

Hva er galt med norsk narkotikapolitikk?

AV ASLAK SYSE

1. INNLEDNING

Norge har i nær 50 år ført en ekstrem narkotikapolitikk, basert på den etter hvert ganske urealistiske visjonen om Norge som en narkotikafri enklave.¹ Strafferetten har vært et hovedvirkemiddel, og når dette ikke har syntes å virke, har mantraet hele tiden vært «mer av det samme». Mens narkotikalovbrudd sto for 21 prosent av alle straffereaksjoner for forbrytelser 1991, var denne andelen vokst til hele 42 prosent i 2008.

Grunnen til valget av tema er at Lotta Vahlne Westerhäll har vært opptatt av – og gjennomført flere studier om – hvor sterk og robust den svenske velferdsstaten er.

Om velferdsstaten er eller ikke er, er dels et normativt, dels et empirisk spørsmål. Narkopolitikken er et av de stedene der den sterke staten viser seg tydeligst, og det brukes både en strafferettslig og en velferdsrettslig tilnærming til «problemene». Den strafferettslige tilnærmingen får ofte et normativt preg, mens den velferdsrettslige gjerne vil framstå som mer kunnskapsbasert.

Jeg vil i dette bidraget starte med å beskrive framveksten av en ny, opprinnelig ungdomstilknyttet, narkotikabruk, og deretter skal jeg presentere myndighetenes motstrategier og de uheldige

1 Jeg vil takke Nils Christie, Hedda Gjertsen, Knut Papendorf, Bente Katja Bø og Trond Erik Welstad for både substansielle og språklige innspill til manus.

konsekvensene denne politikken har fått for den enkelte narkotikabruker og for samfunnet. Avslutningsvis vil jeg vurdere om det synes å skje endringer i det noe dystre bildet som blir tegnet, og som derfor har ført til overskriften: «Hva er galt med norsk narkotikapolitikk?»»

2. DE NYE RUSMIDLENES INNTOG

Rusfremkallende stoffer brukt i nytelsessammenheng, men med en fare for også å kunne virke avhengighetsskapende, framstår som en godt integrert del av den vesterlandske kultur, og for så vidt også av andre kulturer (Schivelbusch 1982). I den greske antikken var dyrkingen av Dionysos – som ett kulturelement – et viktig innslag, og Platon lar en av sine sentrale dialoger – *Symposion* som omhandler kjærlighetens vesen – finne sted under et drikkegilde. I andre kulturer har opium, khat og koka, for å nevne noen eksempler, hatt en tilsvarende utbredelse og plass som alkoholen i vår kultur.

Alkoholens tak på mennesket har vært erkjent lenge. Det har gjennom århundrene vært ulike lovmessige framstøt for å kontrollere produksjon, omsetning og konsum. Blant rusmidlene er alkohol fremdeles den viktigste skadevolderen. Den tar flest liv, skader flest fostre, gjør flest brukere kronisk syke og er en viktig faktor for at en del personer faller ut av arbeidslivet. Likeledes ligger alkoholbruk til grunn for, eller er utløsende for, en stor del av voldsbruken i samfunnet, både den som skjer i hjemmene og den som skjer i det offentlige rom. Like fullt er det ikke alkohol og alkoholpolitikken som står sentralt, verken i den norske samfunnsdebatten eller i den videre framstillingen.

Utgangspunktet for temaet her – den norske narkotikapolitikken – er den endringen i brukermønsteret som skjedde blant ungdom i 1960-årene. Ungdom før den tid hadde også brukt rusmidler, men som regel begrenset til de stoffene som ellers var vanlige i samfunnet, alkohol og forskrevne legemidler. Når dette i enkelte situasjoner ble opplevd som et problem, skyldtes dette at ungdom brukte stoffene før de hadde nådd en alder hvor

bruken var akseptert, eller at de brukte dem i større mengder eller hyppigere enn det aksepterte.

Før denne tid, i årene mellom 1940 til 1965, ble det etter hvert tatt i bruk et økende antall syntetiske legemidler, hvorav en del viste seg å kunne gi avhengighet som uønsket bivirkning. Fordi dette ikke var kjent, eller lagt for liten vekt på når et nytt legemiddel ble tatt i bruk, utviklet nye misbruksproblemer seg til dels upåaktet, særlig blant middelaldrende og eldre personer. Av opplysninger innhentet av helsemyndighetene i 1966, ble anslagsvis 500 personer årlig i Norge innlagt i sykehus for narkomani og anslagsvis 1 200 for medikamentforgiftninger.

Så, fra omkring 1965, oppsto det blant ungdom en ny form for bruk av illegale, avhengighetsskapende stoffer uten medisinsk betydning eller begrunnelse. Samfunnet sto helt uforberedt på denne utviklingen som opprinnelig startet med rekreasjonsmessig bruk av nye stoffer, ulike former for hallusinogener, som spredte seg i ungdomsbefolkningen, og særlig i den industrialiserte verden. Mens bruken av narkotika tidligere var «endemisk» i den forstand at den var begrenset til å omfatte enkeltindivider gjennom deres kontakt med sin lege, ble den nå «epidemisk» ved at bruken spredte seg til enkelte ungdomsmiljøer gjennom påvirkning fra andre unge innenfor miljøet, på samme måte som stoffer som var i tradisjonell bruk (Hauge 2009). Denne utviklingen kan tilbakeføres til framveksten av en egen ungdomskultur, til dels karakterisert som en motkultur. I en beskrivelse av «det moderne» i vestens kultur skriver sosiologen og filosofen Østerberg om denne motkulturen på rusmidlenes område (s. 363):

For mens alkohol er et rusmiddel som passer for prestasjonssamfunnet og dets aktive instrumentalisme, tar denne motkulturen opp det ulovlige hasjij ('hasj') som er så utbredt i Østen, og gir det en ikke-aktiv, meditativ setting. Den som inntar hasjij, blir jo ikke utadvendt og livlig eller høyrøstet, men oftest stille og innadvendt, selv om det også forekommer at rusens virkning er lattermildhet. Fremfor alt blir den som bruker hasjij, mer oppmerksom. Det er som tiden stilner, og tingene rundt en trer tydeligere frem, for ikke å tale om musikken.

3. DEN NASJONALE – OG INTERNASJONALE – VISJONEN OM DET NARKOTIKAFRIE SAMFUNN

Det at rusbruken til dels virket helt fremmed for det etablerte samfunn, og dels at rusbruken var koplet til en samfunnsprotest og rettet mot det bestående, og fordi det syntes å bli utviklet en «langhåret livsstil» (Christie 1968), syntes reaksjonene – ut fra dagens vurdering – å være uforstående og disproporsjonale.

Mye av grunnlaget for den norske narkotikapolitikken ble lagt ut fra denne uforstående reaksjonen. Hovedarkitekten de første årene var Karl Evang, helsedirektør i Norge fram til 1972, og som tidlig reiste visjonen om Norge som det «narkotikafrie samfunn». Evang var en sentral premissleverandør som leder av et ekspertstyrt helsevesen og med stor innflytelse også i kraft av sitt politiske engasjement innenfor sosialdemokratiet (Nordby 1989). Han deltok videre aktivt i WHO for også der å ta til orde for nulltoleranse mot de nye stoffene. Den rådende holdningen til folkehelse generelt og rusmidler spesielt måtte være at det nye misbruket ikke burde møtes med toleranse, men møtes av et samfunn som skulle gi ungdom sunne verdier og interesser.

