i bystyret i Bergen. Det har til en viss grad gjort det lettere for meg å raskt få en oversikt over feltet i kontekst av denne masteroppgaven, og vite hvilke nøkkelpersoner, i hvert fall innenfor det norske eksempelet, som vil kunne belyse problemstillingen. På den måten kan man kanskje si at kompetansevaliditeten i denne oppgaven er høyere enn hvis jeg skulle skrevet en oppgave om dette feltet uten tidligere ha en viss kompetanse på det. Samtidig må det understrekes at jeg ikke har noen annen kompetanse innenfor teori og metode enn den jeg har tilegnet meg studiene i bachelor og masterprogrammet i sammenlignende politikk ved Universitetet i Bergen.

Kommunikativ validitet bygger på diskusjon mellom forskeren og andre om hvorvidt datamaterialet i oppgaven evner å kunne adressere problemstillingene i en studie (Grønmo 2007:235). For mitt vedkommende har den viktigste samtalepartneren i denne forbindelse vært min veileder Lars Svåsand. Jeg har i tillegg hatt en samtale med Svanaug Fjær fra Universitetet i Stavanger som tidligere har veiledet andre masterstudenter i oppgaver med lignende tematikk. I den tidligere fasen av oppgaven drøftet jeg også problemstillingen med forskjellige personer som har fulgt spesielt norsk narkotikapolitikk over tid i ulike roller.

Disse var Geir Jetmundsen (journalist i Bergens Avisen), Frode Bjerkestrand (kommentator i Bergens Tidende) og Erling Pedersen (leder Fagrådet innen rusfeltet).

Jeg har ikke hatt tidligere samtaler med mine intervjuobjekter i Norge og Sveits med unntak av dialog via mail. Grønmo (2007:235) trekker frem at det er vanlig at materialet diskuteres med kildene selv og dersom de kjenner seg igjen i beskrivelsene og forskerens framstilling kan man si at validiteten kan sies å være høy. Til en viss grad har jeg som sagt hatt en slik dialog på forhånd der jeg beskrev hva min problemstilling var og hvorfor jeg mente det var et poeng å snakke med nettopp dem. Men jeg har ikke hatt dialog med dem rundt de konkrete spørsmålene som ble stilt før selve intervjuet.

Den siste formen for validitet Grønmo (2007) trekker frem som særlig relevant innenfor kvalitative studier er *pragmatisk validitet* som er et uttrykk for «i hvilken grad bestemte hendelses- eller handlingsforløp kan påvirkes av studien» (Grønmo 2007:236) Vurderingen av dette må sees i sammenheng med både 1.3 Min egen rolle og 1.4 Oppgavens relevans. Som nevnt i 1.4 håper jeg forskning på hvorfor ulike land velger ulike løsninger innenfor dette feltet kan bidra til at fremtidens policy avgjørelser fattes på et mest mulig informativt grunnlag. Det er som understreket tidligere ikke denne oppgavens hensikt å vurdere hvilke tilnærming som er den «riktige» å velge ei heller vurdere effekten av tiltaket heroinassistert behandling annet enn å beskrive resultater av det som er direkte relevant for å forstå oppgavens problemstilling.

4.4 Hypoteser og operasjonalisering

For å prøve å besvare problemstillingen er det fire hypoteser jeg ønsker å teste. I tillegg vil jeg avslutningsvis i oppgaven presentere noen andre mulige forklaringer som jeg ikke har gått i dybden på, men som allikevel kan være like relevante som de jeg nå presenterer. Valgene av disse hypotesene har først og fremst med at det er de mest interessante i kontekst av mitt teoretiske rammeverk. Under hver problemstilling gir jeg en kort redegjørelse for hvordan jeg ønsker å operasjonalisere disse, samt hvilke teorier som anvendes

H1: *Omfanget av problemene knyttet til narkotika var mer alvorlig i Sveits enn i Norge*

For å undersøke denne hypotesen er det nødvendig å definere hva som menes med «problemene knyttet til narkotika». Det kan selvfølgelig være en rekke forhold, og jeg kommer ikke til å gå inn i alt. Jeg velger å trekke ut fire forhold som jeg her definerer som problemer knyttet til narkotika: 1) HIV/AIDS smitte, 2) overdosedødsfall, 3) omfang av åpne russcener med tilhørende problemer knyttet til kriminalitet og 4) imageproblem for landet. I denne hypotesen er spesielt kritiske faser og Punctuated Equilibrium viktig å ha i mente. Her vil HI (spesielt kritiske faser) og PE trekkes inn som teori

H2: De norske fagmiljøene var og er mindre åpne for å prøve ut HAT enn hva tilfellet var i Sveits

Denne hypotesen vil bli operasjonalisert ved å se på høringssvarene fra interesseorganisasjoner og fagfolk/institusjoner til Stoltenberg-utvalgets rapport, og supplert med data fra mine norske intervjuobjekter. Dette vil bli sammenlignet med datamaterialet fra mine sveitsiske intervjuobjekter. HI (spesielt tilbakeføringsmekanismer og stivhengighet) trekkes inn som teori i analysen av denne hypotesen

H3:Koalisjonene for en ny policy tilnærming var bredere og hadde mer gjennomslag i Sveits enn i Norge

Her vil jeg ta utgangspunkt i Kübler (2001) og Uchtenhagen (2011) for å skissere hvordan koalisjonene i Sveits var i kontekst av ACF. Deretter vil jeg se på de nevnte høringssvarene, samt intervjudata for å se om disse koalisjonene i Norge var annerledes enn i Sveits, og på hvilken måte

5. Sveits

Frem til tidlig på 1990-tallet hadde Sveits en relativ lik tilnærming til narkotikaproblematikk som de fleste andre europeiske land. Narkotikabruk ble møtt med politiaksjoner og høye straffer, og den vanlige oppfatningen blant politikere så vel som innbyggerne var at dette var en lovmessig utfordring, ikke en helseutfordring. Mellom 1992 og 1995 endret derimot Sveits dramatisk sin tilnærming. I dag blir Sveits brukt som et suksesseksempel av mange som promoterer forandring av narkotikapolitikken i sine hjemland. Hva skjedde egentlig i dette lille landet midt i sentrum av Europa? Hva var det som gjorde at Sveits gikk fra å være et land med en svært restriktiv narkotikapolitikk, til å bli et land der det offentlige gir heroin til rusavhengige? For å forstå dette må vi se på historien til narkotikapolitikken i Sveits

5.1 Fra privat affære til kriminalisering: 1960 -1975

Frem til 1960-tallet ble narkotikabruk sett på som en privat affære i Sveits. Michael Herzig formulerer det slik:

“Until the late 60s in Switzerland drug consumption was a private affair. The law towards drug use wasn’t especially repressive. Police didn’t even have drug units at the time (...) Since the 1920s and 1930s drug use was quite common, but in certain social circles it was something of an avant-garde thing like using cocaine, opium and so was quite popular among doctors, among cultural scenes and so on, like in any other country. (...) Drug consumption was considered self-harming behavior. And self-harming behavior wasn’t forbidden”

(Herzig, personlig kommunikasjon 2012:2)

I likhet med store deler av Europa og USA opplevde også Sveits en motkulturbevegelse på 1960-tallet. Denne bevegelsen ble assosiert med en utbredt bruk av narkotiske stoffer.

Ungdom krevde frihet til alternativt tankesett og aktiviteter. En av hovedmåtene å uttrykke dette på kom i form av narkotikabruk, spesielt gjennom bruk av cannabis og amfetamin

(Uchtenhagen 2009:29). Herzig forklarer:

“With the 68 movement and the turning into the 1970s drug use grew more popular. It went from the avant-garde scene to spreading out into society (...) The political discourse started to change perspective on drugs. Suddenly drugs weren't considered a private thing; it was considered a danger to the state, because drugs were linked to this social movement which was also political (...) Suddenly drug use is a political thing. The left said we have to promote it, and the right said we have to fight it” (Herzig personlig kommunikasjon 2012:2)

I 1972 kom det første heroinrelaterte dødsfallet, og heroin begynte etter hvert å gjøre sin inntreden i landet. Sveitsisk ungdom med trøblete familie og utdanningsbakgrunn begynte i større grad å injisere og bli avhengig av heroin (Uchtenhagen 2009:30, Uchtenhagen, personlig kommunikasjon). Myndighetenes respons på dette kom gjennom en ny føderal narkotikalov i 1975 som førte til en signifikant økning i arrestasjoner og politiaksjoner. Denne loven baserte seg på nulltoleransetilnærmingen, og avviste blant annet utdeling av rene sprøyter og innførte strengere krav for å utskrive metadon som behandling for heroinavhengighet (Csete 2010:13).

5.2 Utvikling etter narkotikaloven: 1975 – 1990

Etter 1975 utviklet situasjonen seg til det verre. En av konsekvensene av den strenge loven var i følge Herzig (personlig kommunikasjon 2012) at kriminelle nettverk overtok, og tjente store penger på at narkotikabruk og salg ble møtt med strenge straffer.

“Because the punishment was so high it became dangerous. And if something is dangerous the risk is getting bigger and the prices rise (...) After 1975 until the late 80s and the mid 90s you see a constant rise of drug prices” (Herzig, personlig kommunikasjon 2012:3)

En annen utvikling var at antallet heroinavhengige steg dramatisk, og med det også åpne russcener. Mange av de som brukte heroin benyttet dette stoffet primært som en virkelighetsflukt fra sin trøblete tilværelse og bakgrunn, og de prøvde å finne kontakt med likesinnede. Dette gjorde at det var en stor strøm av heroinavhengige fra rurale områder, og inn til store byer. (Uchtenhagen 2009:30).

På 1980-tallet hadde Sveits det største antallet heroinavhengige i Europa (Uchtenhagen, personlig kommunikasjon). En by som ble spesielt hardt rammet var Zürich. Da den nye narkotikaloven ble innført i 1975 var det 4 000 rusavhengige i Zürich. I 1985 var det 10 000. Dette økte til 20 000 i 1988 og toppet seg i 1992 til rundt 30 000 (Csete 2010, Grob 2009). I desperasjon for å kontrollere kriminalitet og begrense helseskader besluttet myndighetene i byen i 1987 at rusavhengige kunne oppholde seg i et begrenset område av byen, Platzspitz park. Dette var en park midt i sentrum rett utenfor jernbanestasjonen. Denne parken ble senere kjent som 'Needle Park' etter en artikkel i The New York Times 27. september 1990:

“Zürich’s needle park is a place feverishly occupied 24 hours a day with the business of buying, selling and using, a place with the bustle of the bazaar and the spirit and tattered splendor of a 1960’s rock concert (...) Social and medical workers estimate that about 300 to 400 heavy drug users live in the park without shelter, toilets or showers, and that as many as 3 000 others pass through daily to buy and use drugs” (The New York Times, 1990)



Bilde 1 Platzspitz Park desember 2012 Foto: Erlend Horn

Den samme tendensen så man i andre sveitsiske byer. Tankegangen gikk ut på å tillate rusavhengige å oppholde seg i parker fordi det var mindre forstyrrende for nabolag, der politiet kunne lett observere miljøet og det var bedre adgang for nødtjenester når overdoser

oppstod (Uchtenhagen 2009:30). Kübler (2001:631) påpeker at en viktig grunn til at slike russcener oppstod var fordi mange rusavhengige var lei av å bli jaget rundt og etablerte det de selv kalte «stress-free zones» hvor de kunne innta narkotiske stoffer uten frykt for innblanding av politiet. Og i noen år var det også til en viss grad slik, blant annet i Platzspitz park.

Adrian Kormann beskriver bakgrunnen for hvorfor politikerne i Zürich hadde akseptert dette i 1987, og fortsette å akseptere det, slik:

“Our politicians here in Zürich they accepted the open drug scene in this big park down here because they thought that after the 70s and 80s when the drug addicts were chased through the city and always when they gathered in some square the police came after one or two days, and chased them away and they went to another place. After this not successful strategy it was first thought to be a good idea from the politicians to let these drug addicts be in the park, leave them alone there. And at first it was more quiet in the city, and only after a few months or one year the open drug scene became more and more criminal.”
(Kormann, personlig kommunikasjon 2012:2)

Samtidig som narkotikaproblemene økte dukket en forverrende faktor opp i form av HIV/AIDS epidemien på 1980-tallet. Sveits ble spesielt hardt rammet, og mellom 1985 og 1995 lå landet høyest i Europa i HIV/AIDS tilfeller (Uchtenhagen 2009:30) Av de rusavhengige i Platzspitz park anslo Dr. Peter Grob i 1990 at 35 prosent var infisert av AIDS viruset (The New York Times, 1990). For å beskytte rusavhengige mot denne sykdommen ble vaksineprogrammer iverksatt og den kantonale lovgivende forsamlingen i Zürich stemte for at man kunne dele ut rene sprøyter (Csete 2010). Dette var for å hindre at

Viktige hendelser

1972: Første heroindødsfall

1975: Ny føderal narkotikalov vedtatt

1985: HIV epidemien oppstår. Sveits ligger på topp i tilfeller i Europa fra 1985-95

1987: Russcenen ved Platzspitz park i Zürich oppstår

1992: Platzspitz stenger, ny russcene oppstår ved Letten

1992: Forsøksprosjekt med HAB godkjennes av føderalt nivå

1992: Overdosedødsfallene når 419, høyest i sveitsisk historie

1994: Forsøksprosjekt med HAB starter på 16 steder

1994: ‘Fire pilar-strategien’ vedtatt som offisiell politikk av det føderale råd

1996: Forsøksprosjektene avsluttes og evalueres

1997: Folkeavstemning om ‘fire pilar-strategien’. 70 % vil videreføre

1998: Det føderale råd vedtar et permanent lovverk for HAB.

Utfordres i folkeavstemning

1999: 54 % støtter HAB i folkeavstemning

2008: Folkeavstemning om ‘fire pilar-strategien’. 68 % støtter videreføring

rusavhengige skulle bruke skitne sprøytespisser som gjerne var infisert med HIV. Dette skulle vise seg å være viktig for den senere utviklingen fordi det betydde å ta et steg vekk fra den nulltoleransetilnærmingen som frem til da hadde vært nærmest enerådende (Kübler 2001:631).

5.3 Ny tilnærming 1990 – 2013

Mot slutten av 1980-tallet/begynnelsen av 1990-tallet skulle kursendringen mot dagens tilnærming begynne. En av de første, og viktigste, stegene mot en endring kom da de tre store partiene: De Liberale, Sosialdemokratene og de kristenkonserverne ble enige om en felles nasjonal plattform. De ønsket å overkomme polariserte posisjoner og redusere konsekvensene av narkotikabruk. Arbeidet med en slik plattform begynte i 1989/1990, og ble endelig lansert i 1994. (Uchtenhagen 2009:31).

