

St meld nr 16

(1996–97)

Narkotikapolitikken

St meld nr 16

(1996–97)

Narkotikapolitikken

I N N H O L D

		Side			Side
1.	Innledning	7	5.16	Spørsmål om behovet for en egen godkjenningsordning for institusjoner for rusmiddelmisbrukere	34
1.1	Bakgrunn og formål	7		Forskning og kunnskapsutvikling	34
1.2	Avgrensinger	8	5.17		
2.	Regjeringens mål og virkemidler i narkotikapolitikken	9	6.	Tiltak for å begrense tilgjengeligheten	36
3.	Narkotikasituasjonen	11	6.1	Det internasjonale samarbeidet og Norges deltagelse i dette	36
3.1	Globalt	11	6.1.1	Tollvesenets og politiets kontrollinnsats	38
3.2	Konsekvensene for narkotikasituasjonen i Norge	12	6.2	Liberaliseringsdebatten	39
			6.3	Den øvre strafferammen for grove narkotikaforbrytelser	41
4.	Nye misbruksmønstre og ungdomskulturelle utviklingstrekk, -forebyggende tiltak	14	7.	Dopingmisbruk	43
4.1	Misbruksmønstre og utviklingstrekk	14	8.	Administrative og økonomiske konsekvenser	43
4.2	Oversikt over satsing på forebygging	14			
4.3	Strategier og satsingsområder i det forebyggende arbeidet	16			
5.	De tyngst problembelastete misbrukerne og hjelpe- og behandlingsapparatet	17	Vedlegg 1 Globaliseringen av den ulovlige produksjonen, handelen med og misbruket av narkotiske stoffer		
5.1	Omfanget av og kjennetegn ved gruppen	17	1.	Global produksjon og beslag av de viktigste narkotiske stoffer	44
5.2	Kontrollen med avhengighetsskapende legemidler	19	1.1	Opium (heroin)	44
5.3	Metadon som supplement til behandling	19	1.2	Kokain	45
5.4	Behandling uten eget samtykke	20	1.3	Cannabis (hasj, marihuana)	46
5.4.1	Erfaringer med sosialtjenestelovens tvangsbestemmelser til nå og Sosial- og helsedepartementets vurderinger	21	1.4	Amfetamin og lignende sentralstimulerende stoffer	46
5.5	Tiltak for gravide misbrukere og barn av misbrukere	24	2.	Den globale misbrukssituasjonen	47
5.6	Misbrukere med innvandrerbakgrunn	25	3.	Økonomiske og sosiale konsekvenser av ulovlig produksjon, omsetning og misbruk av narkotika	48
5.7	Tiltak for misbrukere i fengsler	26	4.	Konsekvenser for narkotikasituasjonen i Norge	49
5.8	Skadereduksjon	26	4.1	Hovedtrekk	49
5.9	Strakstiltakene	27	4.2	Cannabis	51
5.10	Finansieringsordninger	27	4.3	Sentralstimulerende stoffer	52
5.10.1	Nåværende ordninger	27	4.3.1	Amfetamin	52
5.10.2	Evalueringsordninger mellom kommuner og fylkeskommuner	28	4.3.2	Kokain	53
5.11	Dokumentasjon av behandlingsresultater	29	4.3.3	Khat	54
5.12	Kunnskaps-, kompetanseutvikling og kvalitetssikring	32	4.4	Opioider	54
5.13	Kompetanseutvikling	32	4.4.1	Heroin	55
5.14	Regionale kompetansesentra for rusmiddelproblematikk	32	4.4.2	Opiumsvalmue/opium	56
5.15	Tilsyn ved institusjoner for rusmiddelmisbrukere	33	4.4.3	Andre opioider	56
			4.5	Hallusinogener, LSD	56
			4.5.1	LSD	56
			4.5.2	Hallusinogene amfetaminderivater (ecstasy) ...	56

	Side		Side		
4.6	Sove- og beroligende midler	57	1.1.1 Cannabisbrukets historie i Norge	84	
4.7	Dopingmidler	57	1.1.2 Nye brukergrupper	84	
5.	Tollvesenets kontrollinnsats og strategier	60	1.1.3 To overordnede motivasjonsmønstre	84	
6.	Det internasjonale samarbeidet mot narkotika og Norges deltakelse	61	1.2 Motivasjonsprofiler	85	
6.1	Milepæler i FNs arbeid mot narkotika	61	1.2.1 Jakten på spenning	85	
6.1.1	FN-samarbeidet	61	1.2.2 Jakten på identitet og livsstil	85	
6.1.2	Norges innsats i FN-samarbeidet mot narkotika	63	1.2.3 Budskapenes appell	85	
6.2	Annet internasjonalt samarbeid mot narkotika	64	1.2.4 Elitene som rollemodeller	86	
6.2.1	Dublingruppen	64	1.2.5 Rusmidler som problemløser - og problemskaper	86	
6.2.2	ICPO/Interpol	64	1.3 Om datagrunnlaget	86	
6.2.3	Verdens tollorganisasjon (WCO)	65	2. Ungdomskulturelle bølger og holdninger til illegale rusmidler	86	
6.3	Det europeiske samarbeidet mot narkotika og Norges deltakelse	65	3. Holdninger til stoff i noen ungdomskulturelle eliter	89	
6.3.1	Europarådets samarbeidsgruppe om narkotikaspørsmål; - Pompidougruppen	65	3.1 Rock tradisjonen	89	
6.3.2	Den europeiske union	66	3.2 Heavy metal - death metal - black metal	90	
6.3.3	All-europeisk politi- og tollsamarbeid	67	3.2.1 Nye genre: death metal og black metal	90	
6.3.4	Schengen-samarbeidet	67	3.2.2 Syn på rus og rusmidler	91	
6.4	Det nordiske samarbeidet mot narkotika og Norges deltakelse	68	3.3 Hip Hop/rap	91	
6.4.1	Nordisk kontaktmannsorgan	68	3.3.1 Hip hop i Norge	91	
6.4.2	Politi- og tollsamarbeidet i Norden	68	3.3.2 Endringer: «gangsta-» og marihuana-rap.	92	
6.4.3	Nordisk tolladministrativt råd (NTR)	69	3.3.3 Syn på rusmidler	92	
6.4.4	Nordisk nemnd for alkohol- og narkotikaforskning (NAD)	69	3.4 House/techno	92	
6.5	Det internasjonale samarbeidet mot doping og Norges deltakelse	69	3.4.1 Rave-parties	93	
6.5.1	Nordisk samarbeid	69	3.4.2 Dans	93	
6.5.2	Europarådet	69	3.4.3 Syn på rus og rusmidler	93	
6.5.3	Sekslandssamarbeidet	70	3.4.4 Ecstasy som emblem	94	
6.6	Samspill mellom offentlig og frivillig innsats i det internasjonale narkotikasamarbeidet	70	3.5 Skateboard	94	
			3.5.1 Syn på rus og rusmidler	94	
			3.6 Snowboard	95	
			3.6.1 Syn på rus og rusmidler	96	
			3.7 Andre ungdomskulturer	96	
			3.7.1 Skikt innen miljøbevegelsen	96	
			3.7.1.1 Hasjbruk og medlemskap i miljøvernorganisasjoner	96	
			3.7.1.2 Miljøbevegelsen og «ungdomsopprøret»	97	
			3.7.1.3 Medlemsprofil	97	
			3.7.1.4 Offisielle og uoffisielle syn på rusmidler	97	
			3.7.2 Idrett, doping og rusmidler	98	
			3.7.2.1 Bruk av anabole steroider blant ungdom i Norge	98	
			3.7.2.2 Brukerprofil	99	
			3.8 Holdninger til stoff i ungdomskulturelle eliter - oppsummering	99	
			3.8.1 Ungdomskulturene: poetiske kommentarer til samfunnet omkring	99	
			3.8.2 Rusmiddelbruk og musikalske genre	99	
			3.8.3 Motkrefter og stimulans: kommersialisering og ønske om «stuerenhet»	100	
			3.8.4 Om ungdomskulturelle eliter, forebyggende arbeid og behovet for «troverdighet»	101	
			4. Utbredelse og brukerprofiler	101	
			4.1 Verdimønstre i ungdomsmiljøet	101	
			4.2 Omfang av narkotikabruk	103	
			4.2.1 Cannabisbruk mot sosial bakgrunn	103	
			4.2.2 Cannabis og bosted i landet	104	
			4.2.3 Oslo som særtilfelle	105	
			4.3 Andre illegale stoffer	105	
Vedlegg 2 Nye ungdomskulturelle utviklingstrekk og misbruksmønstre					71
1.	Ungdom og narkotika	71			
1.1	Hvor stor andel av ungdommen har brukt rusmidler?	71			
1.1.1	Cannabis	72			
1.1.2	Andre narkotiske stoffer	75			
1.1.2.1	Amfetamin	76			
1.1.2.2	Heroin	76			
1.1.2.3	Kokain, crack	77			
1.1.2.4	Narkotika med sprøyte	77			
1.1.2.5	Sniffing av løsemidler	77			
1.1.2.6	Psykofarmaka	77			
1.1.2.7	Sammenhengen mellom bruk av cannabis og andre stoffer	77			
1.2	Omfanget av narkotikamisbruket i Forsvaret ..	78			
1.3	Narkotika i trafikken.	79			
1.4	LSD, Ecstasy og House-problematikken	79			
UNGforsk:					
1.	«Ungdomskulturer og narkotikabruk	82			
1.1	Dagens narkotikasituasjon - en forståelsesmodell	82			