Den restriktive strategien innebærer straffesanksjonerte forbud mot ikke-medisinsk bruk av – og mot handel med – narkotiske stoffer. Denne strategien har dekning i internasjonale konvensjoner vedtatt gjennom FN-systemet, for eksempel i Narkotikakonvensjonen av 1961 som omhandler opiater, kokain og cannabis. All illegal befatning med disse stoffene, som eksport, import, omsetning og besittelse skal være forbudt. Psykotropkonvensjonen fra 1971 omhandler syntetiske stoffer som hallusinogener, sentralstimulerende stoffer, hypnotika og sedative. Overenskomsten begrenser lovlig produksjon og omsetning til rent medisinske formål. Konvensjonen om illegal narkotikahandel fra 1988 omhandler lovhåndhevelse og internasjonalt samarbeid, blant annet når det gjelder politi og toll. Det er noe ulik vurdering av hvilke grenser disse konvensjonene setter mot en lettelse i politikken, men de har fungert som en normativ begrunnelse for å opprettholde den restriktive politikken i Norge.

I nasjonal politikk er denne strategien uttrykt gjennom lovverket. I Norge er både bruk, og besittelse til egen bruk, forbudt og straffebelagt. Videre er det høye strafferammer – de høyeste i straffeloven – for handel med narkotika, se nedenfor. På det retoriske nivået uttrykkes strategien fremdeles gjennom målsetningen om et narkotikafritt samfunn.

I et slikt perspektiv forsvinner nyansene. Hasj ble oppfattet som like farlig som heroin og andre harde stoffer. Det framgikk jo av FN's Narkotikakonvensjon. Det ble retorisk hevdet – eventuelt kan ledende personer som Evang også ha ment – at narkotikabruken ville kunne undergrave og ødelegge samfunnsformasjonen. Derfor ønsket man å stenge ute de «dårlige elementene». Etter hvert ble de også sperret inne.

Slike synspunkter lå entydig til grunn for den første stortingsmeldingen om spørsmålene, St. meld. nr. 66 (1975–76) *Om narkotikaproblemer*. Her framheves at det fra 1965 oppsto et ungdomsmisbruk av illegale, avhengighetsskapende stoffer uten medisinsk betydning. Fordi misbruket oppsto som følge av både økt tilgjengelighet av stoffene og av individuelle og samfunnsmessige forhold, burde innsatsen rettes mot tilgjengeligheten og de individuelle og samfunnsmessige forholdene, samordnet på tvers av profesjons- og etatsgrenser. Det var ikke grunnlag for å skille mellom såkalte «lettere» og «tyngre» stoffer. Likeledes måtte innsatsen mot narkotika, særlig på den kontrollpolitiske siden, på mange måter atskille seg fra innsatsen mot alkohol som et lovlig og sosialt akseptert stoff innenfor norsk kultur. Den overordnede visjonen var et narkotikafritt samfunn.

Det er i hovedsak disse synspunktene som har ligget til grunn for norsk offisiell narkotikapolitikk fram til i dag, blant annet i St. prp. nr. 138 (1978–79) *Om plan for økt innsats mot narkotikaproblemer* og i etterfølgende handlingsplaner med ulike tiltak og omfattende tilleggsbevilgninger for å bekjempe narkotikaproblemene. De prinsipielle synspunktene i St. meld. nr. 66 (1975–76) ble imidlertid fastholdt og videreført.

Som følge av at et større antall stoffmisbrukere søkte seg til behandlingsinstitusjoner etter at HIV-epidemien oppsto i misbruks-

miljøene på midten av 1980-tallet, etablerte Sosialdepartementet tidlig på 1990-tallet en egen handlingsplan for å øke antallet døgnbehandlingsplasser.

En ny statusrapport ble gitt av regjeringen i St. meld. nr. 69 (1991–92) *Tiltak for rusmiddelmissbrukere*. Her ble det redegjort for en videre utbygging av tjenestetilbudene til narkotikabrukere.

Målsetningen om det narkotikafrie samfunn ble opprettholdt så sent som i St.meld. nr. 16 (1996–97) *Narkotikapolitikken*, hvor det under regjeringens målsettinger framheves:

Det er ikke realistisk å tro at narkotikaproblemene skal kunne løses innen overskuelig framtid. Noen hevder derfor at politikken ikke har hatt den tilsiktede effekt, og at det av den grunn må stilles spørsmål ved selve det restriktive grunnlaget for narkotikapolitikken. Liberalisering ville først og fremst ha den negative signaleffekten at samfunnet ikke lenger vurderer narkotika som et alvorlig problem. Liberalisering ville også etter alt å dømme øke tilgjengeligheten av narkotika og føre til økt misbruk. Det er derfor viktig å holde fast ved det langsiktige, overordnede politiske målet; å arbeide fram mot et samfunn fritt for misbruk av narkotika.

Ikke bare har dette vært utgangspunktet for de statlige myndighetene, men også kommunalpolitikere i byer med narkotikaproblemer delte visjonen, og fant grunn til selv å delta aktivt i bekjempelsen av omsetning og bruk av narkotika. I april 1994 samlet representanter for 21 europeiske byer seg i Stockholm for å stifte European Cities Against Drugs (ECAD). Her ble Stockholm-resolusjonen undertegnet. Oslo var aktiv deltaker i stiftelsesmøtet. Formålet var å styrke de internasjonale motstandskreftene mot narkotika, for å demme opp mot det som ble oppfattet som en «legaliseringsbølge» i Europa og USA. Et slikt siktemål med skadereduksjon som tilnærming var av flere europeiske byer blitt nedfelt i Frankfurt-resolusjonen i 1990 (Papendorf 2004 s. 25).

Av stiftelsesdokumentet til ECAD – Stockholm-resolusjonen – framgår blant annet:

Kraven på legalisering av illegale droger skall ses som bakgrund av det besværlige gadsläget, som medfört en känsla av uppgivenhet. Många ser ingen annan utväg än att försöka administrera den nuvarande situationen. ... Vi menar att en legalisering på längre sikt i stället kommer att förvärra problemen. Legalisering signalerar att samhället givit upp och accepterar drogmissbruk.

Undertecknarna av denna resolution vill därför uttrycka ett tydligt avståndstagande från förslagen att legalisera illegala droger. (www.ecad.net/svnet)

Selv om det i resolusjonen også nevnes behovet for utvikling av behandlingstilbudet for misbrukere, er hovedprinsippene en kamp mot legalisering av narkotika, herunder utviklingen av nye metoder i kampen mot narkotika og et økt internasjonalt samarbeid for å nå denne målsettingen. Dette normative utgangspunktet har imidlertid ingen empirisk dekning. Erfaringene med liberalisering av hasj i Nederland, USA, Storbritannia og Portugal viser at dette ikke nødvendigvis fører til økt forbruk, selv om nasjonale forskjeller også spiller inn (Pedersen 2010).

Disse prinsippene har også stått som piler i norsk narkotikapolitikk, og utgjorde det enerådende synet i 1960- og 70-årene. Etter hvert er politikken blitt noe mer nyansert der myndighetene også har åpnet for omsorgstiltak og skadereduksjon. Den overordnede tilnærmingen, forståelsen og politikken framstår derfor i dag som mer sammensatt, ambivalent og motsetningsfylt (Gjertsen 2006). Men på tross av rekordhøye overdosedødsfall og et liv i elendighet for svært mange mennesker, har ikke politikerne villet endre det strafferettslige utgangspunktet for politikken. I tiår etter tiår synes de tunge virkemidlene stort sett bare å være «mer av det samme».

4. UTVIKLINGEN MOT ET TYNGRE MISBRUKERMILJØ

Selv om jeg holder fast på et norsk politikkperspektiv i denne artikkelen, er det rimelig her å beskrive en parallellitet i mange vestlige land med utviklingen av en ny rusmiddelbrukergruppe

som utviklet seg i 1970- og 80-årene. Denne gruppen er kjennetegnet av et tungt forbruk av opiat er og ofte ispedd andre typer rusmidler (blandingsmisbruk) og som gjerne settes med sprøyter. Det ble færre utprøvende hippier med et alternativt samfunnssyn. Blandingsmisbruket ble det mer alminnelige, og i tillegg kom nye ungdomsgrupper som eksperimenterte med nye, syntetiske stoffer.