Før den tid kom initiativene først og fremst i byene selv. Det sveitsiske bynettverket (Städteverband) tok til orde for forandring. Legen og bystyremedlemmet i Zürich Dr. Emilie Lieberherr var sentral i så måte. I 1989 presenterte hun et strateginotat for en ny politikk, og på bakgrunn av dette formulerte bystyret i Zürich i 1990 den såkalte ‘fire pilar strategien’, som inkluderte skadereduksjon. I 1991 tok føderale myndigheter, på oppfordring fra kantonene og lokale myndigheter, initiativ til en ny narkotikapolitikk (Uchtenhagen 2009:31) Et nasjonalt program under The Federal Office of Public Health ble deretter startet (Csete 2010). Hensikten med dette programmet var å vurdere situasjonen og komme med forslag til tiltak som kunne bedre det som flere og flere mente var en feilet politikk. Et av tiltakene som hadde blitt diskutert på lokalt nivå var såkalte injiseringsrom, der rusavhengige kunne injisere heroin uten fare for straffeforfølgelse og med helsepersonell tilstede (Csete 2010). Forslag om dette i Zürich og Saint Gall hadde blitt nedstemt i lokale folkeavstemninger i henholdsvis 1990 og 1991 (Kübler 2001). I Bern hadde man på samme tidspunkt tillatt et slikt tiltak (Csete 2010).

5.3.1 Implementering av heroinassistert behandling og fire pilar strategien

I 1989 fikk et medlem av en undergruppe av the Federal Narcotic Commission, Dr. Anne Mino, i oppdrag å vurdere alle tidligere erfaringer med medisinsk eksperimentering med

heroin og morfinutdeling andre steder i verden. Hennes konklusjon var at ytterlig eksperimentering var ønskelig, og hun ga sin anbefaling om dette til de føderale myndighetene gjennom the Federal Office of Public Health (Uchtenhagen 2009:32).

I 1992, etter at en rekke eksperter innenfor narkotikabehandling hadde vist interesse for det, vedtok det sveitsiske føderale nivået en lov som gav et juridisk rammeverk for et forsøksprosjekt reseptutskrivning av narkotiske stoffer, inkludert heroin og metadon, og vedtok videre at det skulle gjennomføres studier av effekten av dette (Rihs-Middel and Hämmig 2005, referert i Csete 2010).



Bilde 2 Heroin i injeksjon og tablettform Foto: Erlend Horn

I perioden fra januar 1994 til desember 1996 ble det gjennomført et forsøksprosjekt med 800 pasienter som mottok heroin. Dette foregikk på 16 behandlingssentre i Sveits: Basel, Bern, Biel, Fribourg, Geneve, Horgen, Luzern, Olten, St. Gallen, Solothurn, Thun, Wetzikon, Winterthur, Zug og Zürich, samt i fengselet Oberschöngrün (Büechi & Minder 2001:10). Ettersom det var de tysktalende kantonene som var mest påvirket av de åpne ruscenene var det her hele 15 av 16 utdelingssteder ble lagt. I følge Uchtenhagen (2009, personlig kommunikasjon) skal det heller ikke undervurderes at de fransk og italiensk talende

kantonene ikke ønsket slike utdelingssteder hos seg grunnet sine tradisjonelle konservative holdninger. Unntaket var Geneve, som i likhet med tysktalende byer som Bern og Zürich slet med russcener. Den dag i dag, er Geneve fortsatt den eneste fransktalende kantonen med en heroinklinikk. De italiensktalende kantonene har ingen.

Ambros Uchtenhagen var en av de mest sentrale aktørene i utformingen av den sveitsiske modellen for heroinassistert behandling, og han kom frem til at det beste var å dele ut heroin på klinikker der pasientene måtte innta stoffet der. Som tidligere nevnt var det kun Storbritannia som tidligere hadde eksperimentert med heroinutdeling, men deres modell hadde ikke fungert etter hensikten. Uchtenhagen forklarer:

“I went to Great Britain, and I looked at what happened, I talked to people. And I was struck by the fact that the british system consisted of writing out prescriptions and gave the prescriptions to the patient, The patient went out, to the drug store, getting the ampules. And what he did with the ampules nobody knew. No wonder it reappeared on the black marked, no wonder there was an increasing overdose problem and very little additional help and support for people. So we decided that cannot be the answer. (...) One of the political conditions for allowing this program was that no injectables were to be taken out. This was understandable because no heroin which is prescribed should reappear on the black marked, and police always confirmed that they couldn't find it. Because that would have been the end. (...) And all the other countries which then started to prescribe heroin: The Netherlands, Germany, Denmark, Spain, Canada and the UK again, they copied the Swiss model.” (Uchtenhagen, personlig kommunikasjon 2012:3)



Bilde 3 Fasiliteter for inntagelse av heroin ved ARUD i Zürich Foto: Erlend Horn

Innføringen av heroinassistert behandling skjedde ikke uten opposisjon, og høyreorienterte partier, først og fremst SVP, sammen med deler av advokat/dommerstanden, deler av kirken, noen foreldreorganisasjoner og noen fagfolk som jobbet med rusfri behandling formet et uformelt nettverk med mål om rusfrihet og nulltoleranse (Uchtenhagen 2009:32).

I 1994 vedtok det føderale rådet en ny ruspolitikk basert på ideen om 'fire pillarer': å forebygge narkotikabruk, behandling av rusavhengighet, skadereduksjon og lovutøvelse. Heroinassistert behandling lå innunder skadereduksjon sammen med metadonbehandling, utdeling av rene sprøyter, brukerrom etc.

Etter at forsøksprosjektet var gjennomført og evaluert ønsket myndighetene å gå videre med programmet fordi de ble overbevist av resultatene. Men HAB sammen med fire pillar strategien generelt møtte opposisjon grunnet sitt fokus på skadereuserende tiltak som motstanderne mente var ødeleggende for målet om rusfrihet. En nulltoleransebevegelse med tette bånd til partiet SVP ved navn Jugend ohne Drogen, eller Ungdom uten Narkotika, samlet inn nok underskrifter til en nasjonal folkeavstemning i 1997. (Csete 2010) Forslaget som ble fremmet ville gjort utdeling av sprøyter, metadonbehandling og brukerrom nærmest umulig, og ville fjernet heroinassistert behandling (Bühler 2005). Dette forslaget ble nedstemt med en majoritet på 70 prosent.

I 1998 gjorde det føderale rådet de nødvendige vedtakene for at HAB skulle bli implementert på permanent basis. Dette ble derimot utfordret i en folkeavstemning, og i 1999 støttet 54 % av den sveitsiske befolkningen at heroin kunne bli brukt i behandling (Csete 2010:21).

I 2008 ble det gjennomført en ny folkeavstemning om 'fire pillar' strategien hvor 68 prosent støttet en videreføring.

5.3.2 Betydning av Zürich i endringen av tilnærming

Store deler av dette kapitlet er dedikert til hva som skjedde i Zürich. Som nevnt var det store narkotikaproblemer også i andre deler av Sveits, men det er ikke uten grunn at det er Zürich som har blitt trukket frem som den viktigste byen når man skal forklare og forstå hva som

skjedde i Sveits. Uchtenhagen sier dette om hvor viktig Zürich var i endringen av tilnærming sammenlignet med de andre byene

“Zürich was most concerned about the open drug scene. This was by far the biggest one. Zürich was, at least at that time, the financial center of Switzerland, with all the big business, so image wise it was very concerned. Zürich politically, on the national level, had much influence. Many people think too much influence, so there is also resentment towards Zürich. But when it comes to drug policy I’d say Zürich had a kind of editing role for the german speaking part of Switzerland, not for the French speaking and Italien speaking, You can see it from the example of heroin assisted treatment. In the French speaking part there is only one program, in the Italien speaking part there is no one. Everything is in the german part».
(Uchtenhagen, personlig kommunikasjon 2012:6)

Nettopp Zürich politiske innflytelse på det føderale nivået, og det faktum at det var her synligheten og problemene fra den åpne russcenen i Platzspitz var størst gjør at det er naturlig for meg å konsentrere meg i hovedsak om Zürich. Det hadde selvsagt vært enda bedre å studere nærmere prosessen i de enkelte byene også, men det har ikke denne oppgaven rom til.

Det siste poenget til Uchtenhagen om at det stort sett er i den tysktalende delen av Sveits heroinklinikkene befinner seg er et interessant poeng som det kunne vært interessant å gå dypere inn i årsakene til, men også dette har jeg latt være å prioritere. Men det er en forskjell det er viktig å være klar over når vi snakker om sveitsisk narkotikapolitikk.

6. Norge

Som en introduksjon til den norske narkotikapolitiske historien er det viktig innledningsvis å sette dette i sammenheng med norsk rusmiddelpolitikk, da spesielt alkoholpolitikken. Norsk narkotikapolitikk må nemlig, i følge Helge Waal (personlig kommunikasjon 2013), forstås på bakgrunn av norsk rusmiddelpolitikk generelt. Waal sier videre:

Det er en lang tradisjon som går helt tilbake til 1800-tallet med en sterk avholdsbevegelse og vekt på å forstå rusmiddelproblemer i en sosial sammenheng, og gjerne i den forstand at det er et offentlig ansvar for å begrense tilgangen, og det er også lokalsamfunnets ansvar både å begrense tilgangen, men også å hjelpe den enkelte (...) Dette dominerte norsk rusmiddelpolitikk langt opp mot midten av forrige århundret (Waal, personlig kommunikasjon 2013:1)

NOU Alkoholpolitikken i endring (1995:41) slår fast at «*dagens norske alkoholpolitikk fikk i det alt vesentlige sin utforming fra midten av det forrige århundret og frem til opphevelsen av brennevinsforbudet i 1927*». I denne perioden vokste det spesielt fra 1870-tallet frem en sterk avholdsbevegelse som rekrutterte bredt fra samfunnets middelklasse og lavere sosiale lag (NOU 1995:25). Denne fikk en stor gjennomslagskraft i Stortinget frem mot forbudet mot brennevin og hetvin i 1919. I 1915 stod i alt 96 av 123 stortingsrepresentanter på avholdsbevegelsens program i alkoholpolitiske spørsmål (NOU 1995:28) I ettertid av forbudet ble det raskt enighet om at all import av vin skulle organiseres gjennom et statlig monopol som fikk navnet Vinmonopolet i 1922 (NOU 1995:32-33) Etter forbudet ble opphevet i 1927 ble også brennevin lagt inn under denne monopolordningen.

Selv om Norge ikke var unik i å ha en sterk avholdsbevegelse, og på 1920-tallet ha innført et forbud mot brennevin, har norsk alkoholpolitikk vært særlig streng sammenlignet med en rekke andre land. Det er her relevant å se dette i sammenheng med Historisk Institusjonalisme og hvordan policy innenfor alkoholpolitikk som rusmiddel har påvirket policy etter hvert som narkotika gjorde seg gjeldende som problem på 1960 og 1970-tallet.

6.1 Fra hvite frakkers 'tyranni' til anti-medikamentell tilnærming og rusfrihet: 1960-1985

I likhet med andre land i Europa er det på 1960-tallet narkotiske stoffer virkelig gjør sin inntreden i Norge. I 1966 gjennomføres den første politirazziaen som avdekket et narkotikamiljø i Oslo (Blindheim 2011). På 60-tallet er det først og fremst cannabis og amfetamin som gjør seg gjeldende, mens heroin i større grad blir et problem mot slutten av 1970-tallet. Til sammenligning med andre land kom heroin ganske sent til Norge (Waal, personlig kommunikasjon).

Karl Evang var helsedirektør i Norge fra 1939 til 1972 og narkotikapolitikken i Norge kan vanskelig forstås uten Karl Evangs innsats (Blindheim 2011). Evang var opptatt av å se på disse nye narkotiske rusmidlene som en slags epidemi (Waal, personlig kommunikasjon). Han var sosialmedisiner og allierte seg med psykologer og sosionomer, som frem til da ikke hadde vært dominerende på narkotikafeltet. (Blindheim, personlig kommunikasjon 2013). Evang mente disse nye rusmidlene måtte sees på som en samfunnsplage, og var opptatt av at denne trusselen måtte møtes med sosiale virkemidler fremfor medikamentelle (Waal, personlig kommunikasjon 2013).

I 1969 kom Sollia-kollektivet, en anti-medikamentell institusjon og fagmiljø som, i likhet med Evang, var opptatt av å møte problemene med terapeutiske virkemidler, og uttrykte sterk motstand mot det de beskrev som «*de hvite frakkers tyranni eller legemiddelindustriens tyranni*» (Blindheim, personlig kommunikasjon 2013).

Den første av flere stortingsmeldinger på feltet var St. mld 66 (1975-76). Denne medførte den første grunnleggende problemforståelsen, hovedstrategien og mål for politikken som ble ført. Selv om Karl Evang var gått av som helsedirektør, og etterfulgt av Torbjørn Mork som satt på post fra 1972-1992, ble Evang innhentet som konsulent og var sentral i utformingen av denne stortingsmeldingen (Blindheim 2011)

I 1976 ble substitusjonsbehandling med metadon forbudt i Norge etter noen små forsøk som var prøvd ut i årene før (Blindheim, personlig kommunikasjon 2013).

Den rendyrkede nulltoleransetilnærmingen finner vi i Stortingsmelding nr 13 (1985-86) Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken der regjeringens målsetning var 'et narkotikafritt samfunn'. Dette var første gang denne målsetningen ble offentlig formulert, men tankegangen har stått sentralt i norsk narkotikapolitikk siden 1960-tallet (Andenæs 1994:78).

I denne tiden var overdosedødsfallene relativt få i Norge sammenlignet med i dag (se figur 1). I 1977 var det fem dødsfall, og i 1985 var det 45.