	Side		Side		
4.4	Kombinasjonsbruk - illegale rusmidler og alkohol	106	1.9.4	Nasjonalt kompetansesenter om prostitusjon ..	143
4.4.1	Rusmiddelbrukerne	109	2.	Vanedannende legemidler	144
4.4.2	Rusmiddelbrukernes bakgrunnskjennetegn	109	2.1	Forbruket av vanedannende legemidler	144
4.4.3	Brukermønsteret og bakgrunnskjennetegn	111	2.1.1	Smertestillende midler	144
4.5	Risikobrukerne	112	2.1.2	Sentralstimulerende legemidler	144
5.	Innvandrerungdom og rusmidler	113	2.1.3	Sovemidler og beroligende midler	145
5.1	Innledning	113	2.2	Kontrollen med vanedannende legemidler	145
5.2	Kulturdimensjonen	114	2.2.1	Det formelle regelverk for forskrivning og utlevering	145
5.3	Internasjonal forskning	114	2.2.2	Spesielle forskrivningsregler	145
5.4	Innvandrerungdom og rusmiddelbruk i Norge	115	2.2.3	Revisjon av utleveringsforskriften	146
5.5	Innvandrerungdom i Oslo	115	2.2.4	Konsensuskonferansen om bruk av benzodiazepiner (BZD))	146
5.6	Rusmidler, marginalisering og identitet	117	2.3	Veiledning, kontroll og tilsyn	147
6.	Oppsummering - konklusjoner	118	2.3.1	Helsetilsynets og fylkeslegenes rolle	147
6.1	Holdninger til stoff i ungdomskulturelle eliter	118	2.3.2	Veiledning	147
6.2	Utbredelse og brukerprofiler i Oslo og i landet for øvrig	119	2.3.3	Legers forskrivning	148
6.3	Oslo som eksempel og særtilfelle	119	2.3.4	A-preparater	148
6.4	Innvandrere og rusmidler	120	2.3.5	B-preparater	149
6.5	Behov for videre forskning	121	2.4	Generelle kriterier for tilsyn	149
2.	Dokumentasjon om rusmiddelspørsmål	123	3.	Behandling	150
3.	Opplysning, informasjon og støtte til frivillige organisasjoner	123	3.1	Hva er behandling og hva er nytten?	151
4.	Foreldreveiledningsprogrammet	124	3.2	Hvordan finne ut om behandling virker?	152
5.	Storbyforhold og tiltak	125	3.3	Norske behandlings-studier	154
6.	Handlingsplanen for barn og unge med innvander- eller flyktningebakgrunn	125	3.3.1	Behandlingsstudier ved enkeltinstitusjoner	154
7.	Innsats mot vold og mobbing	125	3.3.1.1	Veksthusmodellen	154
8.	Informasjon til barn og ungdom	126	3.3.1.2	Bo- og arbeidskollektiver	156
9.	Barne- og ungdomsvernets rolle	127	3.3.1.3	Evangeliesentrene	159
10.	Forebyggende tiltak i skolen	127	3.3.1.4	Tiltak overfor kvinnelige misbrukere	161
11.	Skolehelsetjenesten	129	3.3.2	«Stoffmisbrukere i behandling»	162
12.	Forsvarets forebyggende arbeid	130	3.4	Nasjonalt dokumentasjonssystem for tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere	163
13.	Politiets forebyggende arbeid	131	3.5	Misbrukere og arbeidsmarkedet	164
14.	Arbeidet med å motarbeide dopingmisbruket ..	131	4.	Metadon - supplement til annen behandling av opiatmisbrukere	164
14.1	Den organiserte idretten	132	4.1	Hva er metadon?	164
14.2	Arbeidet utenfor den organiserte idretten	132	4.2	Metadonbehandling i Norge	165
			4.2.1	Nasjonalt forsøksprosjekt med metadonbehandling	166
			4.3	Evalueringen av forsøksprosjektet	167
			4.3.1	Metadonbehandling for HIV-positive med langtkommen immunsvikt	175
Vedlegg 3 De tyngst problembelastede misbrukerne og hjelpeapparatet	134		4.4	Vedlikeholdsbehandling med heroin	175
1.	Det tunge misbruket	134	5.	Tvang	176
1.1	Epidemiologiske data om misbrukets omfang ..	134	5.1	Bakgrunnen for gjeldende tvangsbestemmelser	176
1.2	Misbrukere i behandling	135	5.1.1	Sosialtjenesteloven (6-2, 6-2 a og 6-3)	176
1.3	Siktede for narkotikaforbrytelser	135	5.1.2	Barnevernloven	178
1.4	Oslo - resten av landet	137	5.1.3	Lov om psykisk helsevern	179
1.5	Stoffmisbrukere og HIV/AIDS-epidemien	137	5.1.4	Fengselsloven § 12	179
1.6	Virale hepatitter blant stoffmisbrukere i Norge ..	138	5.1.5	Nordisk rett	179
1.6.1	Hepatitt A	138	5.2	Erfaringer fra bruk av tvangsbestemmelsene ..	179
1.6.2	Hepatitt B	138	5.2.1	Bruk av § 6-3	179
1.6.3	Hepatitt C	139	5.2.2	Antall saker etter lovens § 6-2	180
1.7	Dobbeltdiagnoser	140	5.2.3	Svenske erfaringer med bruk av tvang i behandling av rusmiddelmisbrukere	181
1.8	Narkotikadødsfall	140	5.3	Ekspertgruppe for å vurdere bruk av tvang i behandling av rusmiddelmisbrukere	181
1.9	Prostitusjon og misbruk av rusmidler	142	5.3.1	Bakgrunn	181
1.9.1	Arenaer for prostitusjon	142			
1.9.2	Omfang av prostitusjon knyttet til rusmiddelmisbruk	143			
1.9.3	Tiltak for prostituerte	143			

	Side		Side	
5.3.2	Ekspertgruppens vurderinger og forslag, høringsuttalelsene og departementets kommentarer	182	8.5.2 Informasjon om sprøytehygiene	195
5.4	Andre forslag og problemstillinger som er tatt opp overfor departementet	186	8.5.3 Apotekene	195
6.	Barn av misbrukere - gravide misbrukere	187	8.5.4 AIDS-informasjonsbussen	195
7.	Misbrukere i fengsel - behandlingstiltak for straffedømte	189	8.5.5 Sprøyteautomater	196
7.1	Narkotikasituasjonen i fengslene	189	8.5.6 Seksuell smitte blant stoffmisbrukere	196
7.1.1	Soning i behandlingsinstitusjon etter fengselloven § 12	189	8.5.7 Seksualpartnere til stoffmisbrukere	197
7.1.2	«Stifinner'n» - Oslo kretsfengsel, kontraktsavdelingen og Tyrilistiftelsen	190	8.5.8 Stoffmisbrukere som selger seksuelle tjenester	197
7.1.3	Hassel kretsfengsel	191	8.5.9 Samarbeid med misbrukere	197
7.1.4	Tiltak for kvinnelige innsatte med rusproblemer	192	8.5.10 Strakstiltakene	197
7.2	Restriktive tiltak	192	8.5.10.1 Prosjekt Oppsøkende Helseteam - POHT - Oslo	197
7.3	Opplæringstiltak, personalressurser og organisasjon	192	8.5.10.2 HUB - Oslo	198
8.	Skadereduksjon	193	8.5.10.3 «Tiltak for bostedsløse» Oslo	200
8.1	Hva er skadereduksjon?	193	8.5.10.4 Strax-prosjektet Bergen	200
8.2	Skadereduksjon et dilemma?	193	8.5.10.5 Misbrukerteamet i Kristiansand	200
8.3	Skadereduksjon - liberalisering?	194	8.5.10.6 Drammen	201
8.4	Skadereduksjon ikke nytt	194	8.5.10.7 Tromsø kommune	201
8.5	Områder og tiltak for skadereduksjon	195	8.5.10.8 Trondheim kommune	201
8.5.1	Sprøyter	195	9. Kompetanseutvikling - kvalitetssikring	201
			9.1 Rusmiddelprosjektet	201
			9.2 Regionale kompetansesentre for rusmiddelproblematikk	201
			9.3 Tilsyn ved institusjoner for rusmiddelmisbrukere	202
			9.4 Behov for mer kunnskap	203

St meld nr 16

(1996–97)

Narkotikapolitikken

*Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 14. februar 1997,
godkjent i statsråd samme dag.*

1 Innledning

1.1 BAKGRUNN OG FORMÅL

Sosial- og helsedepartementet legger, i samråd med de berørte departementene, med dette fram for Stortinget en melding om narkotikapolitikken. Formålet er å redegjøre for utviklingen av narkotikasituasjonen de senere år og for mål og virkemidler i årene som kommer. Gjennom den siste 10-årsperioden har undersøkelser pekt mot stabilisering og en viss reduksjon i stoffmisbruket. Dette gjelder særlig det tunge intravenøse misbruket, men også misbruket av cannabisstoffer. Den siste tiden har vi likevel sett tegn til endringer. Økt internasjonal, ulovlig produksjon og handel med narkotika har ført til økt tilgjengelighet av de aktuelle stoffene også i Norge. Flere misbrukere av heroin og andre stoffer er blitt mer nedslitte og forkomne, og dødeligheten i gruppen er høy. Samtidig er det introdusert nye stoffer i ungdomsmiljøer utenom de tradisjonelle misbruksmiljøene, koplet til internasjonale ungdomskulturelle strømninger. Liberale holdninger til bruk av sentralstimulerende midler, cannabis og hallusinogener er blitt tydeligere. Dette understreker behovet for en ny gjennomgang av narkotikapolitikken.