Denne misbrukergruppen, de tungt belastede og ofte utslåtte personene, utgjør det som i dagligavtalen ofte omtales som «narkotikamisbrukerne» og de «sprøytenarkomane». Gruppen er synbar i storbyene, og noe avhengig av myndighetenes politikk, kan den opptre mer eller mindre samlet på områder der det også foregår omsetning av narkotiske stoffer, både til enkeltbrukere og til videreomsettere.

Denne gruppen kommer da i tillegg til den fortsatte alkoholbrukskulturen, som omfatter alle aldersgrupper fra puberteten og opp til den eldre befolkningen, og som kan ende i et åpent eller skjult alkoholkonsum som kvalifiserer for betegnelsen alkoholmisbruk/alkoholisme og som da ofte fører til andre – og mer somatisk pregede – sykdommer og tilstander. Dette bruksmønsteret finner sted i alle sosioøkonomiske lag. Alkoholforbruket i Norge er doblet de siste hundreårene fra vel 3,5 liter ren alkohol per innbygger per år, til dagens konsum på nær 6,9 liter. Bare de siste ti årene (2000–2010) har konsumet økt med 20 prosent, uten at dette fram til i dag er blitt oppfattet som mer problematisk enn narkotikabruken.

Også det økende forbruket av vanedannende medikamenter er av rimelig ny karakter, og fordeler seg over de fleste aldersgrupper. Dette gjelder for eksempel bruken av angstdempende medikamenter i benzodiazepingruppen (Valium m.fl.), selektive serotoninreopptakshemmere mot depresjon (oftest kalt «lykkepiller») og sentralstimulerende midler mot ADHD og andre oppmerksomhetsproblemer (ritalin m.fl.). Bruken av alle disse medikamenttypene har vist en sterk økning i landene i vår kulturkrets. Spillavhengighet har det siste decenniet supplert det mangslungne bildet av alvorlig avhengighetsproblematikk.

Hvorfor personer med en ungdomsutprøvende bruk av ulike hallusinogener i 1960- og 70-årene endte opp i et tungt misbruk med tilhørende sosial problematikk, blant annet for å kunne finansiere rusmiddelbruken, er ikke tema i denne artikkelen. Det er like fullt grunn til kort å nevne at det også på dette feltet som nevnt er stor likhet mellom landene i vår kulturkrets. Hauge (2009: 221 flg.) har skrevet innsiktsfullt om framveksten av denne gruppen unge voksne som utover på 1980-årene ble stadig større og som omfattet stadig flere i noe høyere aldersgrupper. Disse voksne narkotikabrukerne ble oftest rekruttert blant de mest vanskeligstilte av de unge brukerne, de hadde som regel en relativt lang stoffbrukskarriere bak seg, med bruk av sterkere stoffer, først og fremst heroin injisert med sprøyte. Eksistensen av denne gruppen misbrukere førte også til at yngre personer ble rekruttert etter kort tids utprøving av «mindre farlige» stoffer.

Hauge belyser dette for Norges del gjennom den offisielle kriminalstatistikken. Antall siktede for overtredelse av narkotikalovgivningen i årene mellom 1974 til 1979 lå relativt stabilt på vel 900 personer per år. I 1980 steg tallet til nær 1 400 og fram til 1990 til vel 3 000 personer på årsbasis. Økningen i antall siktede var først og fremst representert ved voksne personer, dvs. over 21 år. Fra 1975 til 1990 ble denne gruppen siktede mangedoblet, fra 270 personer til 2 240 på årsbasis. Det kan være grunn til å stille enkelte spørsmål ved selve registreringen av lovbruddene, i og med at dette i stor grad er politiinitierte registreringer som rimelegvis lett kan bli farget av det aktuelle og aksepterte fiendebildet.

5. SVARET: FORTSATT Å HOLDE PÅ MÅLET OM NARKOTIKAFRIHET GJENNOM ØKTE STRAFFERAMMER

Det viktigste politiske svaret på den økte synbarheten av «narkotikaproblemet» var å heve strafferammene. Det ble etter hvert åpnet for lengre fengselsstraffer for å importere og omsette større mengder narkotika enn for alvorlige volds- og sedelighetsforbrytelse. Og straffene ble økt med jevne mellomrom, opp til lovens maksimumsgrense som ennå er gjeldende.

Ideene til denne ufølsomme «motkonjunktutpolitikken» kom dels fra det internasjonale samarbeidet, se avsnitt 3, og dels fra Norges tilslutning til synet om at narkotika kunne bekjempes bare krigen ble ført kraftig nok. På slutten av 1960-årene var det internasjonalt stor uenighet knyttet til spørsmålet om hvor farlig de ulike stoffene var, og hvorvidt det var riktig å forby bruk av de mindre farlige stoffene. Hva slags status skulle for eksempel cannabisstoffene ha, tatt i betraktning at de er mindre giftige og mindre avhengighetsskapende enn for eksempel heroin?

Mens mange land utviklet en restriktiv lovgivning med hensyn til handel og omsetning av «harde» stoffer (heroin og andre), valgte de samtidig å legalisere bruk og besittelse av små mengder cannabis. Norge valgte imidlertid den mest restriktive linjen ved å behandle alle stoffer likt, og også å straffebelegge enhver bruk av ethvert stoff på narkotikalistene.

Fram til 1965 ble narkotikasaker regulert etter den såkalte opiumsloven (*Lov om innførsel og utførsel av opium mv.*) fra 1913 med en strafferamme på bøter og inntil seks måneders fengsel. De forbudte stoffene innbefattet opprinnelig opium, kokain, morfin og heroin. Cannabis ble inkludert fra 1930 gjennom egen forskrift. Straffesaker etter dette lovverket forekom nesten ikke. I perioden 1952–64 ble i alt seks personer straffet etter de aktuelle bestemmelsene.

I 1965 ble denne loven erstattet av en ny lov om legemidler og gifter, med et eget kapittel om narkotika som i innhold og strafferamme stort sett svarte til reglene i opiumsloven. Strafferammen for narkotikalovbrudd var bøter eller i alvorlige tilfeller fengsel i inntil to år.

Da krigen mot narkotika skulle trappes opp, var det ikke tilstrekkelig med straffebud i en egen lov om legemidler. I 1968 ble det derfor innført særlige bestemmelser i en ny §162 i straffeloven. Bestemmelsen skulle rette seg mot «narkotikahaier» og bakmenn og ble derfor omtalt som «proffparagrafen». Strafferammen for narkotikalovbrudd ble ved dette utvidet til seks år. Samtidig ble strafferammene i legemiddeloven stående uforandret, med det unntak at kun bruk av narkotika, uten

samtidig besittelse, skulle betraktes som en forseelse med en øvre strafferamme på tre måneders fengsel. Det skjedde altså en differensiering av strafferammene i begge ender av skalaen. Etter 1968 er det bare vedtatt straffeskjerpelser.

I 1971 ble strafferammen etter proffparagrafen utvidet til ti års fengsel, og i 1981 til 15 år. I 1984 ble denne rammen utvidet ytterligere til 21 år, lovens strengeste straff. Medvirkning er gjort like straffbart som brudd på selve handlingsforbudene. Bestemmelsene har siden 1984 stått uendret med følgende ordlyd:

Den som ulovlig tilvirker, innfører, utfører, erverver, oppbevarer, sender eller overdrar stoff som etter regler med hjemmel i lov er ansett som narkotika, straffes for narkotikaforbrytelse med bøter eller med fengsel inntil 2 år.

Grov narkotikaforbrytelse straffes med fengsel inntil 10 år. Ved avgjørelsen av om overtredelsen er grov, skal det særlig legges vekt på hva slags stoff den gjelder, kvantumet og overtredelsens karakter.