6.2 HIV frykt og veien mot medikamentell behandling: 1985-1996

Hvis vi ser på målsetningen formulert i Stortingsmelding nr 13 (1985-1986) Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken, er målet «et narkotikafritt samfunn» (Bretteville-Jensen & Hordvin 2011:148). Dette er en målsetning som står i stil med samtidens tilnærminger i store deler av verden, ikke minst i USA. Frykten for HIV-epidemien gjorde derimot at denne tydelige nulltoleransetilnærmingen blir gradvis tonet ned i de kommende stortingsmeldingene om temaet (Bretteville-Jensen & Hordvin 2011:148)

Den første HIV positive rusmiddelbrukeren i Norge ble bekreftet i slutten av 1985 (Blindheim, personlig kommunikasjon 2013). Frykten for HIV som hadde gjort sitt inntog på denne tiden gjorde at helsearbeidere i stor grad kom tilbake som sentrale aktører på narkotikafeltet og hadde en viktig innflytelse på politikken som ble ført (Waal & Blindheim, personlig kommunikasjon 2013)

HIV epidemien regnes også som en grunn til at spørsmålet om metadonbehandling igjen kom på dagsorden i Norge. I St. meld. nr. 69 (1991-92) «Tiltak for rusmiddelbrukere» sies det at metadon i behandlingen må vurderes på nytt i lys av HIV-epidemien (Skretting 1997:13) I 1993 ble det politisk gjennomslag for et prøveprosjekt med metadonbehandling som frem til da hadde vært forbudt. 'Metadonprosjektet i Oslo' var et treårig prosjekt for de 50 antatt tyngste rusavhengige i Oslo (Brandsberg-Dahl 2000:48)

6.3 Innføringen av LAR og gradvis endring av tilnærming: 1996 – 2008

I Stortingsmelding nr 13 (1985-1986) var som nevnt målet et «narkotikafritt samfunn». I Stortingsmelding nr 16 (1996-1997) fremkommer det en erkjennelse av at det ikke er realistisk å tro at narkotikaproblemet blir løst innen overskuelig fremtid. Samtidig er det overordnende målet «å arbeide frem mot et samfunn fritt for narkotika» (Bretteville-Jensen & Hordvin 2011:149)

I forbindelse med behandlingen av den nevnte stortingsmeldingen valgte Stortinget også å gjøre metadonbehandling til et permanent og landsdekkende tilbud (Gierløff 2010:63). Bretteville-Jensen & Hordvin (2011:151) mener at Stortinget valgte å gjøre dette tiltross for at denne behandlingsformen ble møtt med til dels stor skepsis blant norske fagmiljøer.

Behandlingsformen får først navnet metadonassistert behandling (MAR) ettersom det bare var substituttstoffet metadon som var inkludert. Når subutex (buprenorfin) blir en del av behandlingen etter revidering av retningslinjene i 2000 endrer programmet navn til LAR, legemiddelassistert rehabilitering (Gierløff 2010:64)

På 2000-tallet ser vi en ytterligere oppmykning i målsetningen. I Bondevik II regjeringens handlingsplan fra 2003 ble målet nå definert som «frihet fra narkotikaproblemer» (Sosialdepartementet 2002)

6.3.1 Innføring av sprøyterom

Høsten 2001 vedtok Stoltenberg I-regjeringen å godkjenne et begrenset forsøk med sprøyterom i de kommuner som ønsket det. Etter regjeringsskiftet fattet Stortinget vedtak om at regjeringen skulle følge opp den forrige regjeringens positive holdning til et slikt tiltak (Ot.prp. nr 56:2004:7).

Viktige hendelser

1966: Narkotikamiljø avdekkes i Oslo for første gang

1975: Første Stortingsmelding på feltet vedtas

1976: Metadonbehandling forbudt i Norge

1985: Ny stortingsmelding med målsetning om «et narkotikafritt samfunn»

1993: Prøveprosjekt med metadonbehandling iverksatt i Oslo

1997: Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) gjøres permanent og landsdekkende

2001: Overdosedødsfallene når 405, høyest i norsk historie

2004: Midlertidig lov om sprøyterom vedtas av Stortinget. Opprettes i Oslo

2008: Helseminister Bjarne Håkon Hansen tar til orde for å prøve HAB i Norge

2009: Stoltenbergutvalget nedsettes

2010: Stoltenbergutvalget anbefaler prøveprosjekt med HAB

2012: Arbeiderpartiets stortingsgruppe sier nei til HAB

2012: Rasmeldingen 'Se meg!' legges frem uten HAB

2013: Rasmeldingen behandles og vedtas av Stortinget. HAB nedstemt

Den nye regjeringen, bestående av Venstre, KrF og Høyre var en mindretallsregjering noe som gjorde at et stortingsflertall bestående av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Folkeparti og Fremskrittspartiet kunne legge føringene for sprøyteromsvedtak som skulle følge videre i denne perioden.

Etter en høringsrunde viste det seg at et flertall av høringsinstansene var negative til at det skulle åpnes for å etablere sprøyterom, og i 2002 utrykte også Bondevik II regjeringen seg negativ til å godkjenne et slikt forsøk. I Stortingets finanskomite 21. juni 2002 fremmet derimot et flertall, Arbeiderpartiet, SV og FrP, et nytt anmodningsvedtak om at en slik prøveordning allikevel skulle utføres, og i 2003 fattet Stortinget et likelydende vedtak. Det førte til at Ot.prp nr 56 Om midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning) ble lagt frem i 2004, og Oslo åpnet samme år de første (og fortsatt eneste) sprøyteromslokalene i Norge.

6.4 Forslag om heroinassistert behandling og ny rusmelding: 2008 – 2013

1. desember 2008 kommer det et oppslag i Dagbladet der helseminister Bjarne Håkon Hansen forteller at han vil vurdere innføring av heroinassistert behandling i Norge. Han gir følgende begrunnelse for dette

Det finnes en del i rusmiljøet som har ruset seg så kraftig over så mange år, at veien fram til å bli helt rusfri kan bli for lang. Da blir spørsmålet hvordan vi kan gi dem menneskeverd. Derfor tror jeg vi må ta en debatt i Norge om det er riktig å bruke utdeling av heroin som virkemiddel for denne gruppa (Bjarne Håkon Hansen i Dagbladet 2008).

I intervjuet jeg gjorde med Hansen kaster han lys over prosessen frem mot oppslaget:

Dagbladet kjørte en serie den høsten med den mislykkede norske ruspolitikken. Norske politikere hadde snakket i mange år om å få ned overdosedødsfallene, få folk bort fra gaten, bort fra Plata og alt det det der, så var gjennomgangstonen i den artikkelserien at det var like ille som før. Så utfordret Dagbladet meg å gi et intervju på dette temaet, og i det intervjuet ble da spørsmålet om heroinassistert behandling brakt på banen (...) Så var vel min innfallsvinkel at jeg er en type politiker som synes det er dumt å avvise ting hvis du ikke har

jobbet med det og sånt. Så jeg sa vel la oss vurdere det. La oss se om det er noe å lære av Sveits (...) Og det var jo et jævla rabalder. Hele forsiden på Dagbladet ble «Åpner for gratis utdeling av heroin» (Bjarne Håkon Hansen, personlig kommunikasjon 2013:1)

Hansen forteller videre at han da bestemte seg for å stå i det, og dro til Zürich og Bern for å høre mer om de sveitsiske erfaringene. Det var først etter denne turen han konkluderer for seg selv at dette er noe som bør innføres i Norge også (Bjarne Håkon Hansen, personlig kommunikasjon 2013).

Så var jo problemet at jeg forsto at jeg ikke ville få det igjennom hvis jeg bare fremmet forslaget. Jeg kom til å få problemer med å få det igjennom regjeringen, og jeg kom til å slite med å få det igjennom Arbeiderpartiets stortingsgruppe, og dermed, fikk jeg det ikke igjennom regjeringen eller Arbeiderpartiets stortingsgruppe, fikk jeg det heller ikke igjennom Stortinget. Sånn at spørsmålet var jo om det var mulig å lage en loop rundt som gjør at du kan få mer tyngde rundt argumentasjonen. Og da kom jo Stoltenberg-utvalget opp som en idé. Og en ting er jo Thorvald sant, som jeg mente var den eneste og ideelle lederen av det, men det som er veldig viktig er jo å se på sammensetningen at det utvalget for øvrig (...) Så jeg satt og tenkte hvordan kan man greie å sammensette et utvalg ikke av dønn aktive politikere per i dag, men folk som har standing i det norske samfunnet til å gi meg ryggdekning for at dette kunne være klokt (Bjarne Håkon Hansen, personlig kommunikasjon 2013:2)

6. mars 2009 oppnevnte regjeringen Stoltenbergutvalget med mål om å komme med forslag til hvordan de mest hjelpetrengende rusavhengige kunne få bedre hjelp. Utvalget ble ledet av Thorvald Stoltenberg. De øvrige medlemmene var Roger Andresen, Åslaug Haga, Carl Ivar Hagen, Ellen Kathrine Hætta, Erling Lae, Marit Myklebust, Sigurd Osberg og Inger Lise Skog Hansen (Rapport om narkotika, Stoltenbergutvalget 2010). De fremmet 22 forslag, hvorav ett lød «åpne for et tidsbegrenset forsøksprosjekt der behandling med heroin inkluderes i LAR» (Stoltenbergutvalget 2010:47)

Dette forslaget var utvalget delt om, og det var medlemmene Stoltenberg, Andresen, Haga, Hagen og Skog Hansen som fremmet det. Utvalget var altså delt 5-4 i synet på dette.

Stoltenbergutvalgets rapport ble sendt ut på høring, og de fleste høringsinstanser uttalte seg negativ til punktet om HAB. (se 6.5.2 Interessegrupper og faglige aktører). På bakgrunn av Stoltenbergutvalgets rapport ble det varslet at det ville komme en ny stortingsmelding for rusfeltet. Før denne ble lagt frem juni 2012 hadde Arbeiderpartiet blant annet spørsmålet om HAB oppe til behandling i sin stortingsgruppe april samme år.

I et medieoppslag i VG 27. april 2012 sier Thomas Breen, fraksjonsleder i helse og omsorgskomiteen på Stortinget for Arbeiderpartiet, følgende:

Dette er en betent sak som mange har meninger om. (...) Det er mye engasjement og følelser ute, og fagmiljøene er splittet, så selv i Ap mener vi nå at det vil være ok å diskutere høyt (Thomas Breen referert i VG oppslag 2012)

Breen tilhørte den fløyen i Arbeiderpartiet som var imot HAB. Wenche Olsen tilhørte den såkalte ja-fløyen og ifølge samme oppslag i VG la disse to frem argumentene for og imot for stortingsgruppen.

2. mai bestemmer flertallet i stortingsgruppen seg for å gå imot forslaget om HAB. Thomas Breen sier til NRK samme dag:

Vi ser at behandlingsskjeden ikke er god nok i dag, og det er klart at et heroinprosjekt kun vil gjelde for hundre til to hundre rusmisbrukere, mens vi har over 8000 sprøytenarkomane. Derfor er ikke heroinassistert behandling løsningen for flertallet av de vi skal hjelpe (Thomas Breen referert i NRK nettoppslag 2. mai 2012)

Den 22. juni legges den rødgrønne regjeringens forslag til stortingsmeldingen 'Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk frem. I en pressemelding fra helsedepartementet fremgår det at «det vil ikke bli innført en prøveordning med heroinassistert behandling på nåværende tidspunkt.» (regjeringen.no 2012)

6.4.1 Meningsmåling om synet på HAB i Norge

Det er så langt jeg har registrert kun gjort en meningsmåling om hva det norske folk mener om tiltaket HAB. Denne ble gjort av InFact på oppdrag fra VG og presentert 8. februar 2009, altså ca. to måneder etter Bjarne Håkon Hansen hadde lansert tiltaket som en mulighet. Etter dialog og avtale med både InFact og VG fikk jeg tillatelse til å presentere alle tallene som fremkom i denne undersøkelsen (også bakgrunnstallene). Her presenteres derfor her de mest relevante.

På spørsmålet « *Helseminister Bjarne Håkon Hansen vurderer å innføre en ordning hvor tunge rusmisbrukere får utdelt heroin, slik det gjøres i Sveits. Hva er din holdning til dette forslaget?* » svarte 35,4 % at de var positive, mens 42,4 % svarte at de var negative. 22,1 % svarte at de ikke hadde en bestemt oppfatning. Det var bare en marginal forskjell i svarene avhengig av om respondenten var mann eller kvinne.

Tabell 1: Holdning til heroinassistert behandling

Positiv	35,4 %
Negativ	42,4 %
Ingen bestemt oppfatning	22,1 %

Tallene er også brutt ned på partitilhørighet noe som kan være interessant før jeg går over til den politiske behandlingen av tiltaket i Stortinget. Arbeiderpartiet var det partiet på Stortinget med flest positive til tiltaket med 45,3 %. 30,9 % av de som sa de ville stemme på Arbeiderpartiet hvis det var Stortingsvalg i morgen var negative. Denne prosentandelen positive var bare slått av Rødt med 64,7 %. De to uttalte positive partiene til tiltaket, Venstre og SV, hadde faktisk en lavere andel positive velgere til tiltaket (henholdsvis 34,2 % og 38,5 %) enn Arbeiderpartiet.

Tabell 2: Holdning til heroinassistert behandling fordelt på partipolitisk preferanse

	Ap	FrP	H	KrF	V	SV	Sp	Rødt	Andre partier
Positiv	45,3 %	36,7 %	32,2 %	3,8 %	34,2 %	38,5%	17,9 %	64,7 %	14,3 %

Negativ	30,9 %	44,6 %	43,6 %	84,6 %	44,7 %	44,7 %	56,4 %	5,9 %	71,4 %
Ingen bestemt oppfatning	23,9 %	18,7 %	24,2 %	11,5 %	21,1 %	19,2 %	25,6%	29,4 %	14,3 %

Det fremkommer ikke hverken i VGs sak om meningsmålingen eller i bakgrunnstallene oversendt til undertegnede hvor mange respondenter målingen baserer seg på. Hvis man allikevel tar utgangspunkt i at det er ca 1 000 spurte som er normalen i slike målinger for å få et representativt utvalg skal man passe på å ikke dra for bastante konklusjoner når det gjelder svarene brutt ned på partitilhørighet, spesielt på mindre partiet som SV, Venstre og Rødt, ettersom antallet respondenter det er snakk om er ganske lavt.

I tabell 2 er det noen momenter det er verdt å merke seg. For det første er det relativt stor andel som ikke har en bestemt oppfatning om spørsmålet. Dette kan være et tegn på at kunnskapen og oppmerksomheten i befolkningen rundt tematikken på tidspunktet meningsmålingen ble utført har vært litt mangelfull. For det andre, av partier på Stortinget, er det kun KrF som har velgere som er ganske entydig negativ til tiltaket. Resten av partiene er delt. For det tredje er det ingen klar skillelinje mellom venstre og høyresiden i politikken. Det var også tilfellet når vi ser på hvilke partier som i sine programmer er for og imot. Det kan virke som skillelinjene først og fremst går innad i partiene og blant deres velgere, mer enn på tvers av partiene.

Tabell 3: Holdning til heroinassistert behandling fordelt på landsdel

	Oslo	Østlandet forøvrig	Sør-Norge	Vestlandet	Midt- Norge	Nord- Norge
Positiv	30,3 %	34,6 %	42,4 %	33,8 %	36,9 %	32,6 %
Negativ	42,0 %	42,0 %	41,9 %	41,2 %	44,0 %	45,7 %
Ingen bestemt oppfatning	27,7%	23, 3%	15,7 %	25,0 %	19,1 %	21, 7%

Jeg presenterer meningsmålingen fordelt på landsdel (tabell 3) først og fremst for å se om det er noen store forskjeller mellom Oslo og resten av landet ettersom hovedstaden i tillegg til Bergen er den byen med de største utfordringene knyttet til narkotika. Det er interessant å

merke seg at Oslo faktisk har den laveste andelen positive til et slikt tiltak av alle landsdeler. Hvorfor det er tilfellet skal jeg ikke gå inn i, men det viser i hvert fall at store narkotikautfordringer ikke nødvendigvis betyr at man er mer positive til nye og radikale forslag som HAB representerer. Ettersom respondentene fra Bergen er slått sammen med resten av Vestlandet kan vi ikke trekke noen slutninger om den andre store byen der disse utfordringene har gjort seg spesielt gjeldende.