Det har flere ganger tidligere vært lagt fram meldinger og proposisjoner om narkotikaproblemene. I St meld nr 66 for 1975-76 Om narkotikaproblemer ble det for første gang gitt en bred redegjørelse for utviklingen av narkotikamisbruket i Norge fram til 1975. Utviklingen ble beskrevet i tre noenlunde avgrensede perioder. Den første perioden fram til omkring 1940 var preget av et mindre antall «klassiske» narkomane, som nesten uten unntak skaffet seg stoffer gjennom legale kanaler. I den andre perioden fra omkring 1940 til 1965 ble det etterhvert 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, framgikk det at anslagsvis 500 personer årlig ble innlagt i sykehus for narkomani og anslagsvis 1200 for medikamentforgiftninger. Den tredje perioden, fra omkring 1965, kjennetegnes ved misbruk av illegale, avhengighetsskapende stoffer uten medisinsk betydning, blant ungdom.

St meld nr 66 ga også en forholdsvis omfattende redegjørelse for de sammensatte årsaksforholdene bak misbruket av narkotika. Misbruket oppstår som følge av både tilgjengeligheten av stoffene og av individuelle og samfunnsmessige forhold. Det finnes derfor ingen enkle løsninger på narkotikaproblemene. Innsatsen må rettes både mot tilgjengeligheten og de individuelle og samfunnsmessige forholdene, og den må samordnes på tvers av profesjons- og etatsgrensene. Det er i hovedsak disse, prinsipielle synspunktene som har ligget til grunn for norsk narkotikapolitikk fram til idag.

I 1979 la Regjeringen fram St prp nr 138 for 1978-79 Om plan for økt innsats mot narkotikaproblemer og i 1981 St prp nr 21 for 1981-82, begge med forslag til en rekke tiltak og omfattende tilleggsbevilgninger. I forbindelse med statsbudsjettene for 1983 og 1984 ble det lagt fram egne handlingsplaner med forslag til tiltak for å bekjempe narkotikaproblemene. I St meld nr 13 for 1985-86 ble det redegjort for den videre utviklingen av narkotikasituasjonen og tiltakene for å begrense tilgjengeligheten, forebygge misbruk og behandle og rehabilitere misbrukere. De prinsipielle synspunktene i St meld nr 66 for 1975-76 ble fastholdt, men med utgangspunkt i målformuleringen «et narkotikafritt samfunn» ble det i tillegg presisert at man selvsagt ikke vil gå inn for å forhindre legal bruk av narkotis-

ke stoffer i behandlingsøyemed, at det ikke er grunnlag for å skille mellom såkalte «lettere» og «tyngre» stoffer, og at innsatsen mot narkotika, særlig på den kontrollpolitiske siden, på mange måter vil atskille seg fra innsatsen mot alkohol som er et lovlig og sosialt akseptert stoff innenfor norsk kultur.

Som følge av at et større antall stoffmisbrukere søkte seg til behandlingstilbud etter at HIV-epidemien oppsto i misbruksmiljøene på midten av 1980-tallet, gjennomførte Sosialdepartementet 1989-92 en egen handlingsplan for å øke antallet døgnbehandlingsplasser. Det ble etablert ca 400 spesialiserte plasser for stoffmisbrukere i denne perioden. I planen inngikk også et landsomfattende etterutdanningstilbud til sosial- og helsepersonell i kommunene, og forsøk med utvikling av nye tiltak mot rusmiddelmisbruk i et mindre antall kommuner. I St meld nr 69 for 1991-92 Tiltak for rusmiddelmisbrukere redegjorde Sosialdepartementet for utviklingen av tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere de senere år, herunder erfaringene med handlingsplanen, og ga Stortinget grunnlag for en bred politisk drøfting av den framtidige organiseringen av behandlings- og hjelpetilbudene ut fra ansvarsfordelingen som framgår av sosialtjenesteloven.

1.2 AVGRENSINGER

Verdens Helseorganisasjon deler de psykoaktive, avhengighetsskapende stoffene inn i følgende undergrupper:

- Alkohol
- Opioider
- Cannabisstoffer
- Sovemedler eller beroligende midler
- Kokain
- Andre sentralstimulerende midler
- Hallusinogener
- Tobakk
- Løsningsmidler
- Andre psykoaktive stoffer

Denne meldingen tar ikke for seg problemene som følger av forbruket av tobakk og alkohol. Disse er lovlige og sosialt aksepterte stoffer i Norge. Fordi det totale forbruket av tobakk og alkohol langt overgår forbruket av ulovlige narkotiske stoffer, er likevel de totale skadevirkningene for samfunnet større. Ved revisjon av tobakkskadeloven er det lagt til rette for en gradvis reduksjon av tobakksforbruket her i landet. Med Ot prp nr 7 for 1996-97 Om lov om endringer i alkoholloven, lagt fram for Stortinget 4. oktober 1996, tar Sosial- og helsedepartementet fortsatt sikte på at forbruket av alkohol skal reduseres med 25% innen år 2000. Utgangspunktene for alkohol- og narkotikapolitikken er forskjellige, for så vidt som både besittelse, bruk og omsetting av narkotika er ulovlig. Dette får konsekvenser for en rekke av

virkemidlene. Det understrekes imidlertid at holdninger i samfunnet til rusmiddelbruk gir glidende grenser mellom de lovlige og ulovlige stoffene. For eksempel vil liberale holdninger til alkoholbruk i voksenbefolkningen kunne gjenfinnes som liberale holdninger til narkotika blant ungdom. Det er derfor behov for en samlet og helhetlig rusmiddelpolitikk med løpende vurdering av når det er formålstjenlig å bruke felles virkemidler. Sosial- og helsedepartementets del av ansvaret for narkotikapolitikken inngår følgelig i en samlet rusmiddelpolitikk, hvor målet er i størst mulig utstrekning å begrense de individuelle og samfunnsmessige skadene av bruk og misbruk av rusmidler.

Med «narkotikamisbruk» eller «stoffmisbruk» menes i denne meldingen all bruk av stoffer som hører inn under WHO's definisjon og gruppering av psykoaktive, avhengighetsskapende stoffer, unntatt alkohol og tobakk, og som ikke er medisinsk begrunnet. Ved lov av 19. juni 1992 fikk straffelovens § 162 en tilføyelse som fastsetter straff for ulovlig tilvirkning, innførsel, utførsel, oppbevaring, sending eller overdragelse av stoffer som etter nærmere regler er å anse som dopingmidler. Selv om de fleste av disse midlene faller utenom WHO's definisjon, vil problemet likevel bli omtalt i meldingen.

Meldingen tar ikke for seg organiseringen av tiltakene for rusmiddelmisbrukere generelt. Det vises i denne sammenheng til St meld nr 69 for 1991-92 Tiltak for rusmiddelmisbrukere. Meldingen slo fast at mennesker med rusmiddelproblemer har rett til helse- og sosialtjenester som alle andre, og at den statlige særomsorgen for misbrukere er avviklet i og med den ansvarsfordeling mellom kommunene, fylkeskommunene og staten som er hjemlet i lov om sosiale tjenester m v av 13. desember 1991, som trådte ikraft 1. januar 1993. Stortingets behandling av meldingen har ligget til grunn for Sosial- og helsedepartementets arbeid i forhold til tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere de siste årene, og det vises til denne. I meldingen som legges fram nå, vil Sosial- og helsedepartementet likevel redegjøre for visse sider av tiltaksapparatet. Dette gjelder forebyggende tiltak, og - med utgangspunkt i de tyngst problembelastete misbrukerne - dokumentasjon av behandlingsresultater, erfaringer fra behandling av misbrukere uten eget samtykke, og bruk av metadon som supplement til behandlingen av langtkomne, opiat-avhengige misbrukere. Det redegjøres også for erfaringer fra en del av de særskilte tiltakene for de tyngst problembelastete misbrukerne, som har mottatt ekstraordinær støtte fra departementet de senere år, og om tiltak for gravide misbrukere og barn av misbrukere. Departementet vil innneværende stortingssesjon også legge fram en melding om tjenester til mennesker med psykiske lidelser. Denne vil gå grundigere inn i problematikken rundt personer som både har alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer.