Gjelder overtredelsen et meget betydelig kvantum, er straffen fengsel fra 3 til 15 år. Under særdeles skjerpene omstendigheter kan fengsel inntil 21 år idømmes.

Uaktsom narkotikaforbrytelse straffes med bøter eller fengsel inntil 2 år.

Medvirkning til narkotikaforbrytelse straffes som bestemt ellers i denne paragraf.

Bøter kan anvendes sammen med fengselsstraff.

I ny straffelov av 2005, som ennå ikke er trådt i kraft, er denne bestemmelsen delt i to paragrafer, henholdsvis § 231 *Narkotikaovertrødelse* og § 232 *Grov narkotikaovertrødelse*. Men innholdet i dagens bestemmelser videreføres uendret når den nye loven trer i kraft. Til sammenlikning er strafferammen i § 233 *Grov overtrødelse av alkoholloven* maksimalt seks års fengsel.

I 1984, idet proffparagrafen i straffeloven fikk strafframme på 21 års fengselsstraff, ble samtidig strafferammen for narkotikabruk etter legemiddeloven økt til seks måneders fengsel. Ved

denne straffeskjerpelsen ble narkotikabruk igjen en forbrytelse idet grensen mellom forseelse og forbrytelse går ved en strafferamme på seks måneder.

Av hensyn til EØS-tilpasningen av det norske lovverket ble det i 1992 gitt en ny legemiddellov som trådte i kraft sammen med EØS-avtalen. Straffebestemmelsene for narkotikabruk – som ikke var en del av EØS-avtalen og derfor tilhører nasjonalstatens domene – ble stående nesten uforandret og utgjør fremdeles et eget kapittel i denne loven. Straffebestemmelsen står i lovens §31 med følgende ordlyd:

Den som forsettlig eller uaktsomt overtrer denne lov, eller forskrifter, forbud eller påbud som er gitt med hjemmel i loven, straffes med bøter eller med fengsel i inntil 3 måneder, eller med begge deler.

Besittelse og bruk av narkotika m.v., jfr § 24, første ledd, straffes med bøter eller med fengsel inntil 6 måneder, eller begge deler.

Dersom den straffbare handling gjelder overdragelse av legemiddel som ikke regnes som narkotika og det foreligger særlig skjerpene omstendigheter, er straffen bøter eller fengsel i inntil 2 år, eller begge deler.

Medvirkning straffes på samme måte. Forsøk straffes som fullbyrdet overtredelse.

Grunnen til at det i tredje ledd er gitt en egen strafferamme for legemiddel som ikke regnes som narkotika, er at slike lovbrudd ikke har en særlig og strengere bestemmelse i straffeloven slik at disse lovbruddene fullt ut er regulert i legemiddeloven.

For brudd på narkotikalovgivningen vil derfor bruk og besittelse stort sett bli straffet etter legemiddeloven § 31, mens mer alvorlige narkotikalovbrudd påtales etter straffeloven § 162.

6. KONSEKVENNS 1: FENGSELENE FYLLES OPP AV NARKOTIKABRUKERE

En av de viktigste konsekvensene av at det er gitt prioritet til bekjempelse av narkotikabruk og -omsetning gjennom strafferechtsapparatet, er at fengslene i stor grad fylles opp av personer som allerede er utslått.

Høsten 2008 la regjeringen Stoltenberg fram St.meld. nr. 37 (2007–2008) om kriminalomsorgen med den optimistiske tittel *Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn*. Under kapitteloverskriften «Hvem sitter i fengsel?» gis blant annet følgende informasjon om de innsatte, og da med kanskje det bedre spørsmålet – «Fattig eller farlig?» – som underoverskrift.

Det pekes her på at som gruppe har innsatte i fengsel en del særtrekk som skiller dem fra resten av befolkningen: Blant annet har 30 prosent vært barnevernklienter og 30 prosent opplevd å ha nær familie i fengsel. Sosialt er gruppen marginalisert ved at 70 prosent er arbeidsledige, 40 prosent lever under fattigdomsgrensen og 30 prosent er bostedsløse.

Medisinsk sett har 50 prosent kroniske sykdommer, og – som regjeringen selv framhever – hele 60 prosent er rusmisbrukere. Det betyr ikke at alle innsatte har disse problemene, men misbruk av narkotika er et altoverskyggende problem for de straffedømte. To av tre oppgir selv at de var jevnlig brukere av stoff før de kom i fengsel, og mange brukte forskjellige narkotiske stoffer. En stor del av de tunge rusmisbrukerne har kroniske skader eller sykdommer som påvirker livet deres. De som har både rusproblemer og psykiske lidelser, har det særlig vanskelig. Personer som soner straff for narkotikarelaterte lovbrudd kommer enda dårligere ut i forhold til levekår enn fanger som soner for andre lovbrudd (Thorsen 2004).

Det har gjennom årene blitt framlagt tallrike forslag om å ned- eller avkriminalisere bruk og besittelse av narkotika. Et særlig sterkt innlegg kom da flertallet i Straffelovkommisjonen i en offentlig utredning i samband med ny straffelov, NOU 2002: 4 *Ny straffelov. Straffelovkommisjonens delutredning VII*, foreslo oppheving av disse straffebudene. Sammenfatningsvis viser

flertallet til at skadefølgeprinsippet tilsier en avkriminalisering, idet de direkte skadevirkningene ved bruk av narkotiske stoffer utelukkende rammer brukerne. Dernest fremholder flertallet at på samme måte som ved bruk av alkohol, tobakk, sniftestoffer mv., bør også bruk av narkotika være straffritt. Slik bruk bør bekjempes med andre midler enn strafferettslige.

Før Stortinget skulle behandle narkotikabestemmelsene i ny straffelov, kom riksadvokat Busch høsten 2008 med synspunkter om hva som er passende straffereaksjoner ved bruk og besittelse av små mengder cannabis. Det kom avisoppslag etter foredraget som ble holdt på en cannabiskonferanse, men ingen fulgte opp de synspunktene han der ga uttrykk for (Aftenposten 10.11.2008). Han understreket at det er merkelig stille om cannabis i norsk offentlighet, og samtidig at straff for cannabisbruk er et utfordrende spørsmål fordi det kriminaliserer store deler av befolkningen når 48 prosent av unge menn i Oslo-regionen har brukt hasj før fylte 30 år. Han understreket videre betydningen av å unngå bruk av fengselsstraff. Påtaleunntatelse med vilkår om rusfrihet er en bedre reaksjon enn bøter som eventuelt fører til bøtesoning. Busch understreket videre at det er lett å forbruke straff, og det har Norge gjort idet 52 prosent av narkotikadømte i 2007 gikk på bruk og besittelse av små kvanta narkotika. I tall gjaldt dette 22 337 forhold og over halvparten av narkodømte i norske fengsler soner dommer på under to måneder. Et sentralt ankepunkt var også at politi og påtalemyndighet binder store ressurser på å oppklare og straffeforfølge små narkotikasaker.

Allerede før Straffelovkommisjonens innstilling ble overlevert regjeringen og sendt til høring, ble forslaget om avkriminalisering punktert av den daværende Justisministeren (fra Venstre). Etter regjeringsskiftet i 2005 møtte forslaget heller ikke entusiasme hos den rødgrønne regjeringen. I Ot.prp. nr. 22 (2008–2009) foreslås en videreføring av gjeldende regelverk, se avsnitt 6, med henvisning til Soria Moria-erklæringen som knesetter en streng ruspolitikk. I meldingen understrekes samtidig at menneskelige hensyn, og da særlig hensynet til langvarige rusmisbrukere, skal varetas bedre enn i dag ved at det i større grad skal reageres med

behandling og samfunnsstraff mot mindre alvorlige narkolovbrudd.