Tabell 4: Holdning til heroinassistert behandling fordelt på alder

	18-24	25-39	40-59
Positiv	40,3 %	35,9 %	28,1 %
Negativ	40,3 %	44,6 %	42,7 %
Ingen bestemt oppfatning	19,5 %	19,5 %	29,2 %

Målingen er også presentert fordelt på alder (tabell 4).³ Her ser vi to tendenser. Den ene er at usikkerheten rundt tiltaket er lavere i gruppene 18-24 og 25-39, mens den øker med nesten ti prosentpoeng i gruppen 40-59. Den andre tendensen er at andelen positive blir lavere etterhvert som alderen øker.

6.4.2 Behandling av Stortingsmelding 30. Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk

Avgjørelsen på hvorvidt Norge skulle følge etter Sveits i å innføre heroinassistert behandling ble tilslutt formelt behandlet i Stortinget den 18. mars 2013. Før den tid hadde meldingen vært til behandling i Stortingets helse og omsorgskomite som avga sin innstilling den 19. februar 2013. I denne komiteen sitter alle stortingspartier utenom Venstre. I sin innstillingen fra komiteen står følgende:

Komiteen viser til at regjeringen etter en samlet vurdering har kommet til at det ikke er et godt nok grunnlag for å innføre en prøveordning med heroinassistert behandling på det nåværende tidspunkt. Komiteen er enig i at heroinstøttet behandling ikke skal tillates.

³ Det har ikke lyktes undertegnede å få svar fra InFact om hvorfor aldersgruppen 59 + ikke er representert i undersøkelsen.

Komiteen mener rusbehandling gjennom medikamentfrie behandlingstilbud eller LAR er bedre alternativer også for de mest hjelpetrengende rusavhengige. Komiteen vil understreke at det er viktig ikke å gi opp troen på at det enkelte menneske kan bli rusfritt, og at den norske ruspolitikken må være helhetlig og ha rusfrihet som mål (Stortingets Helse og omsorgskomite 2013)

I innstillingen fra komiteen til endelig behandling i stortingsalen støttet altså ikke SV, AP, SP, KrF, H eller FrP forslaget om heroinassistert behandling. I endelig behandling av saken ble følgende forslag fremmet av Venstre

Forslag nr. 67 fra Borghild Tenden på vegne av Venstre

Stortinget ber regjeringen etablere et prøveprosjekt med heroinassistert behandling for de aller tyngste brukerne som ikke har hatt nytte av annen medikamentell behandling (Stortinget.no 2013)

Undertegnede fulgte selv debatten om rusmeldingen på stortingets nett-tv. Forslaget om heroinassistert behandling ble der kun sporadisk nevnt i debatten.

Når det gjelder voteringen om forslag nr. 67 fra Venstre ble det nedstemt med 98 mot 1 stemme (Stortinget.no 2013) Den ene stemmen var Venstres Borghild Tenden. Stortinget har 169 medlemmer, men det er vanlig i mange saker at ikke alle møter, men allikevel slik at forholdet mellom partiene er det samme.

Det har for forfatteren vært noe forvirrende å forholde seg til SVs stemmegivning. Det er ingen tvil om at partiet støtter et prøveprosjekt med heroinassistert behandling. Det illustreres både ved deres landsstyreuttalelse 'Hjelp til alle' vedtatt 21. april 2012 der følgende kulepunkt ble vedtatt 'Starte et begrenset forsøk med heroinassistert behandling' (Sosialistisk Venstrepartis landsstyre 2012) og gjennom sitt arbeidsprogram for 2013-2017 vedtatt på SVs landsmøte 17. mars, altså dagen før stortingsbehandlingen, der teksten 'SV ønsker å åpne for heroinassistert behandling for de aller mest utsatte brukerne (Sosialistisk Venstrepartis arbeidsprogram 2013-2017) ble vedtatt. Allikevel kan forfatteren ikke se at SV selv fremmet noe forslag om dette i Stortinget, ei heller stemte for Venstres forslag.

6.5 Viktige aktører i Norge frem mot stortingsbehandlingen 18. mars

6.5.1 Politiske partier

Jeg tar utgangspunkt i partiene som var representert på Stortinget i perioden 2009 til 2013. For å kartlegge disse partienes holdning til tiltaket tar jeg utgangspunkt i to forhold: Det første er partienes valgprogrammer, både programmene for 2009-2013, og programmene 2013-2017. Jeg tar med begge disse to tidsperiodene for å vise en eventuell utvikling i standpunkt. Det andre forholdet er hva partiene stemte i stortingsbehandlingen av Stortingsmelding 30 den 18. mars 2013.

Etter å ha gjennomført et søk i alle norske stortingspartiers program for perioden 2009-2013 etter ordet 'heroin' er det bare Venstre som eksplisitt sier at de ønsker å innføre heroinassistert behandling i Norge. *«Innføre et prøveprosjekt med heroinassistert behandling for de aller tyngste brukerne som ikke har hatt nytte av annen medikamentell behandling»* (Venstres program 2009-2013:53) lyder formuleringen.

Sosialistisk Venstreparti skriver: *«SV vil vurdere spørsmålet om et begrenset forsøk med utdeling av heroin når et bedre beslutningsgrunnlag foreligger, etter at det regjeringsoppnevnte utvalget har kommet med sin anbefaling»* (SVs arbeidsprogram 2009-2013:11).

SVs regjeringspartnere i den rødgrønne regjering, Arbeiderpartiet og Senterpartiet, har ingen formulering i sine programmer om heroinassistert behandling i perioden. Kristelig Folkeparti sier som nevnt at de vil *«gå imot utdeling av gratis heroin til rusavhengige»* (KrFs program 2009-2013:23). Høyre er også motstander gjennom sitt punkt *«si nei til legalisering av narkotika, herunder utdeling av heroin»* (Høyres program 2009-2013:40). Fremskrittspartiet nevner ikke heroinassistert behandling.

Hva så med programmene for perioden 2013-2017? Venstre har beholdt samme programformulering som i 2009. SV vedtok på sitt landsmøte 17. mars 2013 og sier at: *«SV ønsker begrensede forsøk med heroinassistert behandling for de aller mest utsatte brukerne»* (SVs arbeidsprogram 2013-2017:78). Senterpartiet nevner heller ikke i nytt program

heroinassistert behandling. Det gjør heller ikke Arbeiderpartiet. KrF beholder også sin formulering fra 2009. I Høyres program for den nye perioden er derimot ikke heroinassistert behandling nevnt lenger. FrP har derimot gått fra å ikke nevne det i 2009 til å si 'Fremskrittspartiet sier nei til å inkludere heroinassistert behandling som en del av LAR' i sitt 1. utkast.

6.5.2 Interessegrupper og faglige aktører

For å kartlegge faglige aktører- og det sivile samfunns holdning til heroinassistert behandling tar jeg utgangspunkt i høringsuttalelsene som kom inn fra en rekke aktører etter fremleggelsen av Stoltenberg-utvalgets rapport. Det kom inn 113 høringsuttalelser med merknader til denne rapporten. Jeg ønsker å se på holdningen til alle fagorganisasjoner, private/ideelle organisasjoner og de deler av statsapparatet som kan defineres innunder narkotikafeltet, altså de innen helse, justis og sosialsektoren. Jeg vil ekskludere alle kommuner og fylkeskommuner, alle deler av statsapparatet som ikke faller innunder rusfeltet, politiske partier/ungdomspartier og enkeltpersoner. Når jeg legger disse kriteriene til grunn sitter jeg igjen med 73 høringsuttalelser (N=73)

Jeg ønsker å se på disse høringsuttalelsene på to nivåer. Først en overordnet kategorisering om aktøren er for eller mot tiltaket, eller ikke nevner/vil ikke konkludere. Så vil jeg gå litt mer i dybden på argumentene en del aktører bruker. Jeg vil her gjøre en ytterligere siling og ta for meg aktører jeg mener er særlig relevante.

Av de 73 høringsuttalelsene fra aktørene som faller inn under min definisjon var det kun 9 som var eksplisitt positive til Stoltenberg-utvalgets forslag 22: Åpne for tidsbegrenset forsøksprosjekt der behandling med heroin inkluderes i LAR. Hele 41 var eksplisitt motstandere. 23 aktører enten nevnte ikke tiltaket eller ville ikke konkludere.

Av de 9 aktørene som var for skiller Fagrådet innen rusfeltet seg ut som den tyngste aktøren. De har nå endret navn til Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon og har 144 medlemsvirksomheter. De støtter forslaget, men skriver ingen begrunnelse for det. Av i alt 22 forslag skriver riktignok organisasjonen kun en begrunnelse for sin mening på tre av dem (Høringssvar Fagrådet innen rusfeltet, 2011)

En annen organisasjon det er verdt å trekke frem er Foreningen for human narkotikapolitikk. De har vært den interessegruppen som har vært mest positive og aktive i sin støtte for forslaget siden det ble aktuelt i 2009. Det gjenspeiles også i høringsuttalelsen der de tegner seg som den aktøren som er mest støttende til tiltaket. Dette illustreres ved at de er de eneste som er uenig i at det trengs et forsøksprosjekt for å innføre tiltaket.

Foreningen for human narkotikapolitikk støtter flertallsinnstillingen fra Stoltenbergutvalget om at også heroin bør brukes som medisin. Vi er likevel uenig i at det er nødvendig å innføre dette som et tidsbegrenset forsøksprosjekt. Heroinassistert behandling har allerede vært en del av rusomsorgstiltakene i flere europeiske land i flere år (Høringssvar Foreningen for human narkotikapolitikk, 2011:11).

Argumentene fra de som ikke støtter forslaget kan grovt sett deles inn i to: prinsipielle argumenter og pragmatiske argumenter.

De prinsipielle argumentene tar i stor grad utgangspunkt i at målet må være rusfrihet for alle. Eksempler på slike argumenter kan være følgende utdrag fra høringssvaret til Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO).

Dette er noe man velger å foreslå fordi man ikke vil satse på folk. Istedenfor å bygge ut behandlingsinstitusjonene, sikre overganger til kommunene og legge til rette for at folk skal delta i sitt eget liv gjennom krav, gir vi deg heroin. Dette er det motsatte av verdighet (Høringssvar Rusmisbrukernes interesseorganisasjon 2011:9).

Et annet eksempel er hentet fra høringssvaret til Politiets Fellesforbund

Politiets Fellesforbund er svært negative til dette og mener forslaget signaliserer at samfunnet gir opp å gi de tunge misbrukerne et verdig liv og dermed aksepterer at de skal være bundet til rusen livet ut (Høringssvar Politiets Fellesforbund 2011:6).

De mer pragmatiske argumentene vektlegger kostnadsvurderinger og at dette ikke er en riktig prioritering kontra andre tiltak. Under følger tre eksempler på dette:

Actis mener at heroinstøttet behandling ikke er riktig prioritering i dag. HSB lider spesielt av at det er uklart hvordan vi forstår problemet og hva vi mener behandlingsmålet skal være (Høringssvar Actis 2011:9).

Det er naturlig å bygge ut LAR over hele landet før man forsøker et tiltak som heroinassistert behandling (Høringssvar Den norske legeforening 2011:6).

Helsedirektoratet mener at ut fra kostnadsvurderinger og geografiske forhold bør opioidavhengighet i Norge fortsatt behandles med metadon og buprenorfin innen rammen av LAR (...) Utprøving av heroinbehandling innen LAR bør derfor ikke iverksettes på det nåværende tidspunkt (Høringssvar Helsedirektoratet 2011:14).

6.5.3 Oslo og Bergen

Det er spesielt byene Bergen og Oslo som tradisjonelt har slitt mest med narkotikaproblemer i Norge. Begge disse to gikk i høringsrunden etter Stoltenberg-utvalgets rapport imot tiltaket. Bergen kommune skriver:

Bergen kommune finner grunn til å understreke at et slikt tiltak vil berøre et lite antall rusavhengige (...) Det ses på som en reell risiko at utdeling av heroin kan være et alternativ som for tidlig avskjærer muligheten til å nå frem med substitusjonsbehandling (...) Bergen kommune ønsker derfor ikke at det åpnes opp for at behandling med heroin inkluderes i LAR (Høringssvar Bergen kommune 2011:9)

Det er viktig å understreke at høringsuttalelser fra kommuner har vært gjenstand for politisk behandling, ofte med et flertall og et mindretall. I dette tilfellet lød mindretallsforslaget i Bergen slik:

Norge må tilby opioidavhengige, som andre pasientgrupper, den beste behandling og de beste medisiner. Hvorvidt et legemiddel anses for å gi gode resultater er et forskningsspørsmål, ikke et moralsk eller politisk spørsmål. Bergen bystyre støtter derfor at det åpnes for et tidsbegrenset forsøksprosjekt der behandling med heroin inkluderes i LAR og tilbys et mindre

antall pasienter som ikke har hatt nytte av annen medikamentell behandling. Bergen bystyre vil anbefale Byrådet om å få delta i et slikt forsøksprosjekt (Politisk behandling av Stoltenberg-utvalgets rapport, komite for helse og sosial i Bergen bystyre 2011)

Forslaget som ble fremsatt av Ap og SV fikk derimot kun støtte av de nevnte partier og ble dermed nedstemt⁴

I Oslo lød forslaget som fikk flertall slik:

Oslo kommune støtter ikke forslaget om et forsøksprosjekt der heroin inkluderes i LAR (...) LAR er en substitusjonsbehandling, og klientene i LAR er ikke i rus når de er korrekt medisineret. Utdeling av heroin er vesensforskjellig fra øvrig LAR-behandling ved at klientene oppnår rus. (...) For å unngå abstinenser må klientene som mottar heroin møte opp og injisere heroin minst tre ganger daglig 7 dager i uken (...) Et slikt opplegg kan bare følges av en liten gruppe heroinavhengige klienter med en relativt strukturert adferd. Fra et skadereduksjonsperspektiv er tiltaket derfor lite egnet (Høringssvar Oslo kommune 2010:7)

Mindretallsforslaget i Oslo bystyre som ble fremmet og stemt for av SV og V lød slik:

Oslo kommune støtter forslaget å åpne for et tidsbegrenset forsøksprosjekt der behandling med heroin inkluderes i LAR. For enkelte som har prøvd seg igjennom store deler av behandlingsapparatet uten å lykkes vil dette kunne gi en bedret livskvalitet (Politisk behandling av Stoltenberg-utvalgets rapport, Oslo bystyre 2010:7)

Ap i Oslo fremmet et forslag som kanskje kan betegnes som et mellomforslag. Det lød:

«Ofte skaper substitusjonsbehandling i LAR en avhengighet som kan være vanskeligere å komme ut av enn annen rusavhengighet. Det bør derfor kunne vurderes om det i enkeltstående tilfeller, direkte som et ledd i en medisinsk behandling med sikte på rusfrihet, kan benyttes heroin» (Politisk behandling av Stoltenberg-utvalgets rapport, Oslo bystyre 2010:7)

⁴ I Bergen ble høringsuttalelsen kun behandlet i komite for helse og sosial, ikke i plenum i bystyret. Derfor har ikke V og SP, som ikke satt i komiteen, kunne stemme i denne konkrete saken

Faktumet at Ap i Bergen, og til dels i Oslo, kom til en annen konklusjon enn deres egen stortingsgruppe understreker at dette er et spørsmål som viser skillelinjer innad i partiene så vel som på tvers av partiene.