Meldingen tar heller ikke for seg de allmennpolitiske tiltakene som er nødvendige for å trygge barn og unges oppvekstmiljø. Slike tiltak er først og fremst ledd i arbeidet med å legge til rette for en meningsfylt og fullverdig tilværelse for alle. Sosial- og helsedepartementet vil likevel understreke den viktige rolle slike tiltak også spiller når det gjelder å forebygge rusmiddelproblemer. Barne- og familiedepartementet vil i løpet av våren 1997 legge fram et utviklingsprogram om forebyggende arbeid i samarbeid med andre departementer.

Meldingen er forholdsvis kort. Det er tre utfyllen-

de vedlegg om meldingens hovedtema; globaliseringen av misbruksproblemene og konsekvensene for narkotikasituasjonen i Norge, nye ungdomskulturelle strømninger og misbruksmønstre, herunder de forebyggende tiltakene, og de tyngst problembelastete misbrukerne og visse sider av tiltaksapparatet. På anmodning fra Barne- og familiedepartementet og Sosial- og helsedepartementet har UNGforsk (nå NOVA) bidratt med en analyse av nye ungdomskulturelle utviklingstrekk og narkotikamisbruk. Analysen inngår i vedlegg 2.

2 Regjeringens mål og virkemidler i narkotikapolitikken

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

Årsakene til problemene er sammensatte. Det er en omfattende ulovlig produksjon og internasjonal handel med narkotiske stoffer. Det er også individuelle og samfunnsmessige forhold som fører til at noen får behov for å ruse seg med både lovlige og ulovlige stoffer. Det finnes derfor ingen enkel løsning på narkotikaproblemene.

Norge har helt siden narkotikamisbruk oppsto som et sosialt problem blant ungdom i midten av 1960-årene, ført en restriktiv narkotikapolitikk ved at både besittelse, bruk og omsetning av de aktuelle stoffene er forbudt. Ulovlig innførsel og omsetning kan i de groveste tilfellene medføre lovens strengeste straff. Det har likevel vært lagt stor vekt på å balansere de restriktive kontrolltiltakene med andre forebyggende tiltak og hjelpe- og behandlingstiltak

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.

De nærmeste årene er hovedutfordringene å

- gjennom økning av den forebyggende innsatsen, opprettholde og styrke de negative holdningene

til narkotika blant det store flertallet av ungdom og i befolkningen generelt.

- begrense den ulovlige omsetningen og misbruket,
- gi misbrukere og familiene deres bedre hjelpe- og behandlingstilbud, tilpasset den enkeltes situasjon og forutsetninger, og
- bidra til styrking og effektivisering av det internasjonale samarbeidet mot ulovlig produksjon, handel med og misbruk av narkotika.

Det satses betydelige offentlige og frivillige ressurser i arbeidet med å forebygge narkotikaproblemer og hjelpe misbrukere. Politiet og tollvesenet har fått økt erfaring og kompetanse, og er dyktigere og mer effektive enn før. Det settes inn store ekstraordinære, statlige tilskuddsmidler til forebyggende tiltak i samarbeid med kommuner og frivillige organisasjoner, i tillegg til midlene kommunene prioriterer over egne budsjetter. Sosialtjenesteloven, som trådte ikraft 1. januar 1993, har klargjort ansvarsdelingen mellom kommunene, fylkeskommunene og staten for hjelpe- og behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere. Staten har de siste årene gitt ekstraordinære tilskudd også til større bykommuners tiltak for de tyngst problembelastete misbrukerne, til å utvikle tiltak for gravide misbrukere og til å stimulere utviklingen av syv regionale kompetansesentra i fylkeskommunal regi. For å øke innsatsen mot narkotikaproblemene ytterligere, vil Regjeringen:

- styrke det forebyggende arbeidet gjennom å
- integrere den holdningsskapende undervisningen om rusmidler bedre i skolene og i lærerutdanningen og utarbeide nytt undervisningsmaterieill tilpasset dagens kunnskap om holdningsskapende arbeid,
- fortsette informasjons- og holdningsarbeidet mot misbruk av hasj og ecstasy
- bidra til å stimulere ungdoms egne initiativ til å skape «motkulturer» mot rusmiddelmisbruk
- styrke samarbeidet mellom offentlige og frivillige organisasjoner sentralt ved å etablere et bredt

- sammensatt forum for drøfting og samordning av den forebyggende innsatsen mot misbruk av rusmidler
- lansere en tverrsektoriell handlingsplan i samarbeid med berørte departementer, om forebyggende arbeid rettet mot barn og ungdom
 - videreføre støtten til frivillige organisasjoner som er aktive i det forebyggende arbeidet mot misbruk av rusmidler
 - sørge for tilstrekkelige informasjonsmateriell om narkotika til minoritetsspråklige
 - gjennom veiledning til kommunene oppmuntre til å iverksette helhetlige planer for rusmiddelpolitikken samt etablere samarbeidsfora mellom lokale myndigheter og et bredt spekter av frivillige organisasjoner og grupper
 - videreutvikle Rusmiddeldirektoratets database om forebyggingsprosjekter.
 - styrke det samlede hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere ved
 - å bidra til fortsatt kompetanse- og kvalitetsutvikling i tiltaksapparatet, bl a gjennom satsing på de regionale kompetansesentra og mer systematisk evaluering av behandlings- og rehabiliteringstiltak
 - utarbeide forskrifter for gode behandlings- og rehabiliteringstiltak
 - foreslå endring av sosialtjenesteloven slik at pårørende får rett til å kreve undersøkelse med henblikk på vedtak om behandling uten eget samtykke
 - stimulere metodeutvikling i arbeidet med rusmiddelmisbrukere som mottas til behandling uten eget samtykke
 - foreslå at metadon for fremtiden skal inngå som et supplement til annen behandling av tungt belastete opiatmisbrukere
 - utvikle kompetanse i tiltaksapparatet for personer med innvandrerbakgrunn med rusmiddelproblemer
 - gjennom veiledning til kommunene oppmuntre til å spre informasjon om frivillige organisasjoner og grupper som ressurs i oppfølgingen av rusmiddelmisbrukere etter behandling
 - gjennomføre et tre-årig program for styrking av førstelinjens arbeid med rusmiddelproblemer herunder stimulere de større kommunene til spesialisering av sosialtjenestene for rusmiddelmisbrukere
 - oppmuntre mindre kommuner til interkommunale samarbeidsordninger om utnytting av spesialkompetanse
 - videreføre den restriktive narkotikapolitikken ved
 - fortsatt forbud mot besittelse, bruk og omsetting av narkotika og høye strafferammer for de groveste narkotikaforbrytelsene
 - ytterligere effektivisering av tollvesenets og politiets innsats, bl a gjennom styrking av det internasjonale samarbeidet
 - styrke kontrollen med forskrivning og omsetting av avhengighetsskapende legemidler
 - utrede forutsetninger for og konsekvenser av en eventuell kriminalisering av bruken av dopingmidler
 - legge stor vekt på det nordiske og internasjonale samarbeidet mot narkotika ved
 - å innby til en nordisk konferanse med sikte på å styrke det forebyggende arbeidet og hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere med innvandrerbakgrunn
 - fortsatt økonomisk støtte til prosjekter i FN's og Europarådets regi
 - å integrere et rusmiddelperspektiv i norsk, multi- og bilateralt bistandsarbeid
 - å foreslå i egne proposisjoner til Stortinget norsk deltakelse i Schengensamarbeidet, EU's Folkehelseprogram (narkotikaforebygging) og EU's Narkotikaovervåkingssenter.
- Offentlige myndigheter kan ikke nå disse målene alene. Det kreves en bred, nasjonal mobilisering der alle tar ansvar for å yte sitt til gode, rusfrie oppvekstmiljøer for alle barn og unge.

3 Narkotikasituasjonen

3.1 GLOBALT

Den ulovlige, internasjonale produksjonen og handelen med narkotiske stoffer har de siste tiår fått enorme dimensjoner. FN beregner at det årlig omsettes narkotika for mellom 300 og 500 milliarder amerikanske dollar. Dette gjør narkotika til verdens nest største handelsvare, bare overgått av våpenindustrien. Det antas at om lag 70% av den årlige totale omsettingsverdien av ulovlig narkotikahandel, hvitvaskes og investeres i lovlig virksomhet.