Kriminaliseringen av narkotikabruk fører også til en kontrollpolitikk på gatenivå gjennom stopp og sjekk, ransaking og beslag, undersøkelser av kroppens utside og innside og eventuell oppfølging i form av rassa (Giertsen 2006). Hun understreker at det er vanskelig å få oversikt over hvilke av disse inngripende og sterkt krenkende kontrollmetodene som er i bruk, i hvilket omfang og på hvilket grunnlag. Men erfaringer fra brukere sier noe om bredden i kontrollmetoder som politiet foretar blant personer som lever mye av sine liv på gata (Frantzsen 2001).

Bruk av tvangsmidler er regulert i straffeprosessloven (strprl.), og strprl. §195 hjemler ransaking av person. Det vil si at undersøkelse av den nakne kroppens utside, klær, vesker osv. kan foretas dersom vedkommende mistenkes for en handling som kan medføre frihetsstraff. Om handlingen kan medføre frihetsstraff på over seks måneder, kan også andre enn den mistenkte bli ransaket. I tillegg åpner påtaleinstruksen (forskrift om ordningen av påtalemyndigheten fra 1985) §10-1 for at det i tillegg overfor «den som med skjellig grunn mistenktes for en handling som etter loven kan medføre frihetsstraff, når det antas å være av betydning for opplysningen av saken» kan gjennomføres undersøkelser av kroppens innhold og innside.

Det kan vel neppe forventes noen større omlegging av den strafferettslige tilnærmingen til narkotika, selv om det er kommet sterkere utspill også i løpet av 2010 for en omlegging av deler av norsk narkotikapolitikk, se avsnitt 9.

7. KONSEKVENS 2: HØYE DØDELIGHETSTALL, BLANT ANNET VED OVERDOSER

Fordi visjonen om det narkotikafrie Norge har ligget fast, har valget av den strafferettslige tilnærmingen samtidig stått i veien for alternative tilnærminger til den samlede narkotikapolitikken og myndighetenes møte med stoffbrukerne. Institusjonsbehandlingen måtte ta sikte på rusfrihet, og det ble fra

1970-årene bygd ut behandlingskollektiver, ofte under ledelse og/eller deltakelse ved ansatte tidligere stoffbrukere, som supplerte et famlende offentlig behandlingsapparat.

Denne linjen hadde videre konsekvenser for tilnærmingen overfor den enkelte narkotikabruker. Hovedmålet med behandlingen var ikke å gi narkomane et verdig liv, men å få dem helt stofffri. En større brukervennlighet i tilnærmingen viste seg først i slutten av 1990-årene, men også da tungt styrt av helsemyndighetenes eget behandlingsapparat, se avsnitt 8.

Det er vanskelig å si noe sikkert om grunner til at overdosedødsfall skjer oftere i ett land enn i et annet, men Norge fikk utover i 1990-årene svært høye tall for narkotikarelaterte dødsfall, også komparativt, som regel klassifisert som utløst av overdoser. Norge nærmet seg europa-toppen vedrørende narkotikadødsfall per innbygger. Den stigende tendensen holdt seg fram mot årtusenskiftet, da det forsøksvis ble startet opp et substitusjonsprogram med strenge opptakskrav for de tyngste misbrukerne.

Retten til å forskrive substitusjonsmedikasjon ble forbeholdt et statlig fagorgan som ble bygd ut med regionale kontorer for inntak til og utskrivning (også reell «utkastning») av LAR-programmet. LAR er forkortelsen for legemiddelasistert behandling. Fagorganet gjorde avtaler om inntak av stoffet under kontrollerte former på apotek eller lignende, og om kontrollerte urinprøvetaking. Samtidig skulle det utarbeides et opplegg der narkotikabrukeren skulle rehabiliteres gjennom bo- og/eller arbeidstrening, skole mv. for å venne seg til ordinært liv når ikke tiden lenger måtte brukes til å finansiere stoffbruken. Brukere som brøt de strenge vilkårene som omhegnet programmet, ble i startfasen ekskludert fra programmet selv om vedkommende var forkommen og hjelptrengende. I dag er LAR forankret i spesialisthelsetjenesteloven, og pasientrettighetsloven beskytter klientene.

Parallelt med innføringen av LAR, begynte antallet narkotikadødsfall å synke, men det har holdt seg på et høyt nivå, både i absolutte tall og sett i et komparativt perspektiv, og fra 2003–2004 synes det ikke lenger å være en nedgang i tallene.

Utbygningen av et statlig behandlingsmonopol gjorde det samtidig ulovlig for andre leger, for eksempel ut fra nødrettsvurderinger, å forskrive substitusjonsmedisin over lang tid, uansett hvor dårlige pasientene var. I 1976 ble det slutt på at alminnelige leger kunne forskrive metadon. Da økte prisen over natta fra under ti kroner for en dagsdose til 2 500 kroner. Leger som trosset den strenge forskrivningsreguleringen, ble tildelt advarsel og kunne også miste autorisasjonen. Dette i motsetning til andre land der behandlingen ble lagt til allmennleger. Etter at vanlige leger i Frankrike fritt fikk skrive ut metadon, Subutex og temgesic for å stoppe stoffsug hos narkomane pasienter, falt antall narkotikautløste dødsfall markant (Kreek & Reisinger 1997). Larsen (2008) gir stemme til flere av de norske legene som ble stoppet av myndighetene i sitt hjelpearbeid overfor narkomane.

På statistikken til EUs narkotikabyrå – hvor overdosedødsfall måles mot befolkningstall – er det bare to land som har flere dødsfall enn Norge. Det er Luxemburg og Estland. Og mens Norge har rundt 70 dødsfall per million innbygger, har Frankrike 7.

På den andre siden har det blitt anført at selv om overdosedødsfall skjer i stor målestokk, og utvilsomt for stor målestokk, er det vanskelig å sammenlikne mellom europeiske lands statistikker fordi det i landene er ulike registreringsmåter for brå død, ulik frekvens av obduksjoner som kan gi en mer sikker dødsårsak, og ulik gruppering av dødsfall som skyldes forgiftninger, men uten bruk av illegale rusmidler (Clausen, Havnes & Waal 2009). De viser samtidig til en studie der overdosedødeligheten i Norge blir redusert til 1/5 for personer under legemiddelassistert rehabilitering sammenliknet med personer som står på venteliste for behandling. Dette viser hvor viktig en skadereduserende tilnærming er for å holde dødelighetstallene nede.

De samme forskerne har også en «fredeligere» tilnærming til det høye antallet overdosedødsfall i Norge, ved at for eksempel Luxembourg, Danmark, England og Irland ligger omtrent på samme nivå. Land som ligger spesielt lavt, er tidligere østeuropeiske land med lav prevalens av heroinbruk, og land med få

sprøytenarkomane som Nederland og Frankrike. I begge disse landene bruker færre enn 25 prosent rusmiddel i injeksjon. I Sverige og Finland, der det er lavere forekomst av overdosedødsfall trass i en høy andel injeksjoner, har det tradisjonelt vært et misbruk dominert av sentralstimulerende midler. Disse midlene gir i liten grad overdosemortalitet.

Etter mitt syn er det uansett grunn til å sette Norges store antall overdosedødsfall i relasjon til «kampen mot narkotika» der strafferettsapparatet har vært den viktigste ingrediensen i den samlede myndighetstilnærmingen. Overdosedødsfallene synes ikke å ha stoppet opp, men har ligget på et konstant nivå fra 2003. Selv om dette er et lavere nivå enn i toppårene omkring årtusenskiftet, er det høyere enn i land det er grunn til å sammenlikne oss med. Christie og Syse skriver i 2002:

Etter vårt skjønn vil det være vanskelig å gi en enkel forklaring på den eksepsjonelt høye overdosedødelighet i Norge. En rimelig antagelse er at den er et slags sluttprodukt av vår ekstreme narkotikapolitikk. Vi får en opphoping av spesielt slitne stoffbrukere, en underklasse innen underklassen. Uten vanlig aksept som vanlige syke og uten støtte av leger med vanlig legeansvar for sin pasient. Uten håp. Og så går det galt. Det er helheten i vår politikk som må omlegges. Stoffbrukere må behandles som vanlige syke, på vanlig måte, av det vanlige helsevesen.