7. Analyse

I denne analysedelen av oppgaven skal jeg prøve å samle trådene fra de tidligere kapitlene og analysere hvorfor Norge og Sveits har et ulikt utfall på den avhengige variabelen. I noen sammenhenger vil det være nødvendig å gjenta momenter fra tidligere kapitler, i andre sammenhenger vil jeg bare referere kort til det.

Jeg har i de to foregående kapitlene gått i dybden på det sveitsiske og norske case for å kartlegge mest mulig av prosessen frem mot en avgjørelse ble fattet på den avhengige variabelen. Jeg har der også presentert en del av de dataene som dette kapitlet vil analysere. På bakgrunn av dette, det teoretiske rammeverket og de hypotesene redegjort for i kapittel 4 vil jeg nå henvende meg mot en analyse.

7.1 H₁: Omfanget av problemene knyttet til narkotika var mer alvorlig i Sveits enn i Norge

7.1.1 HIV/AIDS smitte

Sveits hadde som tidligere nevnt den høyeste andelen av HIV/AIDS smitte i Europa i perioden 1985 til 1995. Uchtenhagen (2009:30) påpeker at der de homofile miljøene lærte å beskytte seg, økte smitten som følge av sprøytebruk blant rusavhengige. Ettersom mange tunge rusavhengige tydde til prostitusjon for å finansiere sitt narkotikaforbruk ble smitte mellom rusavhengige og ikke-rusavhengige oppfattet som en stor trussel mot befolkningen. På spørsmål om hva som var de viktigste årsakene til policy endringen i Sveits trekker Uchtenhagen frem HIV smitten som en sentral faktor:

“We had the highest HIV prevalence in Europa at that time, especially in drug users but overall as well. So this became a public health concern for authorities, and not only in regards to the users, but in regard to the population in general via sexual transmission. So this was truly one of the major indicators” (Uchtenhagen, personlig kommunikasjon 2012:1)

På samme spørsmål trekker også Herzig frem denne problematikken:

“HIV was dangerous, and not just for drug users. HIV was dangerous for everybody. Especially because drug addiction is linked to prostitution, because prostitution was one of the ways, under the conditions of the illegal black market, where you could gain a lot of money (...) and with HIV the danger of getting the whole society infected from drug users, was important to change the thinking about drugs. Because before, that was some people and if they died they died. You weren't affected as a normal. They were criminals anyway, so nobody cried if they died. That was the approach from the majority of the people. And suddenly with HIV it became dangerous for Mr. Everybody” (Herzig personlig kommunikasjon 2012:5)

Et moment det er verdt å legge merke til er synet på rusavhengige Herzig mener befolkningen forøvrig hadde mot denne gruppen. HIV smitte ble først oppfattet som et problem når det truet andre. At rusavhengige selv hadde HIV og døde som følge av det var isolert sett ikke det viktigste, men nettopp trusselen mot befolkningen for øvrig. Herzig fortsetter:

«With HIV suddenly everybody was in danger. And so you had to do something, suddenly the whole of society was in danger, and not just those poor bastards. (...) And that is when it changed. It wasn't reason, it wasn't the power of good arguments of those people like the state attorney who said the right thing 10 or 15 years before, it was the danger of getting HIV that was one important factor” (Herzig personlig kommunikasjon 2012:5)

Beat Rhyner (personlig kommunikasjon 2012) mener også HIV smitten var en viktig årsak til endringen, men påpeker at det var andre faktorer som i første omgang påvirket politiets holdningsendring til problematikken

“That was probably more important for the general populations opinion, and the opinion of the decision makers (...) and the media. On the law enforcement side it was mainly the bad experience of the open drug scenes” (Rhyner, personlig kommunikasjon 2012:3)

I Norge var frykten for HIV også en viktig faktor for en gradvis endring i tilnærming til skadereduksjon.

«AIDS epidemien er av helt avgjørende betydning for hele diskursen rundt medikamentell tilnærming til rusmiddelproblemene tenker jeg. Fra å ha vært et felt som i stor grad har vært overlatt til sosionomene og psykologene, så ble det et felt midt inne i helseprofesjonen. I hodet mitt så er det et før og etter 1985. Vi fikk den første HIV positive rusmiddelbrukeren i Norge, han fikk vel svaret i julen 1985 (...) Da eksploderte hele feltet, så fikk vi hele diskusjonen». (Blindheim, personlig kommunikasjon 2013:2).

På spørsmål om hvordan Norge lå an sammenlignet med andre europeiske land når det gjaldt denne problematikken svarer Blindheim slik:

«Vi har aldri hatt noen stor HIV epidemi blant heroinbrukere, men det var en veldig stor bekymring, Man så på USA, man så på Sverige, og vi kom i gang med forebyggende tiltak veldig raskt» (Blindheim, personlig kommunikasjon 2013:2).

Jeg spurte Helge Waal om det på noen måte er mulig å sammenligne Norge og Sveits når det kommer til HIV problematikk blant rusavhengige. Han svarer:

«HIV epidemien var klart en viktig innflytelse i Norge også. Den førte nok til mer et gjennomslag for utlevering av rene sprøyter, og til brukerforskrifter og slike ting, og vi fikk egentlig nokså raskt denne HIV epidemien i hovedsak under kontroll. Vi fikk aldri den dramatiske utviklingen, vi hadde nokså høye tall rundt 1990, men det var i stor grad tidligere smittende folk (...) Så det har klart vært en innflytelse, men det har liksom ikke hatt den samme dramatiske innflytelsen.» (Waal, personlig kommunikasjon 2013:4)

7.1.2 Overdosedødsfall

Figur 1 i innledningskapittelet gir en oversikt over overdosedødsfall i Norge og Sveits sammenlignet over perioden 1982-2008. Som vi ser der har Sveits og Norge hatt en relativt lik tendens med først en stor økning som når en topp rundt 400 dødsfall for å så falle og flate ut. Den store forskjellen er derimot at dette har skjedd på forskjellige tidspunkt. Da Sveits nådde sin topp på rundt 400 dødsfall i 1991 var det fire ganger så mange dødsfall som i Norge. Norge nådde sin topp ti år etter i 2001. Det interessante i disse kurvene er at det skjer

noe i årene frem til og rett etter «toppene» i begge land. For Sveits sin del korresponderer innføringen av 'fire pilar-strategien' med denne toppen og nedgangen, mens en av de store paradigmeskiftene i norsk narkotikapolitikk var innføringen av LAR i 1997 som ble gradvis utvidet i de påfølgende årene.

7.1.3 Omfang av åpne russcener og imageproblem

Omfanget av de åpne russcener med sine tilhørende problemer, blant annet kriminalitet trekkes frem av mine sveitsiske intervjuobjekter som en annen veldig viktig årsak til at det etter hvert ble en endring i tilnærming. Etersom omfanget av russcenene henger tett sammen med imageproblem knyttet til dette presenterer jeg disse to forholdene samlet.

Uchtenhagen mener situasjonen i Sveits var veldig spesiell:

«The open drug scenes were world famous. We had television teams from all over and the self-image of a well-organized society was suffering. I mean on one hand drug use and drug trafficking was illegal, but we had the open drug scenes were it happened. By the thousands and police sometimes made a razzia but otherwise they couldn't stop it. And this was intolerable (...) In the Platzspitz certain times we had I think up to 16 groups selling drugs with high competition, and high violence between these competitive groups». (Uchtenhagen, personlig kommunikasjon 2012:1-2)

Herzig mener den åpne russcenen i Platzspitz var et imageproblem for byen og landet. Han har tidligere trukket frem HIV som en av to viktige årsaker for endringen:

“The other important factor, which is also quite cynical, is that the drug scene was an image problem. And Zürich is a big city, a big business city, especially with the airport and so, with the banks, the swiss banks have a lot of their head quarters in Zürich and also international companies have their head quarters in Zürich. And so this open drug scene in the late 80s and early 90s, in the middle of the city, just 50 yards away from the main stadion was a big image problem for Zürich. There were really a lot of initiatives of CEOs from big companies, from international companies, who called the City Council and said: Hey do something, we can't

invite the staff from the states or from wherever, to Zürich. They don't come anymore, they are afraid. Do something". (Herzig, personlig kommunikasjon 2012:5)

Mine norske intervjuobjekter mener oppfattelsen av problemet har vært en helt annen i Norge. Jeg spurte Bjarne Håkon Hansen følgende:

Horn: *«I hvilken grad tror du dette med hvor alvorlig et problem er, alle sier vi har et overdoseproblem i Norge og det er av og til på dagsorden, men tror du saken er for liten i Norge (...) kontra for eksempel Sveits sånn at den typen radikale tiltak ikke kan få aksept?»*

Hansen: *«Ja, jeg tror nok det. Jeg tror det er veldig viktig å forstå hvor ekstremt det var i Sveits. Jeg var jo i denne parken, som i dag var preget av idyll, men det var jo så ille der at når de hadde fått rensket opp, det var jo ikke nok å sende inn folk for å plukke sprøyter, de måtte grave opp en halv meter/meter av hele jordlaget for å få med seg alt (...), Så det var jo helt forferdelig. Og det er klart de bildene har vi ikke i Norge, men det rare i Norge synes jeg er at det har jo vært en heftig debatt om overdosedødsfall, og krav om at ting må skje, men antageligvis da ikke heftig nok, ikke heftig nok til at folk sier at vi er villig til å leve med ethvert tiltak bare det hjelper noen»* (Bjarne Håkon Hansen, personlig kommunikasjon 2013:6)

Helge Waal mener også at den «katastrofeopplevelsen» de hadde i Sveits aldri har funnet sted i Norge

«Hele denne katastrofeopplevelsen i Sveits, som de også hadde i Frankfurt for øvrig, den hadde vi ikke her, og har aldri hatt egentlig. Dette imageproblemet kom i grunn her under utviklingen av Plata, mellom 2005 og 2010. Platautviklingen kom ekstremt mye senere her, så det har ikke gjort det samme politiske inntrykket. Det har ikke blitt opplevd som noe trussel mot bildet av Norge eller samfunnet på noen måte» (Helge Waal, personlig kommunikasjon 2013:5)

På bakgrunn av det intervjuobjektene i Sveits trekker frem sammen med hva andre forskere som Uchtenhagen (2009) og Csete (2010), som har skrevet casestudier på hva som skjedde i Sveits, kan man nok konkludere med at spesielt to forhold var viktige for at sveitsiske

politikere fant sammen til en konsensus om en ny tilnærming til narkotikautfordringene. 1) HIV/AIDS utfordringen og 2) Omfanget av de åpne russcenene med tilhørende problemer som kriminalitet og omdømmeproblem. Hvis vi sammenligner disse to forholdene med Norge er det tydelig at omfanget av disse to forholdene var større i Sveits enn de på noe tidspunkt har vært i Norge.

Selv om HIV/AIDS trekkes frem som en frykt i Norge, er det tydelig at det var en helt annen situasjon i Sveits når vi vet at Sveits i perioden 1985-95 lå på topp i Europa i smittetilfeller blant rusavhengige (Uchtenhagen 2009). Denne epidemien rammet med andre ord Sveits mye hardere enn Norge.

Nygårdsparken i Bergen, som av media ofte trekkes frem som Nord-Europas største åpne russcene, kan egentlig ikke sammenlignes med situasjonen i Platzspitz park og senere russcenen ved Letten i Zürich når det kommer til omfang målt gjennom antallet rusavhengige og selgere av narkotika som oppholdt seg der. I følge Hordaland Politidistrikt (2011:8) er gjennomsnittet gjennom året på antallet som befinner seg i Nygårdsparken på regelmessig basis på 55 personer. På noen sommerdager er tallet oppe i rundt 100. I Platzspitz park var det i følge Grob (2010, sitert fra Csete 2010) opptil 1 000 rusavhengige i parken hver dag da situasjonen var på sitt verste.

Hvor viktig de høye overdosetallene var for endringen i Sveits er mindre tydelig på bakgrunn av min datainnsamling. Som referert av Herzig var frykten for hva denne situasjonen hadde å si for det han kaller «Mr. Everybody» viktigere enn sympatien for rusavhengiges vanskelige og av og til livsfarlige situasjon herunder spesielt faren for å dø av en overdose. Samtidig trekker alle mine sveitsiske intervjuobjekter frem at det tilslutt var summen av en rekke forhold som framprovoserte en endring og de høye overdosedødsfallene hørte sammen med det. Men de nevnte forholdene HIV/AIDS og omfang av åpne russcener trekkes frem som viktigere enn overdosedødsfallene.

For Norge sin del har derimot overdosedødsfallene vært det som omtales som vårt kanskje største akutte problem innenfor narkotikafeltet (Rusmeldingen 2012). Blindheim (personlig kommunikasjon 2013) trekker også overdoseproblematikk frem som det største problemet og at Norges respons på det først og fremst har vært gjennom utbyggingen av LAR. En viktig

årsak til at LAR, et viktig paradigmeskifte fra eksisterende politikk, ble innført var nok derfor høye overdosetallene man så på 1990-tallet.

Både HIV/AIDS epidemien og omfanget av de åpne russcenene i Sveits trekkes altså frem som direkte årsaker til hvorfor Sveits endret policy i narkotikapolitikken. Begge disse faktorene kan nok kalles kritiske faser for Sveits. Det rådende paradigme i Sveits, nulltoleranse-politikken, ble over noen få år endret i retning av en mye mer skadereduserende linje der HAB var et viktig element for å nå visse grupper rusavhengige.