Råopium og koka produseres hovedsakelig i økonomisk og sosialt underutviklede områder i Asia og Latin-Amerika. Politisk ustabile forhold, manglende infrastruktur og fortjenestene som ligger i den internasjonale narkotikahandelen, vanskeliggjør overgang til dyrking eller produksjon av alternative varer i disse områdene. Råstoffene foredles før de når misbruksmarkedene; råopium til opium, morfin og heroin, og koka til kokain og crack. I foredlingsprosessen inngår en rekke kjemiske stoffer, såkalte basisstoffer eller «precursors». Dette er stoffer som i det alt vesentlige framstilles i de industrialiserte landene. Det foregår derfor en betydelig strøm av basisstoffene til råstoffprodusentene.

Produksjonen av sentralstimulerende, narkotiske stoffer som amfetamin og efedrin, og beroligende midler som barbiturater og benzodiazepiner, har tradisjonelt funnet sted i Vest-Europa og USA. Mens man etterhvert har innsett den begrensede medisinske nytten av de sentralstimulerende stoffene, og dermed redusert den lovlige produksjonen på verdensbasis, har etterspørselen fortsatt å stige. Ulovlige laboratorier har fylt dette «gapet» og vært med på å holde etterspørselen oppe. Samtidig kanaliseres også lovlig produserte stoffer til ulovlige markeder.

Det globale narkotikaproblemet er et dynamisk fenomen. Både produksjons-, smuglings- og misbruksmønstre er i stadig endring, påvirket av såvel politiske, sosiale og økonomiske som teknologiske faktorer. Viktigst for vår del av verden er trolig de politiske, økonomiske og sosiale omveltningene i den tidligere Sovjetunionen og landene i Sentral- og Øst-Europa, som har lagt forholdene til rette for økende narkotikaproblemer i disse områdene. Grunnet mangel på adekvat lovgivning, mangelfull retts håndhevelse og kontroll, et dårlig rustet behandlingsapparat og fravær av andre forebyggende tiltak, finner det sted et økende misbruk og en oppblomstring av organisert kriminalitet tungt involvert i narkotikaproduksjon, smugling og omsetting. Kapitalbehovet i mange av de nylig selvstendige statene gir på kort sikt myndighetene få incitament til streng kontroll med utenlandske investeringer, og legger

derfor forholdene til rette for hvitvasking av penger tilegnet gjennom ulovlig, narkotikarelatert virksomhet.

En betydelig del av heroinet som når Vest-Europa transporteres fra land i Sørvest- og Sentral-Asia (bla Afghanistan, Pakistan og Tyrkia) gjennom Samveldet av uavhengige stater (SUS) og land i Sentral- og Øst-Europa. Samtidig har den væpnede konflikten i det tidligere Jugoslavia, ført til at den tidligere mye brukte «Balkan-ruten» gjennom Tyrkia og Balkan er blitt presset nordover gjennom det øvrige Sentral- og Øst-Europa og de baltiske statene. Dette har igjen ført til at de nordiske landene har fått en mer utsatt posisjon. I enkelte sentral-asiatiske stater i SUS ligger de klimatiske forholdene godt til rette for opiumproduksjon. En betydelig del av verdens lovlige produksjon av råstoff til den farmasøytiske industrien finner sted i det samme geografiske området. Ustabile politiske, økonomiske og sosiale forhold kan føre til at produksjonen kommer ut av kontroll.

Den generelle nedbyggingen av handelshindere og en friere verdenshandel, samt økende migrasjon, har også ført med seg økt ulovlig handel med narkotika. Et deregulert og tettere integrert, globalt finansmarked har muliggjort hvitvasking og investeringer av de enorme summene som er involvert i internasjonal narkotikahandel, og har vanskeliggjort innsatsen for å spore dem opp. Den teknologiske utviklingen har ført til at framstilling av basisstoffer og psykoaktive, avhengighetsskapende stoffer ikke lenger er forbeholdt teknologisk avanserte industriland med etablerte farmasøytiske industrier. Økt teknologisk kunnskap og lettere tilgang på nødvendige kjemikalier og basisstoffer muliggjør framstilling av «skreddersydde» stoffer (designer-drugs) tilpasset ulike misbruksmarkeder.¹⁾ Profesjonell markedsføring fanger opp ungdomskulturelle strømninger og tilpasser tilbudet deretter, slik man har sett i forbindelse med reintroduksjon av LSD og introduksjon av ecstasy i ungdomsmiljøer utenom de tradisjonelle misbruksmiljøene.

¹⁾ Begrepet «designer-drugs» oppsto på midten av 1980-tallet som en populærbetegnelse på enkelte nye syntetiske, vane-dannende stoffer. Begrepet brukes også om narkotiske stoffer som har vært kjent lenge, men som nå markedsføres, ofte under fantasifulle navn, overfor nye potensielle brukergrupper. Ved små endringer i molekylstrukturene kan det framstilles stoffer med nye kjemiske sammensetninger og virkninger. Dels gjøres dette for å være i forkant av eller omgå lovreguleringer, dels for å skreddersy produkter for et potensielt nytt marked. Designer-drugs er som oftest variasjoner av allerede kjente narkotiske stoffgrupper, og utgjør ingen ensartet stoffgruppe.

Cannabis (hasj og marihuana), som fremdeles er det mest misbrukte stoffet både i Norge og internasjonalt, dyrkes eller vokser vilt i alle verdensdeler. Moderne dyrkingsmetoder har klart å frambringe cannabis med tre-fire ganger så mye virkestoff (tetrahydrocannabinol - THC) som tidligere. Slik cannabis dyrkes etter profesjonelle prinsipper i drivhus bl a i Nederland.

Generelt preges både den ulovlige produksjonen av og handelen med narkotika av den såkalte «bal-long-effekten». Lykkes man å redusere produksjonen i ett geografisk område, øker den i et annet. Og lykkes man å øke oppdagelsesrisikoen langs en etablert smuglerrute, legges smuglingen over til andre ruter. Dette gjelder både globalt, regionalt og nasjonalt.

Globalt er det ingen tegn til at misbruksproblemerne avtar. De synes tvert om å øke samtidig med at det finner sted en globalisering av misbruksmønstrene. Heroinmisbruk er eksempelvis blitt et problem i Latin-Amerika, delvis som følge av at Colombia i løpet av 1990-årene har utviklet seg til en betydelig opiumsprodusent. Misbruk av amfetamin og andre sentralstimulerende stoffer er økende i alle verdensdeler. I Vest-Europa er det mye som tyder på at ecstasy og andre designer drugs allerede er de nest mest misbrukte stoffene etter cannabis. Samtidig har crack fått innpass i enkelte områder i Europa, bl a Storbritannia, Frankrike, Spania og Portugal. Tidligere ble dette stoffet nærmest utelukkende misbrukt i USA. I Sentral- og Øst-Europa har det funnet sted en markert økning i misbruket av opiat (inkludert heroin) og kokain. I Europa blir heroin nå i stadig større grad røykt i stedet for injisert, en misbruksform som tradisjonelt hører til i områder av Asia. I store deler av Afrika har man vært vitne til en betydelig forverring av misbruksituasjonen de siste år, med økning av misbruket av både heroin, kokain og syntetiske stoffer. Et annet globalt utviklingstrekk er tendensen til økt blandingsmisbruk.

Størst økning i misbruket synes å finne sted i utviklingslandene og i de nylig uavhengige statene i Sentral- og Øst-Europa og den tidligere Sovjetunionen. Det finnes ikke lenger områder i verden der det ikke forekommer narkotikamisbruk. Det tradisjonelle skillet mellom produsent- og konsumentland er derfor på det nærmeste utvisket.

Internasjonalt blir sammenhengen mellom rusmiddelrelaterte problemer og økonomisk, sosial og politisk utvikling stadig bedre dokumentert og i sterkere grad fokusert. Økonomisk og sosial utvikling vanskeliggjøres dersom det ikke samtidig settes inn tiltak mot rusmiddelmisbruk og rusmiddelrelaterte problemer. Tilsvarende vil innsatsen mot rusmiddelproblemene ikke lykkes dersom man ser disse uavhengig av deres sosiale og økonomiske sammenheng og utvikling generelt.

3.2 KONSEKVENSENE FOR NARKOTIKASITUASJONEN I NORGE

Den mest åpenbare konsekvensen av den verdensomfattende, ulovlige produksjonen og handelen med narkotika er økt tilgjengelighet av stoffene også i vårt land. I 1995 var det totalt 11524 narkotikabeslag i Norge. Det var en markert økning fra foregående år både i antall beslag og i beslaglagt mengde narkotiske stoffer. For 1996 steg antall narkotikabeslag med 6 prosent til 12215, mens økningen fra 1994 til 1995 var om lag 30 prosent. Tallene over beslaglagt mengde økte betydelig for stoffene kokain, heroin og ecstasy, mens mengden cannabis, amfetamin og LSD gikk ned.