Også tidligere sterke tilhengere av en restriktiv holdning overfor narkobruk, har nå endret oppfatning. Pedersen og Waal (2010) har i kronikkform kalt sitt siste innspill «Avlys narkotikakrigen!».

8. KONSEKVENNS 3: STRAFFERETTSLINJEN HAR FØRT TIL BEGRENSNING AV IMØTEKOMMENDE OG SKADEREDUSERENDE ALTERNATIVER

Fordi visjonen om det narkotikafrie Norge har ligget fast, har som nevnt valget av den strafferettslige tilnærmingen stått i veien for andre tilnærminger til den samlede narkotikapolitikken og møtet med stoffbrukeren. Den kraftige økningen av overdose-dødsfall resulterte like fullt i en viss endring i narkotikapolitikken. Det ble åpnet for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i Norge i 1998, først med metadon og senere med buprenorfin (Subutex).

Utad framsto helsemyndighetene ved oppstarten av LAR som «åpne» for ulike typer av støtteopplegg og avvenningsprosedyrer. I realiteten ble det vedtatt «inntakskriterier» som fordret at unge personer rett og slett måtte fortsette med sin livsfarlige narkotikabruk for så i tidens fylde – om de levde tilstrekkelig lenge – å kunne tilfredsstille de tre kumulative vilkårene som ble satt opp for inntak; minstealder 25 år, en langvarig narkotikamisbrukskarriere (opprinnelig minst ti år), og et krav om gjennomgått behandling og rehabilitering uten bruk av metadon og opioider med sikte på rusfrihet.

LAR i Norge har vært bygget opp med et opprinnelig krav om full avrusning før oppstart. Dette har delvis vært begrunnet med en vurdering av hva som er medisinsk forsvarlig og delvis i en tenkning om at avrusning gir best grunnlag for psykososial rehabilitering. Dette kravet om avrusning før oppstart, for eksempel fra cannabis, har tidligere hindret aktuelle brukere å få et tilbud, uten at dette kravet har hatt noen dokumentert bakgrunn.

Forskrivningsretten ble forbeholdt en liten gruppe spesielt godkjente leger. Det ble etablert en enklave utenfor den egentlige spesialisthelsetjenesten og med sterke bånd til sentrale helsemyndigheter, som Christie og Syse (kronikk 2001) derfor ga navnet «Metadontilsynet». Dette supplerte Helsetilsynets regler om å forfølge leger som forskrev substitusjonsbehandling utenfor «systemet». Summen bidro til å gjøre brukerlivet til et fortsatt livsfarlig prosjekt, – langt farligere enn en mer liberal politikk på dette området rimeligvis ville ført til.

Fem regionale sentra ble godkjent av Helsetilsynet til å forestå «inntak» til det enkelte «tiltaket» som forskrivningen inngår i. Pasientens egen lege kunne mene at hun eller han har en pasient som helt avgjort var i behov av vedlikeholdsbehandling med metadon eller andre stoffer og derfor søke inntak. Legen kunne så sterkt hun/han bare ville mene at pasienten var i livsfare om slik behandling ikke ble gitt raskt. Legens oppfatning om at slik behandling avgjort burde iverksettes, skulle imidlertid først vurderes av en lokal nemnd før inntak kunne besluttes av en nemnd i ett av de fem regionale sentra.

Metadontilsynets personer bestemte altså om en konkret rusmiddelbruker skulle inntas i et tiltak, blant annet ved en vurdering av den enkelte leges egnethet for denne behandlingen. Ordningen brøt med prinsippet om den enkelte leges ansvar for og plikt til å vurdere hva som er forsvarlig behandling (helsepersonelloven § 4), og den enkelte pasients rett til nødvendig helsehjelp (kommunehelsetjenesteloven § 2-1).

Dette var situasjonen utover i 2000-årene og som førte til at mange reagerte med ønsker om en mer human narkotikapolitikk. I stedet for å vektlegge skadereduksjon og imøtekommenhet, og vurdere stoffbruk på linje med andre sykdommer/tilstander, har de statlige helsemyndighetene mer framstått som en av årsakene til at Norge ligger på europatoppen for overdosedødsfall.

Det må nødvendigvis tas stilling til mange etiske konflikter og avveininger på rusområdet. Da er det lite betryggende at makten er skjult i ugjennomtrengelige systemer som gir (for offentligheten) ukjente personer reell makt over livsmulighetene til et stort antall rusbrukere. Det ble ikke gitt egentlig bindende regler utover den restriktive forskriftsbestemmelsen om begrensning av utdeling av substitusjonslegemidler. Resten av virksomheten ble bestemt av et topptungt hierarki i det faglige Metadontilsynet og det systemtro Helsetilsynet, og deres forhold til hverandre er bare kort beskrevet i et rundskriv fra Statens helsetilsyn (IK-2755) der det framgår at «legemiddelbasert rehabilitering er regulert i de forannevnte rundskriv med retningslinjer» (punkt 4.4.3). På få andre rettsområder som gjelder enkeltpersoners liv

og død, er behandlingen «regulert» i retningslinjer uten klar forankring i lov eller forskrift. Det understrekes også i IK-2755 at brudd fra legers side på dette internproduserte «regelverket» vil kunne føre til fratakelse av forskrivningsretten eller retten til å fungere som lege. Vi er på jussens område vant til et skille mellom lovgivende, utøvende og dømmende makt. På narkoområdet har utøverne i Helsetilsynet og Metadontilsynet i meget sterk grad først satt sitt preg på regler og reglement, deretter hatt et alminnelig tilsynsansvar for til overmål å ha hånd om reaksjonssystemet overfor leger ved å kunne ta autorisasjonen eller forskrivningsretten fra dem, og overfor pasienter ved ikke å slippe dem inn til vedlikeholdsbehandling eller ved å støte dem ut av tiltaket.

Norsk rett er ikke basert på at forvaltningen selv skriver og håndhever rettsregler, uten offentlig innsyn og uten kontroll av kontrollørene. En slik ordning ville kanskje vært forståelig ut fra tankegangen «rør ikke mine sirkler», men dette prinsippet gjelder ikke i en rettsstat. Metadontilsynet hadde makten fra start (hjemmesnekrede retningslinjer uten annen rettslig forankring), via oppnevning av de personer det finner egnet til å utøve disse, til i siste instans å sitte med tilsyns- og reaksjonsmyndigheten overfor dem som ikke innordner seg (tillagt Statens helsetilsyn etter helsepersonelloven kapittel 11). Kafka kunne ikke gjort det bedre.

9. SER VI EN ENDRING I POLITIKKEN?

Kritiske beskrivelser av den norske narkotikakrigen og krav om en alternativ tilnærming overfor rusmiddelbrukere er ikke ny her i landet. Allerede i 1982 skrev Ragnar Hauge artikkelen «Narkotika – landeplage eller syndebukk?», og i 1985 utga Nils Christie og Ketil Bruun *Den gode fiende. Narkotikapolitikk i Norden*. Fordi politikken ikke er blitt vesentlig endret, er denne boka blitt en kritisk «klassiker» med 2. utgave i 1996, og en revidert 3. utgave i 2003. Boka gir en oversikt over det som her er kalt «krigen mot narkotika», og den narkotikapolitikk som føres i

Norge og i store deler av verden. I den tredje reviderte utgaven er det i et nyskrevet kapittel 15 understreket at situasjonen ikke er bedret for rusbrukerne. Etter årtusenskiftet er det påvist at vesentlig flere bruker de forbudte stoffene, flere personer skades gjennom bruken og den manglende oppfølgingen av helse- og sosial, flere arresteres, flere fengsles og flere dør.