Hvis vi videre ser de sveitsiske hendelsene i lys av Baumgartner & Jones) sin Punctuated Equilibrium modell der de trekker frem at store endringer kan forekomme når 1) en sak blir definert annerledes, 2) nye aktører blir involvert og 3) saken får mer oppmerksomhet i media og i befolkningen (Stachowiak 2009) oppfyller det sveitsiske case alle tre av disse. Med inntreden av HIV/AIDS epidemien spesielt ble saken definert fra å være et problem for rusavhengige selv til et problem for den øvrige befolkningen (Herzig, personlig kommunikasjon). Det samme kan sies om imageproblemet knyttet til de åpne russcenene. Nye aktører ble også involvert, spesielt leger som begikk sivil ulydighet gjennom å bruke medikamenter som både metadon og heroin på en ulovlig måte i møte med sine pasienter (Uchtenhagen, Herzig, Kormann, personlig kommunikasjon). Etter hvert som situasjonen ble verre og verre fikk saken også definitivt mer oppmerksomhet i både media og befolkningen for øvrig. Det virker også som at disse faktorene som er redegjort for utløste en kritisk fase for sveitserne som gjorde at de brøt med det eksisterende paradigme.

Hva så med Norge hvis vi ser prosessen fra 2008 til 2013 i lys av HI og PE? Når Hansen lanserte HAB som en mulighet kom dette tiltaket for alvor på banen. Slik sett kan man si at saken ble definert noe annerledes, fra å være et tiltak få hadde hørt om til å bli forsiden på Dagbladet. Saken fikk definitivt også mye oppmerksomhet i media og i befolkningen i en periode etter det ble lansert. Det ble også involvert en del nye aktører, kanskje spesielt representert ved Stoltenberg-utvalget som kom inn på banen som en direkte følge av ministerens lansering. Samtidig virket det ikke til å bevege standpunktene til de faglige aktørene på feltet i nevneverdig grad (se H₂). Men det kan argumenteres for at den prosessen som ble iverksatt av Hansen i 2008 oppfylte kriteriene til at det kunne nådd et punctuated

equilibrium, men som Stachowiak (2009) sier betyr ikke det nødvendigvis at det skjer. Men forholdene lå til rette for det.

Kan vi så henvende oss til HI og dens forklaring på endring (kritiske faser) for å finne forklaringen på hvorfor dette ikke skjedde? Situasjonen på 90-tallet i Sveits var mye verre på de variablene som er blitt diskutert, enn tilfellet var i Norge i perioden HAB ble diskutert som en seriøs mulighet. Den kritiske fasen som oppstod i Sveits rundt 1991/1992 var nok mye sterkere enn tilfellet var i Norge rundt 2008/2009 med unntak av at felles for begge tidsperioder var at de to landene begge lå i Europatoppen i antall overdosedødsfall per innbygger. HIV/AIDS gir ikke lenger den samme frykten, eller er en like stor utfordring nå som det var i de fleste vesteuropeiske land på slutten av 80 og begynnelsen av 90-tallet. Det var nok en av grunnene som muliggjorde LAR og en viss endring i paradigme i den norske narkotikapolitikken. Men i 2008 var det mindre relevant. Da står vi igjen med omfanget og konsekvensene av de åpne russcenene, og her kan man nok trygt slå fast at det var to forskjelligere verdener selv om både Oslo og Bergen i dag har velkjente åpne russcener.

7.2 H₂: De norske fagmiljøene og interessegruppene er mer splittet i synet på tiltakets effekt enn tilfellet var i Sveits

For å måle hva fagmiljøene og interessegruppene i de to eksemplene har sagt benytter jeg for Norge både intervjudata og dokumentanalyse (høringssvar til Stoltenbergutvalgets rapport), mens for Sveits benyttes i første rekke intervjudata, men også andre faglige artikler skrevet om det sveitsiske case.

I underkapittel 6.5.2 har jeg beskrevet min gjennomgang av høringsvarene til Stoltenbergutvalgets rapport, samt gitt en del enkeltsitater fra høringsbrevene fra ulike aktører. Disse dataene vil være relevante å trekke inn både her og under den neste hypotesen om koalisjoner. Som nevnt var 41 av de 73 høringsinstansene jeg har definert som tilhørende narkotikafeltet imot HAB, mens bare 9 var for. 23 tok ikke stilling.

Som redegjort for i metodekapittelet har jeg ikke tilsvarende data på Sveits, noe som selvsagt er en opplagt svakhet i testingen denne hypotesen. Jeg må derfor basere meg mer på hva mine intervjukilder har sagt om denne problematikken.

Rent kvantitativt er det mulig å slå fast at interessegruppene og de faglige aktørene i Norge ikke bare var splittet i synet på HAB, de var en klar overvekt av motstandere.

En av mine intervjuobjekter i Sveits, Adrian Korman trakk frem viktighetene av legene, og at mange leger støttet HAB. Han mener legene som fagfolk var viktigere enn sosialarbeiderne

“It was important to have all the medical doctors on, well not all, but some important medical doctors on your side to introduce these programs. Among the doctors there were many skeptical persons off course, but if I compare it with other countries were the initiatives to liberalize the drug policy comes more from the social workers, it came also very much from the doctors in Switzerland, I think this was an important point. Because the doctors were in a position also to prescribe methadone or heroin, and the social workers aren’t. So the social workers are, they depend on politics and the doctors which have more freedom to make therapies” (Kormann, personlig kommunikasjon 2012:2)

En annen viktig aktør innenfor narkotikafeltet er politiet. Beat Rhyner, sjefen for narkotikapolitiet i Zürich, påpeker at politiet på 1980- og begynnelsen av 90-tallet mente at problemet kunne løses ved hjelp av lovutøvelse alene:

“You have to put enough police on it, and arrest everybody and we solve the problem (...) The four pillar strategy was not widely accepted within the police. And that changed during the time of the open drug scenes (...) There was quite a big frustration within the police force, they had a lot of overtime during he open drug scenes. The scene was very violent with a lot of attacks on police, a lot of crime around the open drug scenes, and that changed the opinion of a lot of police officers” (Rhyner, personlig kommunikasjon 2012:3)

Vi kan fastslå at et stort flertall av norske fagfolk og interesseorganisasjoner, riktignok med ulike begrunnelser, var imot å innføre et prøveprosjekt med heroinassistert behandling. Spørsmålet er om de var mer splittet i sitt syn enn tilfellet var i Sveits. Dette kan jeg dessverre ikke fastslå all den tid jeg ikke har data fra Sveits som er sammenlignbare med den norske høringsrunden rundt Stoltenberg-utvalgets rapport. På bakgrunn av de intervjuer jeg har

gjennomført med sveitsiske aktører vil jeg allikevel hevde at flere interessegrupper og fagfolk var åpne for dette tiltaket i Sveits da debatten pågikk enn tilfellet var, og fortsatt er, i Norge.

Men hva kan bidra til å forklare at faglige aktører i Norge i større grad var skeptiske til tiltaket? For å forklare det vil jeg se dette i lys av historisk institusjonalisme. Greener (2005:62) påpeker som nevnt i kapittel 3 at «choices formed when an institution is being formed, or when a policy is being formulated, have a constraining effect into the future». Karl Evang var helsedirektør i Norge fra 1939 til 1972, altså i den perioden vi kan si at Norge fikk en narkotikapolitikk. Waal (personlig kommunikasjon 2013) sier at Evang var opptatt av å se på den nye narkotikautfordringen, eller «epidemien» som han kalte det, som noe som måtte møtes med sosiale, ikke medikamentelle, virkemidler.

Evang ble etterfulgt av Thorbjørn Mork som i stor grad hadde den samme tilnærmingen (Blindheim & Waal, personlig kommunikasjon). Begge disse helsedirektørene, som til sammen satt i 53 år, var sentrale i utformingen av den narkotikapolitiske tilnærmingen. Evang skrev til og med store deler av den første stortingsmeldingen på feltet selv (Blindheim 2011). Denne valgte stien har nok i stor grad lagt føringer på den faglige tilnærmingen etter dem. Riktignok har tilnærmingen endret seg i retning av skadereduksjon, men dette ser ut til å kunne tilskrives kritiske faser (HIV/AIDS epidemien og stadig økende overdosedødsfall). Men innføring av heroinassistert behandling, sammenlignet med LAR, ville vært et mye større steg vekk fra den tilnærmingen som var rådende da Evang & Mork var helsedirektører.

7.3 H₃: Koalisjonene for en ny policy tilnærming var bredere og annerledes i Sveits enn i Norge

For å redegjøre for koalisjonene i Sveits vil jeg først og fremst benytte Uchtenhagen (2009) og Kübler (2001) som begge tar for seg disse koalisjonene i lys av Advocacy Coalitions Framework (ACF) rammeverket. Dette vil bli supplert med intervjudata fra mine sveitsiske intervjuobjekter.

Ha i mente at ACF ser på policy prosessen som en konkurranse mellom koalisjoner av aktører som kjemper for sitt syn på policy problemer og løsninger (Kübler 2001:624). Innenfor

konteksten av sveitsisk narkotikapolitikk betyr dette en konkurranse mellom nulltoleransekoalisjonen og skadereduksjonskoalisjonen (Uchtenhagen 2011:2)

Skadereduksjonskoalisjonen, som også kan kalles aktørene for forandring, besto av svært forskjellige og mangfoldige organisasjoner og personer. De startet først uten en koordinert plan, men alle tok til orde for en strategi som gjorde at man kunne unngå spesifikke negative konsekvenser (HIV/AIDS, kriminalitet, dødsfall), altså en skadereduserende tilnærming. Disse spente fra Røde Kors og medisinske fagorganisasjoner, blant annet infeksjonsspesialister og private/ideelle organisasjoner som ARUD, til ad hoc såkalte 'concerned citizens' som ofte var foreldre til rusavhengige, men også bymyndighetene i Zürich som etter hvert ble aktive promotører for innføring av HAB (Uchtenhagen 2011:3)

Den andre siden, den såkalte nulltoleranse-koalisjonen, var i følge Uchtenhagen (2011:3) utbredt i ulike sektorer av samfunnet. Han trekker frem høyresiden i det politiske spektrum, konservative kretser av leger og helsearbeidere involvert i rusfrie behandlingstilbud.

Herzig trekker frem hvordan leger med ulikt syn grupperte seg for å igjen påvirke de politiske partiene:

“A very important player in the whole drug policy are doctors. And in Switzerland there also were doctors who were in favor of this so called liberal drug policy we have today. But there were also different doctors, there was also a group of doctors that were organized for being tough on drugs. So there were both tendencies, and they both got organized. But doctors were always really important in for instance informing politicians. So the liberal organization of the drug doctors tried to influence the left wing and the liberal politicians. And the conservative doctors tried to influence the other politicians” (Herzig, personlig kommunikasjon 2012:6)

Waal trekker frem at en forskjell mellom Norge og Sveits var at sistnevnte etterhvert fikk en konsensuspolitikk på narkotikafeltet:

«I de fleste land så har man hatt en tendens til at radikale grupperinger, liberale grupperinger har en tendens til å være liberale og ha skadereduksjon, mens konservative

grupperinger og til dels sånn fremskrittsparti type grupperinger har hatt undertrykkelse og represjon. Så har du hatt et skifte, noen ganger får du et skifte i politikk. Det som skjedde i Sveits var at man sluttet med det. Lenge var det sånn at så vant den ene så vant den andre, så prøvde man å sette inn ulike hjelpetiltak, alt fra kondomautomater til metadonautomater til busser for prostituerte, alle mulige greier. Så var det liksom ingenting som hjalp, så kom politiet og jaget alle vekk, så hjalp ikke det heller. Så fikk de en slags konsensuspolitikk og det var det som egentlig var snupunktet i Sveits. Det var en katastrofeopplevelse som gikk helt fra bystyret til kantonstyret til den nasjonale regjeringen, alle var i grunn enig i at nå måtte man slå kreftene sammen og gjøre noe effektivt. Den situasjonen har vi aldri hatt i Norge» (Waal, personlig kommunikasjon 2013:9)

Ettersom prosessene som ledet frem til det sveitsiske ja til HAB og det norske foreløpige nei ikke skjer samtidig i tid er det til en viss grad vanskelig å sammenligne de to landene når det kommer til koalisjonene som oppstod. Med det i mente ser vi allikevel noen viktige forskjeller. At bymyndighetene i Zürich etter hvert ble en aktiv promotør av HAB opp mot føderale myndigheter, og på denne måten ble en aktiv del av den skadereduserende koalisjonen står i kontrast til Norge. Som nevnt i det foregående kapittelet var et flertall av politikerne i både Bergen og Oslo imot dette tiltaket.

Når jeg spurte Bjarne Håkon Hansen om hvilke aktører han følte var på lag med han når han lanserte HAB svarte han kontant «*Veldig få*». Han trekker derimot frem den store motstanden han møtte fra de som jobbet innenfor feltet. (Hansen 2013, personlig kommunikasjon)

De som har jobbet aktivt for dette tiltaket har først og fremst vært Foreningen for Human Narkotikapolitikk gjennom deres leder Arild Knutsen som har vært veldig synlig i media på dette feltet. I tillegg kommer partiene Venstre og SV, samt en del ungdomspartier. Det vil nok være trygt å fastslå at man ikke har hatt en tilsvarende bred skadereduserende koalisjon i Norge som tilfellet var i Sveits som både har målbært en linje i retning av skadereduksjon generelt og heroinassistert behandling spesielt. Den koalisjonen så man til en viss grad på 1990-tallet ved innføringen av LAR, men man så den ikke oppstå rundt HAB på samme måte vel ti år senere.

Hvis vi ser på hvilke partipolitiske koalisjoner som dukket opp rundt dette spørsmålet var den også mye bredere i Sveits enn i Norge. I Sveits var det en koalisjon av Sosialdemokratene, De Liberale og Kristendemokratene (Uchtenhagen, personlig kommunikasjon 2012) som fant sammen i utformingen av 'fire-pilar'-strategien. I følge Herzig (personlig kommunikasjon 2012) endret De Liberale standpunkt på grunn av press fra næringslivet.

“They were linked to big business like banks and international companies. So because of the pressure of those companies the Liberals changed their drug policy and went closer to the Social Democrats who were by the way tough on drugs in the 80s but they changed a bit earlier” (Herzig, personlig kommunikasjon 2012:6)

I Norge har vi så langt ikke sett en tilsvarende koalisjon. De to partiene som var for HAB i Norge i forrige stortingsperiode, SV og V utgjorde bare vel 7 % av mandatene i Stortinget. Selv om det finnes et mindretall i både Ap, H og FrP er man fortsatt et godt stykke unna i Norge å danne en tilsvarende koalisjon som i Sveits.

Koalisjonen mot HAB i Norge har derimot vært relativt brede, og bestått av alt fra politiet til en brukerorganisasjon som RIO. Den har også bestått av tunge faglige aktører som Helsedirektoratet og Den norske legeförening. Selv om det har vært ulik argumentasjon fra disse aktørene (prinsipiell og pragmatisk), og noen har vært mer høylytt enn andre, har de fortsatt alle vært motstandere av Stoltenberg-utvalgets forslag. Det samme har fem av syv stortingspartier (Ap, Sp, KrF, H og FrP) som til sammen utgjorde 155 av 167 stortingsrepresentanter.