Cannabis er fremdeles den eneste stoffgruppen som er beslaglagt i samtlige av landets 54 politidistrikter. Den geografiske utbredelsen av amfetamin øker imidlertid fra år til år, og i 1995 ble det gjort amfetaminbeslag i 52 distrikter. Heroin er også iferd med å spre seg geografisk i Norge, og ble i 1995 beslaglagt i 41 politidistrikter mot ca 30 for 2-3 år siden. I 1995 ble det gjennomført 157 beslag av ecstasytabletter, dvs en firedobling i forhold til foregående år, mens antall beslaglagte enheter økte fra ca 950 til i underkant av 10000. Det siste året er det blitt beslaglagt 12852 ecstasytabletter fordelt på 192 beslag. Det er registrert ecstasybeslag i halvparten av politidistriktene, fordelt over hele landet.

De store beslagene gjøres i Oslo og i toll- og politidistrikter som har naturlige innførselsporter (grenseoverganger, fergehavner) til landet. Ca 30 prosent av alle cannabis- og amfetaminbeslag og ca 70 prosent av alle heroinbeslagene gjøres i Oslo. Utviklingen er vanligvis at nye stoffer kommer til Oslo og det sentrale østlandsområdet, og først etter at det er etablert et marked her, sprer problemet seg til resten av landet. Ecstasy er et unntak fra dette mønsteret. Allerede etter et par år har det spredd seg til store deler av landet.

Selv om økningen i narkotikabeslag i Norge i noen grad må kunne tilskrives tollvesenets og politiets bedre kompetanse, utstyr og arbeidsmetoder samt økt internasjonalt samarbeid, er det likevel grunn til å anta at den faktiske mengden narkotika som forsøkes smuglet inn, er større enn noen gang før. Parallelt finnes det internasjonale ungdomskulturelle strømninger, som direkte eller indirekte er knyttet sammen med liberale holdninger til narkotika, noe som naturlig nok også påvirker norsk ungdom.

Hvor stor andel av de forskjellige stoffene som forsøkes smuglet inn i Norge som faktisk beslaglegges, og i hvilken grad de er beregnet på det norske markedet, er usikkert. Selv om den internasjonale, ulovlige narkotikahandelen stadig tar i bruk nye smuglerruter fra produksjonsområdene til markedene der misbrukerne finnes, er det lite som tyder på at Norge, den geografiske plasseringen tatt i betraktning, er et viktig transitland for narkotika. Det er imidlertid vanskelig å se hvordan de store kvanta

som later til å passere norske grenser, skal kunne finne avsetning på det norske markedet, selv om det skulle dreie seg om deponering med tanke på distribusjon og salg på et senere tidspunkt. Etter alt å dømme har kampen om hegemoniet på heroinmarkedet mellom ulike grupperinger i Oslo, i noen grad bidratt til økt tilgjengelighet. Dette har ført til at prisen på heroin, etter å ha holdt seg stabil i mange år, ble kraftig redusert omkring 1992 og siden har holdt seg på et relativt lavt nivå. Mens det for noen år siden periodevis var vanskelig eller umulig for misbrukerne å skaffe seg den heroin de ønsket, synes dette ikke å ha vært tilfelle de siste årene.

Den økte tilgjengeligheten av heroin later likevel ikke til å ha ført til at gruppen tungt problembelastete sprøytemisbrukere har økt vesentlig. Det er stor grad av enighet mellom politiet, tiltaksapparatet og forskere om at situasjonen synes relativt stabil og at det ikke synes å ha vært en økning i rekrutteringen av nye, unge misbrukere til dette miljøet. Den økende gjennomsnittsalderen på misbrukerne er et tegn på dette. Situasjonen er likevel alvorlig. På tross av at det er satt igang en rekke tiltak for å forebygge og redusere dødsfall, har antallet overdosedødsfall fortsatt å stige. Mange dør også av årsaker som mer indirekte er knyttet til misbruket. Selv om dødeligheten i denne gruppen er høy, er det likevel en betydelig gruppe tungt problembelastete misbrukere som tiltaksapparatet i liten grad når fram til med virksomme tilbud. Mange av dem har hatt store problemer allerede fra tidlig barndom og er påført store «sår», som det etter mange års misbruk og avhengighet av rusmidler er vanskelig å «reparere». Mange lever et liv i stor elendighet. Samtidig innebærer de også problemer for omgivelsene. Misbruksmiljøene er ofte synlige i sentrum av de større byene, og skaper utrygghet blant folk flest.

Tidligere var heroinmisbruket først og fremst begrenset til Oslo-området. Det var langt på vei «indre kontroll» i misbruksmiljøene utenfor dette sentrale området, som hindret at heroin fikk innpass utover sporadisk misbruk i forbindelse med Osloreiser o.l. De senere årene har likevel heroinet fått innpass i de fleste større byene. Det er derfor all grunn til bekymring for utviklingen av misbruksmiljøene også utenfor Oslo-området i årene som kommer.

Det typiske norske misbruksmønsteret er et blandingsmisbruk, der alkohol, avhengighetsskapende legemidler og ulovlige stoffer misbrukes sammen eller hver for seg. Det er få som utelukkende misbruker heroin i Norge. De fleste narkotikamisbrukerne har også et stort forbruk av benzodiazepiner som f.eks. rohypnol og valium. Det er også mange som har et misbruk dominert av amfetamin, som enten injiseres eller spises. Det er mulig at det omfattende amfetaminmisbruket i Norge har fungert som en «buffer» mot spredningen av kokain. Kokainmiljøet i Norge er ennå lite og forholdsvis lukket. Stoffet anses fortsatt som et «overklasse-narkotikum» på

grunn av liten tilgjengelighet og høy pris. Det omsettes i første rekke i «in-restauranter» og lukkede miljøer som det er vanskelig for politiet å avdekke. Det er imidlertid verdt å merke seg at kokain nå for alvor ser ut til å være introdusert i Danmark, og erfaring tilsier at den samme utviklingen kan finne sted også i Norge.

Gjennom de årlige spørreskjemaundersøkelsene, gjort av Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA), om bruk av ulike rusmidler blant unge i alderen 15-20 år, har det vært mulig å følge utviklingen av ungdoms forhold til narkotika. På landsbasis har det de senere år vært i underkant av 10 prosent som oppgir at de noen gang har brukt cannabis (hasj eller marihuana). Den tilsvarende andelen blant ungdom i Oslo har vært i underkant av 20 prosent. I de aller fleste tilfellene dreier det seg om bruk en enkelt eller noen få ganger. Når det gjelder ungdoms holdning til narkotika, har undersøkelsene vist at det bare er et lite mindretall (i underkant av 10 prosent) som mener at cannabis skal kunne selges fritt i Norge.

Det synes imidlertid nå å finne sted en negativ utvikling. I 1996 var det på landsbasis 12 prosent av ungdom i alderen 15-20 år som oppga at de noen gang hadde brukt cannabis, mens den tilsvarende andelen i Oslo var 23 prosent. Det var også flere enn tidligere som sa de kunne tenke seg å prøve cannabis hvis det ikke var fare for å bli arrestert av politiet, og som var av den oppfatning at cannabis burde selges fritt.

Mens utviklingen av et tungt misbruk og avhengighet av stoffer som amfetamin og heroin synes å henge sammen med en rekke personlige problemer i tillegg til egenskaper ved stoffene i seg selv, er det mye som tyder på at det eksperimenterende misbruket av f.eks. cannabis og ecstasy ikke kan knyttes opp til slike, bakenforliggende problemer. Ulike ungdomskulturelle aktiviteter med stor tiltrekkingskraft, synes dessuten å ha en langt mer liberal holdning til narkotika enn det man har sett tidligere. Det mest framtrepende eksemplet er housekulturens bruk av symboler som henspiller på ecstasy. Selv om unge som er aktive i disse miljøene og i noen grad bruker stoffer som cannabis og ecstasy, ikke nødvendigvis utvikler et varig misbruk, er det likevel grunn til bekymring. Selv om det ikke er noen direkte vei fra bruken av ett narkotisk stoff til et annet, er det mye som taler for at terskelen til å gå videre og prøve også andre stoffer, blir lavere. Et eksperimenterende misbruk av cannabis eller ecstasy vil følgelig kunne føre til problemer den enkelte unge i utgangspunktet ikke forestillte seg eller hadde oversikt over.

I internasjonal sammenheng er narkotikaproblemene i Norge likevel relativt begrensete. Ser man på land lenger sør i Europa eller på USA, er både andelen tungt belastete sprøytemisbrukere og det eksperimenterende misbruket langt mer omfattende. At Norge tross alt ikke har problemer i samme størrel-

sesorden, synes bl a å ha sammenheng med at vi generelt sett har et lavt forbruk av rusmidler. Norge har f eks et langt lavere totalforbruk av alkohol enn de fleste andre land i den vestlige kulturkretsen. Bruken av beroligende legemidler er også lav i Norge sammenlignet med mange andre land. Det kan være både kulturelle og sosiale forhold som forklarer en slik situasjon, i tillegg til at det fra norsk side satses betydelig på en restriktiv rusmiddelpolitikk integrert med forebyggende tiltak og behandlingstiltak.