Det tas stadig initiativ for å få til vesentlige endringer i narkopolitikken for blant annet å fjerne fokuset fra strafferettssystemet. Som vist er det ikke skjedd noen endringer i lovverket, men det er under vurdering å endre praktiseringen av dette. Det er bekymringsfullt når det blant myndighetspersonene er riksadvokaten som etterlyser en debatt om hvorvidt den aktuelle bruken av politi- og strafferettsapparatet i narkotikakrigen er hensiktsmessig, se avsnitt 6.

Det stiftes stadig brukerorganisasjoner og andre foreninger, og det lages nye nettsider for å påvirke myndighetenes praksis på narkofeltet. Ett eksempel er Foreningen for human narkotikapolitikk (FHN) som er en forening for brukere og brukervenner (<http://fhn.no/>). Ungdom for human narkotikapolitikk er en nyere organisasjon som har som utgangspunkt at krigen mot narkotika – med nulltoleranse og kriminalisering som viktigste våpen – har vist seg å være feilslått. Utbredelsen av illegale stoffer har økt i takt med omkostningene til politi, rettsvesen og fengselsvesen. Aller hardest går krigen mot narkotika ut over narkoavhengige mennesker som kriminaliseres, stigmatiseres og mister rettsvern og tilgang på grunnleggende velferdstilbud (<http://ungdom.narkotikapolitikk.no>). En Tverrfaglig arbeidsgruppe for narkotikaspørsmål holdt møteserier ved Universitetet i Oslo våren 2010 og 2011 under fellesheadingen «Grunnverdier i narkotikapolitikken». Arbeidsgruppen er sammensatt av universitetsansatte (kriminologer og jurister), leger som er aktive behandlere på feltet, og andre interesserte i endring av narkotikapolitikken. Det er en egen nettside på Institutt for kriminologi og rettsosjologi ved Universitetet i Oslo viet narkotikapolitiske spørsmål (www.kriminalpolitikk.uio.no/Narkotikapolitikk.htm).

Men enkelte endringer har skjedd til det positive, og som har

flyttet perspektivet mer mot brukernes verdighet og skadereduksjon. I 2004 ble det gitt en midlertidig lov som åpnet for sprøyterom der det er legitimt å sette brukerdoser, få veiledning, helsemessig ettersyn og annen nødvendig helsehjelp uten at dette samtidig ble gjort straffbart. I 2009 ble loven gjort permanent, og det er nå fastslått i sprøyteromsloven §1 at målsettingen med loven er en *økt verdighet* for brukerne, og ikke rusfrihet:

Lovens formål er å legge til rette for etablering av ordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsordning).

Sprøyteromsordningen skal bidra til økt verdighet for mennesker med langvarig narkotikaavhengighet ved å tilby hygieniske rammer for injisering. Videre skal sprøyteromsordningen bidra til økt helsemessig trygghet, herunder forebygge infeksjoner og smitte og gi raskere hjelp ved overdoser, gjennom tilstedeværelse og tilsyn av helsepersonell. Formålet er også å bidra til økt mulighet for kontakt og samtaler mellom den enkelte bruker og hjelpeapparatet med sikte på tverrfaglig oppfølging og behandling.

Det er rimelig å tro at utbygging av sprøyterom også vil kunne ha effekt på overdosetallene. Så synes klart å være tilfelle i Frankfurt (Papendorf 2006). Men det er foreløpig bare etablert ett slikt sprøyterom i Norge, åpent tre timer per dag, og med strengere begrensninger til hva som lovlig kan gjøres enn i Strasbourg. Dødstallene har foreløpig holdt seg høye, selv om sprøyterommet er et fristed der det kan drives opplæring i hygieniske tiltak mv. Så seint som sommeren 2010 jaget politiet i aksjonsform vekk oppsøkende hjelpetjenester som ville gi tilsvarende veiledning til Oslos narkobrukere, dele ut rene sprøyter etc. Samtidig har Helse- og omsorgsdepartementet nektet å følge fagdirektoratets råd om å gi tilgang til rene sprøyter og spisser i norske fengsler. Slik undergraver statlige myndigheter faktiske muligheter for smittespredning og skadereduksjon.

Men det skjer samtidig positive endringer i LAR-organiseringen. Virksomheten ble fra 1. januar 2010 innlemmet som en del av den ordinære spesialisthelsetjenesten. Denne utviklingen har

pågått noen år etter at spesialistbehandlingen av rusbrukere ble statliggjort i 2004, som ga grunnlaget for arbeidet med Nasjonal retningslinje og forskriften i 2009, og det er bare enkelte særlige regler som nå gjelder, selv om virksomheten ennå er regulert i egen forskrift (forskrift 18. des. 2009 nr. 1641).

Også denne legger opp til at substitusjonsbehandlingen skal normaliseres. Den tidligere reguleringen i rundskrivs form ble borte da den nye forskriften trådte i kraft 1. januar 2010. Helse- og omsorgsministeren understreket samtidig at legemiddelassistert rehabilitering skal gis etter en individuell og faglig vurdering av den enkelte pasients tilstand og behov for helsehjelp, og ikke ut fra fastsatte kriterier. Aldersgrensen på 25 år falt samtidig bort, og kanskje enda viktigere, personer skal ikke kastes ut av LAR («ufrivillig utskrivning») uten at dette kan faglig begrunnes, – selv om forskriftsteksten ikke er like klar som ministeren på dette punktet.

Antallet i ulike LAR-tiltak er økt fra en forsiktig oppstart med 280 personer ved utgangen av 1998 til 4913 ved utgangen av 2008. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIRIUS) har beregnet at det i dag er 8 200–11 500 aktive sprøytebrukere i Norge. Ikke alle disse er avhengige av opioider. Ved årsskiftet 2009/2010 er ca. 43–60 prosent av målgruppen for legemiddelassistert rehabilitering i behandlingstiltak. Grovt sett er dette samme andel som i de fleste andre land i Europa.

Den norske narkotikadebatten punkteres ofte av en fast fløygruppe som er ivrige forsvarere av den strenge norske narkotikapolitikken og som understøtter synspunktene til de utøvende statlige myndigheter og visjonen om det rusfrie samfunn, koste hva det koste vil. Her kan nevnes *Forbundet mot rusgift*, ledet av den aktive debattanten/sosiologen Knut Reinås (<http://fmr.no>). Dette forbundet er ofte mer katolske enn paven (myndighetene) ved å gå langt i å imøtegå selv de helt nødvendige endringene i narkotikapolitikken som myndighetene etter hvert har måttet foreta ut fra forskningsbasert kunnskap og en økende skepsis i befolkningens tro på at det fortsatt nytter med «mer av det samme».

Rammene for nytenkning i narkopolitikken har vært trange. De få som våger seg frempå med noen nye tanker, møtes raskt med at de bidrar til å legitimere narkotikabruk og at de oppmuntrer ungdommen til å bli narkomane.

Regjeringens siste initiativ kan kanskje innebære et visst linjeskifte. Våren 2009 ble det oppnevnt et offentlig utvalg for å fremme forslag til «hvordan hjelpetilbudene bedre kan innrettes, tilrettelegges og tilpasses den aktuelle målgruppen». Leder av utvalget ble Thorvald Stoltenberg som er tidligere utenriksminister og far til en rusbruker. Halvparten av de øvrige var politikere, fra helseetaten, politietaten og en pensjonert biskop og den andre halvparten fagfolk. Utvalget framla sommeren 2010 en uvanlig rapport ved at det var lite fokus på selve situasjonsbeskrivelsen, men mer på de 22 forslagene som utvalget enstemmig hadde samlet seg om, med unntak av forslag 22 der utvalget under dissens (5-4) foreslår en begrenset utprøving av heroinutdeling til heroinavhengige. Dette kontroversielle forslaget stjal i første runde viktig oppmerksomhet fra utvalgets øvrige forslag.