7.4 Andre forklaringer?

Det kan være en rekke andre forhold som har vært med på å påvirke forskjellene i utfall mellom Norge og Sveits, men som jeg ikke har valgt å ta gå i dybden eller for den saks skyld ikke tenkt på. Her avslutningsvis skisserer jeg opp noen mulige andre forklaringer som andre inviteres til å forske nærmere på.

7.4.1 Er heroin som problem like relevant i dag?

Utfordringer knyttet til heroin har endret seg i Norge, men også andre deler i verden de siste ti årene. I Norge anslår Bretteville-Jensen & Amundsen (2009:34) at det samlede heroinforbruket i Norge er blitt redusert fra rundt 2 000 kilo i perioden 2000-2002 til i underkant av 1 450 kilo i perioden 2006-2008, noe som i hovedsak skyldes nedgang i antall brukere av stoffet.

Helge Waal (personlig kommunikasjon) trekker frem at det internasjonale heroinproblemet har stagnert, og kanskje til og med gått noe tilbake. Dette synet støttes av den siste rapporten fra European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (2012). Den slår fast: «We may now be moving into a new era in which heroin will play a less central role in Europe's drug problem».

7.4.2 Sen innføring av LAR

Den samme rapporten påpeker også at over halvparten av de estimerte 1,4 millioner regelmessige brukerne av heroin i EU medregnet Norge i dag har tilgang til substituttbehandling (LAR). Dette er også et poeng det er verdt å legge merke til. Når Sveits innførte HAB var ikke substituttbehandling like utbredt i Europa som det er i dag. Norge innførte som nevnt LAR først i 1997 og har gjort det gradvis mer til et lavterskeltilbud. Hvorvidt behovet for HAB for enkelte rusavhengige er til stede må avgjøres på medisinsk bakgrunn, men det faktum at Norge, i motsetning til Sveits, kom sent i gang med LAR kan muligens ha noe å si for hvordan behovet for HAB vurderes. Blindheim sier dette om Helsedirektoratets tilnærming

«Vi ble jo spurt her på huset i forbindelse med Stoltenberg-utvalgets arbeid hva vi mente om heroinassistert behandling, og jeg tror vi svarte veldig klart at vi ikke så noen prinsipiell forskjell mellom det og bruk av metadon og subutex, men vi anbefalte at man bygget ut LAR ferdig først, så fikk man se hva man vil gjøre» (Blindheim, personlig kommunikasjon 2013:3)

7.4.3 Kultur og aksept for eksperimentering med medikamenter

Et annet moment som ble trukket frem av Ambros Uchtenhagen som en viktig faktor for hvorfor det var en aksept for å innføre et tiltak som HAB i Sveits var den sveitsiske

holdningen til eksperimentering. Sveitserne innførte som tidligere nevnt først et prøveprosjekt i perioden 1994 til 1996. Inntrykket hans er at denne holdningen er annerledes i Sveits enn i Norge

One difference may be that in Switzerland we have been more open to experimentation. Even if the politics and the population in general is rather conservative, there is a certain tolerance for experimentation. If some group wants to find out new ways, okay, let them do it. See what happens. (...) Today, if we look at the rich country of Switzerland, its only due to insurance, bank business and any kind of services and experimentation in industrial areas. I mean I'm so surprised that swiss engineers are competing in space research, such a small country. So the invitation to find new ways through experimentation I think has a certain tradition here (Uchtenhagen, personlig kommunikasjon 2012:5)

Bjarne Håkon Hansen, som selv var på besøk i Sveits for å høre om deres erfaringer, beskriver det slik

Det var ikke noe ideologisk fuss, det var bare hjelper det? Funker det eller funker det ikke? Funker det så gjør vi det, funker det ikke så dropper vi det (...) Altså det er helt sånn avkledd, følelsene om moral, og hele denne debatten som fort kommer i Norge (Hansen, personlig kommunikasjon 2013:6)

Hvorvidt det stemmer at Sveitserne har et mer pragmatisk forhold til eksperimentering, og om Norge i større grad lar moral spille inn i vurderingen av slike spørsmål har jeg ikke gjort noe forsøk på å gå dypere inn i enn det som nettopp er beskrevet. Men det nevnes som en annen mulig forklaring eller delforklaring på forskjellen mellom disse to landene.

7.4.4 Forskjeller i styringssystem

En sentral forskjell mellom Norge og Sveits, som redegjort for i kapittel 2, er forskjellene i styringssystem. Jeg har valgt å ikke gå i dybden på en eventuell hypotese om hva dette kan ha hatt å si for det forskjellige utfallet fordi jeg ikke ønsker å gjøre oppgaven for vid, men det kan definitivt være en viktig faktor.

En vesensforskjell mellom Norge og Sveits er sistnevntes hyppige bruk av folkeavstemninger som også har gjort seg gjeldende i denne kontekst gjennom tre avstemninger redegjort for tidligere i oppgaven. Det viser seg at har vært motstanderne av HAB som har benyttet dette virkemiddelet aktivt, og ettersom det var det føderale nivået som i 1994 godkjente et prøveprosjekt med HAB kan det ikke sies å ha hatt en påvirkning på at det ble åpnet opp for. Men ettersom HAB først ble permanent vedtatt etter den første folkeavstemningen i 1997 har det vært en viktig faktor i å konsolidere denne policyen. Den nærmeste pekepinnen vi har på hva som ville skjedd hvis norske velgerne skulle tatt direkte stilling til HAB gjennom en folkeavstemning er meningsmålingen Infact gjorde på oppdrag fra VG i 2009 der det fremkom at 35,4 % var positiv, 42,4 % negativ og 22,1 % ikke hadde en bestemt oppfatning. Det er derimot uansvarlig å trekke en konklusjon på bakgrunn av en enkelt måling.

En annen viktig forskjell er at Norge er et mer sentralisert land enn Sveits. I intervjuet mitt med Helge Waal trakk han frem et interessant poeng i denne sammenhengen:

Jeg tror det er en sterkere sentral styring av helsepolitikken i Norge, du har en klarere og mer konsensus faglig styring ut i fra den til enhver tid valgte sannhet, slik at det å forandre en policy, eller prøve ut noe som er i strid med den policyen kan være noe tyngre i Norge (Waal, personlig kommunikasjon 2013:6)

8. Konklusjon

Norsk narkotikapolitikk har endret seg mye gjennom årene og har gått fra en tilnærming der rusfrihet og nulltoleranse har vært viktige prinsipper til en mer skadereduserende tilnærming først og fremst illustrert gjennom innføringen og utvidelsen av LAR siden 1997. Den norske tilnærmingen til narkotikautfordringen har derimot så langt ikke ønsket å inkludere heroinassistert behandling av både pragmatiske og prinsipielle hensyn.

Jeg har i det forrige kapitlet analysert tre hypoteser for å forklare oppgavens problemstilling. I tillegg har jeg trukket opp noen mulige andre forklaringer. Man skal generelt være forsiktig med å påstå at bare en forklaringsvariabel kan forklare utfallet på den avhengige variabelen. Disse forklaringene utelukker ikke hverandre, ei heller utelukker de mulige andre årsaker jeg ikke har gått i dybden på. De er snarere tvert imot supplerende.

Av de tre hypotesene jeg presenterer i denne oppgaven virker H_1 til å være den hypotesen datamaterialet er tydeligst på er en medvirkende årsak til at Norge ikke fulgte etter Sveits i innføringen av HAB. Problemene knyttet til narkotika i Sveits, spesielt HIV/AIDS og omfang av og problemer knyttet til åpne russcener, førte til en kritisk fase der sveitsiske politikere og fagfolk så seg nødt til å til å reformere hele policytilnærmingen til narkotikafeltet. HAB var bare en av komponentene i denne nye tilnærmingen, men det var dog gjennom dette at tiltaket ble innført.

En slik kritisk fase som har ført til HAB i Norge har ennå ikke skjedd. Det kan nok argumenteres for at man på 1990-tallet møtte en slik kritisk fase også i Norge når overdosedødsfallene steg, og man møtte dette med innføringen av LAR. Men HAB var på det tidspunktet fortsatt relativt ukjent. Da Bjarne Håkon Hansen lanserte HAB i Norge som en mulighet i 2008 var det på bakgrunn av det kan selv kaller en «artikkelserie i Dagbladet om den feilede norske narkotikapolitikken» (Hansen, personlig kommunikasjon 2013). Mulighetene lå til rette for innføringen av det, spesielt når det uavhengige ekspertutvalget Stoltenberg-utvalget også gikk inn for det i 2010. Samtidig lå Norge fortsatt høyt på overdosedødsfall statistikken i Europa og åpne russcener i både Oslo og Bergen var synlige både for befolkningen og i media. Allikevel ble ikke tiltaket innført som en prøveordning da

Stortinget behandlet rusmeldingen i mars 2013. Årsakene til dette kan nok blant annet forklares med det som framkommer i analysen av H₂ og H₃. For eksempel var tilbakeføringsmekanismene og stivhengigheten, som jeg mener har vært utslagsgivende i for at norske fagmiljøer var så skeptiske til tiltaket, vært for sterk til å gjennomføre det mange vil hevde ville vært et radikalt brudd med det norske narkotikaparadigme, nemlig å bruke et ulovlig stoff som en del av en behandling/rehabilitering.

Både i Norge og i Sveits var det koalisjoner som ønsket en mer skadereduserende tilnærming, herunder HAB og en tilnærming mer basert på målet om rusfrihet. Førstnevnte koalisjon var bredere og hadde mer gjennomslag i Sveits enn i Norge. Men det var nok en lettere jobb for denne koalisjonen i Sveits enn i Norge fordi omfanget av problemet var større der, som da henger sammen med H₁.

En annen delforklaring på hvorfor Norge endte opp med å si nei til dette tiltaket kan være på ganske individuelt nivå. Det er vanskelig å spå hva som ville skjedd, men følgende eksempler illustrerer hvordan et slikt spørsmål kan være avhengig av enkeltindivider eller ganske få individer. Hva hadde skjedd dersom Bjarne Håkon Hansen fortsatte som helseminister etter valget i 2009? Som han selv sier det: «Så av helt andre grunner så valgte jo jeg å hoppe av, og da tror jeg litt av saken falt sammen, fordi Anne Grete ikke hadde det samme engasjementet i å følge opp, hun var nok egentlig mot, og jeg var for» (Hansen, personlig kommunikasjon 2013:2). Vi vet heller ikke hvor stort flertallet i Arbeiderpartiets stortingsgruppe som gikk imot forslaget i april 2012 var. Vi vet derimot at det var en uenighet. Hva ville skjedd dersom de kom til den motsatte konklusjon? Ville dette gjort at Regjeringen følte seg forpliktet til å legge frem en rusmelding der tiltaket var inkludert? Ville dette ført til at de daværende regjeringspartiene ville sikret flertall i Stortinget? Som sagt, det er vanskelig, for å ikke si umulig, å vite, men det illustrerer marginene og i Bjarne Håkon Hansens tilfelle; tilfeldighetene som også må tas med i vurderingen i spørsmålet problemstillingen stiller. Samtidig trenger det, i tilfellet om Ap stortingsgruppe, ikke å være en tilfeldighet i det hele tatt. Det er fullt mulig at årsakene til at resultatet ble som det ble hadde sammenheng med de tre hypotesene jeg har skissert.

Oppsummert vil jeg da trekke frem følgende punkter som mulige forklaringer for å besvare problemstillingen om hva som kan bidra til å forklare at Norge, i motsetning til Sveits, ikke har innført HAB

- Problemene knyttet til narkotika har ikke vært så store i Norge at det har utløst en kritisk fase der en så radikal politikk som HAB har blitt akseptert
- Fagfolk og interesseorganisasjoner har vært i overvekt negative til innføring av en slik politikk, blant annet grunnet stivhengighet og tilbakeføringsmekanismer som kan spores tilbake til Evang & Morks tid som helsedirektører.
- Koalisjonen for skadereduksjon generelt, og HAB spesielt, i Norge har ikke vært stor nok å kunne få gjennomslag opp mot sentrale myndigheter.

9. Litteraturliste

Andenæs, Johs. (1994). Straffen som problem. Exil Forlag, Halden

Aoyagi, Melissa T. (2005) Beyond Punitive Prohibition: Liberalizing the dialogue on international drug policy. Journal of International Law and Politics

Birkland, Thomas A. (2011) An Introduction to the Policy Process. Theories, Concepts, and Models of Public Policy Making, Third Edition. M.E. Sharpe. Armonk, New York. London, England.

Bergen.kommune.no (2013) – Retningslinjer for LAR
<https://www.bergen.kommune.no/tjenestetilbud/helse/psykisk-helse/rustiltak/legemiddelassistert-rehabilitering-lar>

Bogner, Alexander, Litting, Beate og Menz, Wolfgang (2009) Interviewing experts. Hampshire, Palgrave Macmillan

Blindheim, Martin (2011) Mind the gap. Tanker etter gjennomlesning av stortingsmeldinger på rusfeltet. Fagrådets jubileumskonferanse 12. september 2011

Brandsberg-Dahl, Astrid. (2000). Fra konflikt til konsensus. Fremvekst og utforming av metadonassistert rehabilitering i Norge på 1990-tallet, i lys av massemedia, sosiale mekanismer og sosial handlingsteori. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi (UiO)

Bretteville-Jensen, Anne Line, Snertingdal, Mette, Hordvin, Odd (2011). Mot en mindre restriktiv narkotikapolitikk? Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet. Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken. SIRUS-rapport 3/2011

Büechi, Martin & Minderm Ueli (2001). Swiss Drug Policy. Harm Reduction and Heroin-Supported Therapy. Fraser Institute Digital Publication. Sensible Solutions to the Urban Drug Problem. Edited by Patrick Basham.

Bühler, R. (2005) The medical prescription of heroin in Switzerland: consequent changes to the legal framework. In Rihs-Middel, R. Hämmig, and N. Jacobshagen, eds. Heroin-assisted treatment: work in progress:199-206. Bern: Swiss Federal Office of Public Health

Collin, Chantal (2002) Switzerland's Drug Policy. Prepared for the Senate Special Committee on illegal drugs. Library of Parliament (Canada).

Christensen, Tom, Egeberg, Morten, Larsen, Helge O., Lægreid, Per, Roness, Paul G. 2008. Forvaltning og politikk. Universitetsforlaget

Csete, Joanne (2010) From the Mountaintops. What the world can learn from drug policy change in Switzerland. Global Drug Policy Program. Open Society Foundations.