Regjeringen vurderer narkotikasituasjonen som fortsatt alvorlig. Det store antallet sterkt forkomne, langvarige sprøytemisbrukere, den høye dødeligheten blant disse, den geografiske spredningen av heroin og amfetamin, det økende antallet unge som har erfaring med misbruk av hasj og ecstasy samt en glidning i retning av mer liberale holdninger til narkotika blant ungdom, gir særskilt grunn til bekymring.

4 Nye misbruksmønstre og ungdomskulturelle utviklingstrekk, -forebyggende tiltak

4.1 MISBRUKSMØNSTRE OG UTVIKLINGSTREKK

Det framgår av analysen fra UNGforsk, gjengitt i vedlegg 2, at det store flertallet av norsk ungdom er opptatt av å utvikle en sunn livsstil og komme seg fram på sosialt aksepterte måter i samfunnet. Rundt 90 prosent av ungdom i Norge oppgir aldri å ha prøvd narkotiske stoffer. Det er likevel urovekkende trekk å spore. Bl a er det grunn til sterk bekymring når 1 av 5 Osoulungdommer oppgir å ha prøvd hasj eller marihuana i løpet av det siste året. Dette tyder på at stoffene er bredt tilgjengelig blant ungdom i Oslo.

Stoffmisbruk i dag synes å befinne seg på en skala med glidende overganger i spenningen mellom to ytterpunkter. På den ene siden finner vi miljøer hvor misbruket er koblet til bl a kriminalitet, og store psykosiale problemer. Mer usynlig er det kanskje likevel at vi på den andre siden finner ressursterke ungdomsgrupper hvor bruk av ulike rusmidler er en del av en mer kulturbevisst livsstil. Her går noen foran, fanger opp og eksponerer internasjonale ungdomskulturelle strømninger, knyttet til ulike musikktrender, som f eks «house», eller til andre aktiviteter med stor tiltrekningskraft. I miljøer som oppstår rundt en del slike aktiviteter finner man oftere liberale holdninger til, og eksperimenterende bruk av stoffer som cannabis og ecstasy, enn blant ungdom generelt.

Det er grunn til å legge vekt på en slik ungdomskulturell tilnærming til forståelsen av misbruk, fordi jakten på identitet og fellesskap ofte vil stå helt sentralt i ungdoms valg mellom handlingsalternativer. I vedlegg 2 er det bl a beskrevet hvordan brukshypotheten er påfallende parallell med høydepunkter og nedganger i ulike ungdomskulturelle bølger. Samtidig ligger det i en slik forståelse et forebyggingspotensiale. Også innenfor kulturer som gir uttrykk for positive holdninger til stoff, finnes det deltakere som tar aktivt avstand fra stoffbruk. Deres på-

virkningskraft og ansvar er det viktig å støtte opp under. Ungdom deltar likevel ikke bare i sine egne sirkler. Identitet og tilhørighet bygges opp i arenaer hvor vi alle deltar. Det er derfor et felles samfunnsansvar å danne motkulturer, og å bygge opp under holdninger mot rus. I et forebyggende perspektiv er det viktig å hindre tilgjengeligheten av illegale stoffer. Det er likevel minst like viktig å fremme den enkeltes egen kraft og evne til å motstå det presset som mange i dag lever i.

4.2 OVERSIKT OVER SATSING PÅ FOREBYGGING

Det er betydelige menneskelige og økonomiske ressurser som investeres i det forebyggende arbeidet mot bl a rusmiddelproblemer her i landet, og det er mange aktører på området.

Rusmiddeldirektoratet sørger for dokumentasjon om alle sider av rusmidler og rusmiddelproblemer, og driver utstrakt informasjons- og veiledningsvirksomhet. Direktoratet forvalter videre den statlige tilskuddsordningen til de ialt 18 frivillige organisasjonene som har som særskilt mål å arbeide mot rusmiddelproblemer. I 1994 hadde disse organisasjonene ialt ca 70.000 individuelle medlemmer og i tillegg mange kollektive. Selv om bare en mindre del av medlemmene er aktive, betyr det likevel mye for den totale forebyggingsinnsatsen og holdningsdanningen i samfunnet. Landsforbundet mot stoffmisbruk, Ungdom mot stoff og Ungdom mot narkotika er særlig engasjert på narkotikaområdet med ialt ca 12.000 medlemmer, mens de øvrige er mer allmennt engasjert i arbeidet mot rusmiddelproblemer.

Betydningen av å ta vare på og styrke rusfrie miljøtilbud, særlig for ungdom, har lenge vært understreket som et sentralt virkemiddel i det forebyggende arbeidet. Til dette formålet har direktoratet siden 1981 forvaltet en egen statlig tilskuddsordning. I til-

knytting til dette arbeidet driver direktoratet, i samarbeid med Hordaland fylkeskommune og Universitetet i Bergen, et større prøveprosjekt for utvikling og utprøving av lokale forebyggingstiltak.

Å forebygge rusmiddelmisbruk blant unge handler også om å skape gode oppvekstvilkår for barn og ungdom. I St meld nr 39 (1995-96) Om barnevernet, pekes det på at et av målene i Barnevernets utviklingsprogram (1991-93) var at kommunene skulle utarbeide forebyggende planer i et samarbeid mellom hjelpeinstansene, inkludert frivillige organisasjoner. De fleste kommunene har laget, og er i ferd med å gjennomføre sine forebyggingsplaner.

Barne- og familiedepartementet har det overordnede ansvaret for barneverntjenesten, som er av stor betydning for den samlede forebyggende innsatsen mot bl a rusmiddelmisbruk. Den kommunale barneverntjenesten er involvert langt utover individrettede tiltak med hjemmel i barneverntjenesteloven. Dette gjelder både generelle tiltak for barn og unge og tiltak for risikogrupper. Ulike former for aktivitetstilbud, veiledning og opplysningsvirksomhet er sentralt.

Barnevernet er avhengig av tillit og samarbeid med andre offentlige instanser på lokalt plan for å kunne sette inn de riktige tiltakene. Sosialtjenesten, utekontakene, arbeidsmarkedsetaten og de lokale politimyndigheter, er sentrale samarbeidspartnere. I de større byene er det ofte organisert barnevernvakter ved politikamrene når det gjelder arbeid i forhold til familier eller ungdommer som kommer i kontakt med politiet i akutte situasjoner.

Tverretattlig samarbeid lokalt - som er en forutsetning for å lykkes med et godt forebyggende arbeid - er i seg selv en utfordring. Kommunene er ulikt organisert, men i de fleste tilfeller vil effektiv forebygging og sikring av oppvekstvilkår betinge forpliktende samarbeid mellom en rekke instanser. Helhetlige tiltak fordrer kommunikasjon, felles forståelse og en omforent overordnet målsetting.

Barne- og familiedepartementet fordeler midler til de landsomfattende organisasjonene som driver en variert virksomhet av politisk, kulturell og sosial karakter. Flere av disse organisasjonene arbeider implisitt eller eksplisitt for bekjempelse av rusmiddelmisbruk, herunder misbruk av narkotika. Gjennom sine mangfoldige tilbud bidrar organisasjonene dessuten til sosial trening gjennom målrettet samhandling, og utgjør følgelig et meget verdifullt supplement til den offentlige innsatsen.

Barne- og familiedepartementet forvalter dessuten en statlig tilskuddsordning til ungdomstiltak i større bysamfunn. Tilskuddsordningen omfatter de ni største bykommunene, og målgruppen er barn og unge fra 10 til 25 år. Departementet har også utviklet et foreldreveiledningsprogram, særskilt innsats mot vold og mobbing, og en felles, statlig informasjonskanal til ungdom i grunnskolen.

Skolen er en særdeles viktig arena for både fore-

bygging, tidlig oppdagelse og intervensjon i forhold til rusmiddelproblematikk. Rusmiddelforebyggende arbeid er viktig på alle trinn og nivåer. Målet er å øke kunnskapen om rusmidlenes skadevirkninger og styrke holdningene til å kunne si nei og motstå press fra jevnaldrende. Elevene må lære å bruke kunnskaper og ferdigheter fra ulike fag for å belyse og forstå større, helhetlige temaer og områder. De nye læreplanene for grunnskolen og for videregående opplæring legger derfor til rette for og oppmuntrer til arbeid på tvers av fagene. Rusmiddelforebyggende arbeid er ett av flere sentrale områder som skal forankres i fagene og behandles tverrfaglig. Dette er understreket både i St meld nr 29 for 1994-95 Om prinsipper og retningslinjer for 10-årig grunnskole - ny læreplan og i komiteinnstillingen Innst S nr 15 for 1995-96. Skolens rådgivertjeneste og pedagogisk-psykologisk tjeneste medvirker i tverrfaglig samarbeid om forebyggende tiltak for barn og unge.