Blant utvalgets viktigste forslag var å samle behandling og oppfølging av den enkelte i statlig drevne Mottaks- og oppfølgingscentre (forslagene 9-13, 20 og 21). Mandatet åpnet ikke for å drøfte spørsmål knyttet til avkriminalisering av besittelse og bruk, og straffelovgivningen drøftes derfor ikke. Desto større vekt legges på mulige alternativ til idømming av bøter, inkludert bøtesoning, og fengselsstraff (forslag 3-4). Sprøyterommene bør utvikles til «brukersteder» med tilknytning til helsevesenet (forslag 5). Noen legalisering av omsetningen blir ikke foreslått, snarere økt kontroll av gateomsetningen, noe som ikke så lett kan plasseres inn i den liberale atmosfæren som ellers preger rapportens tone og layout (forslag 6-7).

Flere av forslagene kan også ses som reaksjoner på det strikte LAR-regimet med krav om avrusning før oppstart, forankringen i spesialisthelsetjenesten og en uttalt kontrollfokusering med jevnlig bruk av urinprøver, langt hyppigere enn i andre land (forslag 19-21). I 2007 utgjorde urinprøveanalysene vel 1/3 av de samlede kostnadene ved LAR, uten at det er dokumentert

at den nitide kontrollen har noen selvstendig nytteeffekt.

Høringsfristen utløp i januar 2011, og enkelte forslag vil bli fulgt opp i 2011 av Helse- og omsorgsdepartementet. Det mest skuffende, men ikke uventede, er at utvalget ikke ønsket å gå ut over mandatet og nærme seg spørsmålet om ikke et virkemiddel som avkriminalisering av bruk og besittelse i større grad ville innebære en endring av narkotikapolitikken i en mer humanistisk og egalitær retning enn utvalgets samlede forslagspakke. Samtidig ville det frigjøres ressurser til å etablere de hjelpetil-takene som er foreslått. Men å foreslå en statlig særomsorg ved Mottaks- og oppfølgingsentre allerede i førstelinjen har møtt kraftig motstand fra kommune-Norge og vil neppe bli realisert.

Det er som nevnt skjedd spennende sideskifter blant ungdoms- og rusforskere om nytten av straffetruer (Pedersen 2009, Pedersen & Waal 2010). Kriminalisering av bruk og besittelse fungerer i dag slik løsgjengerloven gjorde, inntil den ble opphevet i 1970. De er begge klare klasselover (Christie 2005). Men de forskerne som skifter side, tror samtidig – noe for blåøyd – at narkotikakrigen er over (Pedersen 2010).

Avkriminalisering er effektiv skadereduksjonspolitik, den vil redusere antall lovbrøttere og bedre den sosiale situasjonen for grupper av samfunnets tapere. Det kan ikke være politiets opp-gave å regulere borgernes rusbruk, og fengsel kan umulig være egnet oppholdssted for folk som primært har rusproblemer eller rusmiddelskader. En avkriminalisering vil også gi behandlings-apparatet friere hender til en imøtekommende og utprøvende holdning i møte med narkobrukere. En varslet Stortingsmelding vil neppe ha et slikt siktemål, men foreslå alternativer til et rent straffeperspektiv. Det er foretatt studiebesøk til Portugal og andre land der narkobrukeren møtes av et hjelpeapparat og hvor straff mer er et «ris bak speilet».

Samtidig vil det å etablere trygge omsetningskanaler av narko-tika ved en legalisering av bruk og besittelse by på utfordringer som ikke kan tas opp i denne sammenhengen.

LITTERATUR

- Busch, T. A. Referat fra *Aftenposten* 10.11.08, på www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article2762427.ece
- Clausen, T., Havnes, I. A. & Waal, H. (2009) «Overdosestatistikk – et komplisert regnskap», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, s. 2233–6.
- Christie, N. (1968) «Langhåret livsstil», *Nordisk tidsskrift for kriminalvidenskap*, s. 123–136.
- Christie, N. & Syse, A., «Rusmiddelbruk og nødvendig helsehjelp». Kronikk *Aftenposten* 13.11.2001.
- Christie, N. & Syse, A., «Når Metadontilsynet forsvarer sine skanser». Kronikk *Aftenposten* 10.1.2002.
- Christie, N. & Bruun, K (2003) *Den gode fiende*, 3. utg., Universitetsforlaget, Oslo.
- Christie, N., Det danske mysterium. Foredrag på Narkodugnad, Vesterbro, København 9.9.2005. Trykt i Dugnad. *Danmarks problem på Vesterbro*.
- Frantzsen, E. (2001) *Metadonmakt. Møte mellom narkotikabrukere og norsk metadonpolitikk*, Oslo.
- Gjertsen, H. (2006) Nedkriminaliser bruk og besittelse av narkotika, på www.kriminalpolitikk.uio.no/Nedkriminaliser.pdf
- Hauge, R., «Narkotika – landeplage eller syndebygg?», *Nordisk tidsskrift for kriminalvidenskap* 1962 s. 49–59.
- Hauge, R. (2009) *Rus og rusmidler gjennom tidene*, Oslo.
- Kreek, M.J. & Reisinger, M. (1997) «The Addict as a Patient», i Lowinson, J.H., *Substance Abuse, A Comprehensive Textbook*, Williams & Wilkins.
- Larsen, O. M. (2008) *Mellom alle stoler. Narkomane og leger utenfor rusomsorgen*, Oslo.
- Nordby, T. (1989) *Karl Evang. En biografi*, Oslo.
- NOU 2002: 4 *Ny straffelov. Straffelovkomisjonens delutredning VII*.
- Ot.prp. nr. 22 (2008–2009) *Om lov om endringer i straffeloven 20. mai 2005 nr. 28 (siste delproposisjon - slutføring av spesiell del og tilpasning av annen lovgivning)*.
- Papendorf, K. (2004) «Narkotikapolitiske innhugg», *IKRs skriftserie* nr. 77.
- Papendorf, K. (2006) *Narkotikapolitikk og tanken om skadereduksjon*, på www.kriminalpolitikk.uio.no/Narkotikapolitikk.htm
- Pedersen, W., «Cannabis bør legaliseres», kronikk *Morgenbladet* 16. oktober 2009.
- Pedersen, W., «Krigen mot narkotika går mot slutten», *Nytt norsk tidsskrift* nr. 1–2 2010 s. 142 flg.
- Pedersen, W. & H. Waal: «Avlys narkotikakrigen!», kronikk *Aftenposten* 27. august 2010.
- Schivelbusch, W. (1982) *Paradiset, smaken och förnuf-tet. Njutningsmedlens historia*. Stockholm.
- St. meld. nr. 66 (1975–76) *Om narkotikaproblemer*.
- St. meld. nr. 69 (1991–92) *Tiltak for rusmiddelmissbrukere*.
- St.meld. nr. 37 (2007–08) *Straffsoms virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn*.
- Stoltenberg-utvalget (2010), se http://www.regjeringen.no/uplod/HOD/RappOmNarkotika_nettsversjon.pdf

- Thorsen, L. R. (2004) «Farlig eller fattig? Om straffede og levekår». I *Norsk kriminologi 50 år. Innlegg på fagkonferanse*.
- Westerhäll, L. Vahlne (2002) *Den starka statens fall?: en rättsvetenskaplig studie av svensk social trygghet 1950–2000*, Stockholm.
- Østerberg, D. (2005) *Det moderne*, Oslo.