Church, Clive H. (2004) The Politics and Government of Switzerland. Palgrave Macmillan.
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2012). 2012 Annual report on the state of the drugs problem in Europe

EMCDDA (2012/2) European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction. 2012 Annual report on the state of the drug problem in Europe

Fischer, Benedikt, Oviedo-Joekes, Eugenia, Blanken, Peter, Haasen, Christian, Rehm, Jürgen, Schechter, Martin T., Strang, John, van den Brink, Wim (2007) Heroin-assisted Treatment (HAT) a Decade Later: A Brief Update on Science and Politics

Fjær, Svanaug (2010) Sosiologien som forsvant. Nytt Norsk Tidsskrift 01-02, 153-161

Furunes, Håvard, Spigset, Olav og Slørdal, Lars (2003). Heroin – et nyttig analgetikum? Tidsskrift for Den norske legeforening. Nr 24 123:3512-4

Gerring, John (2007). Case Study Research. Principles and Practices. Cambridge University Press

George, Alexander L. & Bennett, Andrew (2005) Case Studies and Theory Development in the Social Sciences. MIT Press

Gierløff, Fredrik (2010) Fra Kimære til Leviatan. Substitusjonsbehandling i norsk narkotikapolitikk. Masteroppgave ved Senter for Teknologi, Innovasjon og Kultur. Universitetet i Oslo

Green D. & Shapiro I. (1994) The Pathologies of Rational Choice. New Haven, CT: Yale University Press

Greener, Ian (2005) State of the Art. The Potential of Path Dependence in Political Studies. Politics: 2005 VOL 25(1), 62-72

Greenwood, Royston & Hinings, C.R. (1996) Understanding Radical Organizational Change: Bringing together the Old and the New Institutionalism. The Academy of Management Review, Vol. 21, No. 4, pp. 1022-1054

Grob, P.J. (2009) Zürcher “needle park”: ein stuck Drogengeschichte und politik 1968-2008. Zürich. Chronos Verlag.

- Grønmo, Sigmund (2007) Samfunnsvitenskapelige metoder. Fagbokforlaget
- Helse og omsorgsdepartementet (2008). Opptrappingsplanen på rusfeltet. Oslo:Helse- og omsorgsdepartementet
- Hogan, John & Doyle, David (2009) A comparative framework: How broadly applicable is a 'rigorous' critical junctures framework? Acta Politica Vol. 44, 2, 211-240
- Hordaland Politidistrikt (2011) Nygårdsparken, ingen muligheter for "kvikkfiks". Bergen 22. februar
- Hunt, N. (2004): Public Health or Human Rights: what comes first? Drug Policy 15:231-237
- Høgskolen i Østfold. Arbeidsrapport 2003
- Høyres stortingsvalgprogram 2009-2013
- Høringssvar Actis (2011) Høring- Stoltenbergutvalget: Rapport om narkotika
- Høringssvar Bergen kommune (2011) Høring- Stoltenbergutvalget: Rapport om narkotika
- Høringssvar Den norske legeforening (2011) Høring- Stoltenbergutvalget: Rapport om narkotika
- Høringssvar Fagrådet innen rusfeltet (2011) Høring- Stoltenbergutvalget: Rapport om narkotika
- Høringssvar Foreningen for human narkotikapolitikk (2011) Høring- Stoltenbergutvalget: Rapport om narkotika
- Høringssvar Helsedirektoratet (2011) Høring- Stoltenbergutvalget: Rapport om narkotika
- Høringssvar Oslo kommune (2011) Høring- Stoltenbergutvalget: Rapport om narkotika
- Høringssvar Politiets Fellesforbund (2011) Høring- Stoltenbergutvalget: Rapport om narkotika
- Høringssvar Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (2011) Høring- Stoltenbergutvalget: Rapport om narkotika
- Jenkins W.I. (1978) Policy Analysis, Oxford: Martin Robertson, Ch. 1.

John, Peter (2003). Is there life after Policy Streams, Advocacy Coalitions, and Punctuations: Using Evolutionary Theory to explain Policy Change? *The Policy Studies Journal*. Vol 31, No. 4

Klingemann, H.K.H. (1996). Drug treatment in Switzerland: harm reduction, decentralization and community response. *Addiction* 91: 723-36

Kristelig Folkepartis stortingsvalgprogram 2009-2013

Kristelig Folkepartis stortingsvalgprogram 2013-2017

Kübler, Daniel (2001) Understanding policy change with the advocacy coalition framework: an application to Swiss drug policy. *Journal of European Public Policy*, 8:4, 623-641

Lenton, Simon & Single, Erik (1998) The Definition of Harm Reduction. *Harm reduction digest* 1. *Drug and Alcohol Review* 17, 213-220.

Lov om ordning med lokaler for injeksjon av narkotika (Sprøyteromsloven) (2004)
<http://www.lovdatab.no/all/hl-20040702-064.html>

Marlatt, Alan G., Larimer, Mary E., Witkiewitz, Katie (2012). *Harm reduction – Pragmatic Strategies of Managing High-Risk Behaviors*. Second Edition

NOU nr 5 (2006) Norsk helsearkiv – siste stop for pasientjournalene. Om arkivdepot for spesialisthelsetjenesten. Helse og omsorgsdepartementet

NOU nr 24 (1995) Alkoholpolitikken i endring. Hvordan norske myndigheter kan møte de nye utfordringer nasjonalt og internasjonalt. Sosial og helsedepartementet

Ot.prp. nr. 56 (2003) Om midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika

Oxford Dictionaries - <http://www.oxforddictionaries.com/>

Politisk behandling av Stoltenberg-utvalgets rapport, Oslo bystyre 2010. Sak 412 Høring – Stoltenberg-utvalgets rapport om narkotika – byrådssak 275 av 18.11.2010

Politisk behandling av Stoltenberg-utvalgets rapport, komite for helse og sosial i Bergen bystyre 2011 – sak 1/11 05.01.2011

Powell, W.W., & DiMaggio, P.J. (1991) Eds. *The new institutionalism in organizational analysis*: University of Chicago Press

Pierson, Paul (1993). When effects becomes cause: policy feedback and political change. 595-628. World Politics vol. 45, nr. 4

Pryce, Sue (2012) The Politics of Drug Prohibition. Palgrave Macmillan

Regjeringen.no (2012) Pressemelding – En helhetlig rusmiddelpolitikk 22.06
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2012/en-helhetlig-rusmiddelpolitikk.html?id=686780>

Report of the Global Commission on Drug Policy (2011)

Rihs-Middel, M and R. Hämmig (2005). Heroin-assisted treatment in Switzerland: an interactive learning process combining research, politics and everyday practice. In Rihs-Middel, M., R. Hämmig, and N. Jacobshagen eds. Heroin-assisted treatment: work in progress:11-12. Bern: Swiss Federal Office of Public Health

Ryen, Anne (2002) Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid. Fagbokforlaget

Sabatier, Paul A. (1999) Theories of the Policy Process. Theoretical Lenses on Public Policy. Westview Press

Sandberg, Sveinung & Pedersen, Willy (2005) 'Rett fra pikerommet, men ransel på ryggen?' Om ungdom som oppholdt seg rundt Plata. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA Rapport 6/05

Single E. & Rohl T. (1997) The National Drug Strategy: Mapping the future. Report commissioned by the Ministerial Council on Drug Strategy. Canberra: AGPS

Skretting, Astrid & Olsen, Hilgunn (2009). Nye lokaler – andre resultater? Videreført evaluering av sprøyteromsordningen i Oslo. SIRUS-Rapport nr. 7/2009.

Skretting, Astrid (1997). Evaluering av metadon-prosjektet i Oslo. Del I: Etablering, inntak av pasienter og forholdet til øvrige behandlingstiltak

Single Convention on Narcotic Drugs 1961, United Nations

Stachowiak, Sarah (2009). Pathways for change. 6 Theories about how policy change happen. Organizational Research Services

Steinmo, Sven (2001) «The New Institutionalism» in Clark, Barry and Joe Foweraker (red): The Encyclopedia of Democratic Thought. London: Routledge

Stoltenbergutvalget (2010). Rapport om narkotika

Strang, John, Groshkova, Teodora og Metrebian, Nicola (2012). New heroin-assisted treatment. Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond. EMCDDA Insights.

Sacu.org (2006) Society for Anglo-Chinese Understanding
<http://www.sacu.org/opium.html>

Sosialdepartementet (2002) Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005

Sosialistisk Venstrepartis arbeidsprogram 2009-2013

Sosialistisk Venstrepartis arbeidsprogram 2013-2017 <http://sv.no/Politikken/Arbeidsprogram-2013-2017>

Sosialistisk Venstrepartis landsstyre (2012). Uttalelse 'Hjelp til alle' vedtatt 21.04 12.
<http://sv.no/Partiet/Partiets-organer/Landsstyret/Uttalelser/Hjelp-til-alle>

Stortingets helse og omsorgskomite (2013) Komiteens merknader til rusmeldingen Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2012-2013/inns-201213-207/2/>

Stortinget.no 2013. Voteringsoversikt for sak: Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk
<http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/Voteringsoversikt/?p=54206&dnid=1>

Thelen, Kathleen (1999) Historical Institutionalism in comparative politics. *Annu. Rev. Polit. Sci.* 2:369-404

Uchtenhagen, Ambros (2009) Heroin-assisted treatment in Switzerland: a case study in policy change. *Addiction. Policy Case Studies*

Uchtenhagen, Ambros (2011) The role of coalitions in drug policy. Some theoretical and observational considerations. *Editorial Addicciones* 23:339-343

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime (2009) – A Century of International Drug Control
http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/100_Years_of_Drug_Control.pdf

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime (2012) World Drug Report. United Nations, New York.

Venstres stortingsvalgprogram 2009-2013

Venstres stortingsvalgprogram 2013-2017

Wood, Evan, Werb, Daniel, Marshall, Brandon, Montaner, Julio, Kerr, Thomas (2009) The War on Drugs: a devastating public-policy disaster. The Lancet, Volume 373, Issue 9668, Pages 989-990.

Yin, Robert K. (2009) Case Study Research. Design and Methods. Fourth Edition. Applied social research methods series. Volume 5. Sage

Medieartikler

BA 23.09.13 «Aksepterer KrF sprøyterom skal jeg gi dem all ære for å ta til fornuften»
<http://www.ba.no/nyheter/article6878204.ece>

BBC 30.11.08 “Swiss approve prescription heroin”
<http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/7757050.stm>

BT 21.06.12 “Ville gi heroin til rusbrukere”
<http://www.bt.no/nyheter/lokalt/Ville-gi-heroin-til-rusbrukere-2724777.htm> l

Dagbladet 01.12.08 «Vurderer å dele ut heroin på statens regning»
<http://www.dagbladet.no/2008/12/01/nyheter/ruspolitikk/narkomane/3883046/>

NRK 02.05.12 «Ap sier nei til gratis heroin»
<http://www.nrk.no/nyheter/norge/1.8113950>

Reuters 29.08.13 «U.S. allows states to legalize recreational marijuana within limits”
<http://www.reuters.com/article/2013/08/29/us-usa-crime-marijuana-idUSBRE97S0YW20130829>

The New York Times 27.09.90 “Zürich Journal; A marketplace for Drugs, a Bazaar of the Bizarre”
<http://www.nytimes.com/1990/09/27/world/zurich-journal-a-marketplace-for-drugs-a-bazaar-of-the-bizarre.html>

The New York Times 16.05.2012 “Mexicans unflinching in face of drugs”
http://www.nytimes.com/2012/05/16/world/americas/mexicans-unflinching-in-face-of-drug-%20wars-carnage.html?pagewanted=all&_moc.semityn.www&r=0

The Guardian 05.02.09 “Dose of reality fuels new initiatives to help addicts”
<http://www.theguardian.com/society/2009/feb/05/denmark-state-funded-heroin>

The Guardian 04.10.13 “Uruguay: the world’s laboratory for marijuana legalization”
<http://www.theguardian.com/commentisfree/2013/oct/04/uruguay-legalize-marijuana-george-soros>

TV2 13.03.12 “Bergen Venstre vil legalisere narkotika”
<http://www.tv2.no/nyheter/politisk/bergen-venstre-vil-legalisere-narkotika-3732378.html>

VG 27.04.12 «Narko-strid i Arbeiderpartiet»
<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/norsk-politikk/artikkel.php?artid=10050158>

Intervjuobjekter, refert som «personlig kommunikasjon»

Norge

Helge Waal (22. januar 2012)
Martin Blindheim (13. februar 2013)
Bjarne Håkon Hansen (13. februar 2013)

Sveits

Adrian Kormann (4. desember 2012)
Beat Rhyner (5. desember 2012)
Ambros Uchtenhagen (6. desember 2012)
Michael Herzig (6. desember 2012)

Appendix A - Intervjuguide

Generelle spørsmål intervju av norske respondenter

1. Kan du beskrive de historiske linjene til norsk narkotikapolitikk? Hvordan har den utviklet seg?
2. Hvem har vært sentrale aktører i utformingen av norsk narkotikapolitikk de siste 30-40 årene? Hvem er sentrale aktører i dag?
3. I februar kommer Stortinget etter all sannsynlighet til å si nei til forslaget til flertallet i Stoltenberg-utvalget om et prøveprosjekt med heroinassistert behandling. Hva tror du er årsaken til det?
4. Mange jeg intervjuet i Sveits forklarte deres radikale omlegging av narkotikapolitikk, inkludert heroinassistert behandling, med at HIV/AIDS blant rusavhengige begynte å bli et folkehelseproblem, samt at de åpne russcene med tilhørende konsekvenser begynte å bli et imageproblem for det sveitsiske samfunnet internasjonalt. På hvilken måte er Norge likt eller ulikt Sveits når det gjelder disse to variablene?
5. Professor Ambros Uchtenhagen mente at Sveits som samfunn kanskje var, og er, mer åpen for eksperimentering enn Norge, og at dette var en viktig grunn til at det var mulig å få aksept for et prøveprosjekt med heroinassistert behandling. Tror du det er noe sannhet i det?
6. Er det andre ting du mener er viktig å fremheve for å forstå hvorfor Norge, i motsetning til Sveits, ikke ønsker å innføre heroinassistert behandling?

Tilleggsspørsmål Bjarne Haakon Hansen

7. Da du luftet forslaget om et prøveprosjekt med heroinassistert behandling i 2009, hvilke reaksjoner fikk du fra partikolleger og politikere fra andre partier?
8. Hva tror du er årsaken til at Arbeiderpartiets gruppe tidlig sommer i fjor gikk imot heroinassistert behandling. I din opplevelse, hvilke argumenter har blitt brukt for og mot det?

Generelle spørsmål intervju av sveitsiske respondenter

1. How would you describe the swiss drug policy in the 70s, 80s and early 90s before the four pillar strategy?

2. What do you think happened to make the swiss drug policy from what it was then, to what it is today. What were the key factors?

3. Who were the key players in the policy change? How important were:

- Politicians/political parties?
- Doctors/health officials?
- Social workers?
- Law prosecutors/police?
- Media?

4. Do you have any views or opinions as to why Switzerland was the first country in the world that started heroin assisted treatment?

5. What is your impression of Norwegian drug policy?

6. Is there anything else you think is important in order to understand the swiss approach to drug policy today?