Skolehelsetjenesten har som ett av sine hovedinnsatsområder å forebygge psykososiale problemer, i samsvar med Regjeringens anbefaling i St meld nr 37 for 1992-93 Utfordringer i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Forebygging av rusmiddelproblemer har en sentral plass i dette arbeidet. Primærforebyggende arbeid i forhold til bl a rusmiddelproblemer må ta utgangspunkt i tiltak som bidrar til at barn og unge gis mulighet til å styrke egen identitet, selvtilitt og evnen til grensesetting. Dette var ideen bak Helsetilsynets kampanje «Sett dine egne grenser», som startet i 1987 og fremdeles pågår og er under videreutvikling. Et annet stort satsingsområde fra helsemyndighetenes side innen det forebyggende og helsefremmende arbeidet er Samlet plan som startet i 1989 og ble avsluttet ved årsskiftet 1994-95. På landsbasis ble det gjennomført ca 50 utviklingsprosjekter med barn og unge som målgruppe. En rekke av prosjektene hadde som hovedmål å forebygge rusmiddelproblemer blant barn og unge. I tillegg dreiet flere av prosjektene seg om barn og unges psykososiale miljø, holdninger, vaner og atferd. Skolehelsetjenesten spillte en sentral rolle i gjennomføringen av prosjektene, og modeller og metoder som ble utviklet i løpet av perioden, ble formidlet til alle landets kommuner.

Det er viktig at erfaringene som gjøres i kommunene gjennom ulike rusmiddelforebyggende prosjekter, er tilgjengelige for andre som ønsker å iverksette prosjekter eller tiltak på dette området. Sosial- og helsedepartementet tok i november 1993 initiativ overfor Rusmiddeldirektoratet til opprettelse av en database for prosjekter og tiltak vedrørende forebyggende rusmiddelarbeid. Basen skulle bidra til å spre informasjon mellom kommunene, og formidle informasjon fra kommunene til departementet. På denne bakgrunn ble det i 1994 igangsatt et forprosjekt for utprøving av en slik database. I forbindelse med forprosjektet ble det innhentet informasjon fra ialt 120 prosjekter/tiltak for forebyggende rusmiddelarbeid i

kommunen. Disse ble lagt inn som en egen base («RUFUS») i Rusmiddeldirektoratet.

Politiet legger stor vekt på det forebyggende arbeidet i samsvar med St meld nr 23 for 1991-92 Om kriminalitetsbekjempelsen. Anvendt på narkotikabekjempelse er strategien aktiv innsats for å hindre at nye grupper unge rekrutteres til narkotikamiljøene. Dette skjer både gjennom undervisning i skolene, uniformerte patruljer i de lokale bomiljøene, gjennom tiltak rettet mot risikogrupper og tiltak rettet mot enkeltungdommer i begynnelsen av en misbrukskarriere.

Også Forsvaret driver et omfattende forebyggende arbeid i form av undervisning, opplysning, og annet holdningsskapende arbeid.

Den omfattende forebyggende innsatsen som er gitt en kort omtale her, kommer i tillegg til det forebyggende arbeidet som gjøres i kommunene uten ekstraordinære statlige tilskudd, og som er hjemlet i bl a sosialtjenesteloven og barneverntjenesteloven. Kommunene spiller en helt sentral rolle både i utformingen og gjennomføringen av rusmiddelpolitikken. Det er kommunene som gir bevilling til salg og skjenking av alkohol, og som dermed også i stor grad kan påvirke tilgjengeligheten av dette, aller mest utbredte rusmiddelet. Det er som oftest kommunene som først kommer i kontakt med vanskeligstilte familier, ungdom i faresonen og misbrukere. Kommunene har derfor selv det beste utgangspunktet for planlegging og samordning av den samlede forebyggende innsatsen mot bl a rusmiddelproblemer, tilpasset lokale forhold.

4.3 STRATEGIER OG SATSINGSOMRÅDER I DET FOREBYGGENDE ARBEIDET

Det økende misbruket av cannabis og ecstasy, og den negative utviklingen som synes å finne sted når det gjelder liberalisering av holdninger til stoffmisbruk, stiller både kommunale og sentrale myndigheter overfor nye utfordringer. Det er viktig å videreføre og styrke de tradisjonelt virksomme tiltakene på forebyggingsområdet, herunder undervisning og holdningsskapende arbeid i og utenfor skolen, oppsøkende ungdomsarbeid i form av utekontakter og feltarbeid, og et nært samarbeid med og støtte til et bredt spekter av frivillige organisasjoner. Samtidig er det tegn som tyder på at de mer narkotikaliberale ungdomsgruppene er lite tilgjengelige for, eller sogar vender ryggen til, de formanende om enn velmente budskapene fra voksenverdenen. Opplysningskampanjer med «skremselspropaganda» som lett kan avsannes av ungdommen selv, vil kunne virke mot sin hensikt. Det er derfor viktig å tilstrebe en reell troverdighet og saklighet i opplysningsarbeidet.

Som supplement til de tradisjonelle tiltakene, er det behov for nye tilnærminger og metoder i det forebyggende arbeidet. Gjennom de siste ti årene har

departementet gitt støtte til to større forskningsprogrammer, begge drevet gjennom Norges forskningsråd. Disse programmene har gitt verdifull kunnskap som kan danne grunnlag for fornyet forebyggende innsats. Fortsatt er det behov for mer kunnskap. Ikke minst trenger vi kunnskap om kulturelle aspekter ved ungdomsmiljøene, slik at ungdom kan nå ut fra en forståelse for deres situasjon og referanserammer.

Sosial- og helsedepartementet mener det er behov for en bred og offensiv forebyggende innsats mot narkotika og mot misbruk av rusmidler generelt, og vil legge til grunn følgende strategiske prinsipper:

Den forebyggende innsatsen skal rettes mot hele befolkningen, og mot risikogrupper.

Det er et mål å motvirke nyrekruttering til misbruksmiljøene. Det er som sagt ikke realistisk å tro at målet om et narkotikafritt samfunn kan nås i overskuelig framtid. Vi vil på grunn av narkotikasituasjonen måtte leve med at narkotiske stoffer i større eller mindre grad er tilgjengelige. Av den grunn vil det være folks egne holdninger og evne til grensesetting som best kan hindre utbredelsen av rusmidler. Det er særlig viktig at barn og unge har kunnskaper og verdier som gjør at de avviser rusmiddelmisbruk.

Ungdoms handlinger påvirkes daglig i alle miljøer hvor de ferdes. Regjeringen mener det er et viktig velferdsgode, på linje med retten til skolegang og helsetilbud, at folk kan føle seg trygge i sine nærmiljøer. Denne tryggheten kan ikke skapes av offentlige myndigheter alene, men er avhengig av at alle bidrar. Her kreves en bred nasjonal mobilisering hvor alle føler sitt ansvar for å bidra til trygge oppvekstmiljøer for barn og unge. Det holdningsskapende arbeidet må derfor rette seg mot befolkningen som helhet. Samtidig må informasjon målrettes og gis innhold overfor risikogrupper. Sosial- og helsedepartementet vil øke informasjonsvirksomheten rettet mot ungdom og oppvekstsituasjoner.

Det forebyggende arbeidet skal ha et langsiktig perspektiv.

Holdingsendring skjer i liten grad gjennom kortsiktige satsinger, men er et møysommelig arbeid som krever bred innsats over tid.

Departementet vil lansere en egen tverrsektoriell handlingsplan for forebygging av rusmiddelmisbruk.

Den holdningsskapende undervisningen om rusmidler skal integreres bedre og styrkes i skolene og lærerutdanningen, og det skal utarbeides nytt undervisningsmaterieill tilpasset dagens kunnskap om holdningsskapende arbeid.

Kommuner og lokalmiljøer skal spille en sentral rolle i det forebyggende arbeidet.

Departementet vil bidra til å styrke førstelinjens kompetanse når det gjelder forebygging. Departe-

mentet vil videre legge forholdene til rette for at kommunene kan utarbeide og iverksette helhetlige planer for rusmiddelpolitikken, og for etablering av samarbeidsfora mellom lokale myndigheter og et bredt spekter av frivillige organisasjoner og grupper. Det tverrsektorielle samarbeidet skal styrkes, og det skal legges grunnlag for en bred lokalbasert rusmiddelpolitisk innsats i kommunene.

Sosial- og helsedepartementet vil, i samarbeid med berørte departementer, gjennomføre en tverrsektoriell handlingsplan om forebyggende arbeid rettet mot barn og ungdom.

Rusmiddeldirektoratets database/erfaringsbank om forebyggingsprosjekter skal oppdateres og gjøres bedre tilgjengelig for brukerne. Dette skal gjøre det lettere å hente inn erfaringer i forebyggingsarbeid.

Bred mobilisering av frivillige krefter og ungdomskulturelle miljøer

Det arbeidet som gjøres av frivillige krefter gjennom idrettslag, foreninger og organisasjoner som jobber for barn og unge utgjør en uvurderlig ressurs i arbeidet for trygge oppvekstmiljøer.

Regjeringen vil bidra til å bedre vilkårene for lag og foreninger som arbeider for barn og unge bl a ved å endre skattereglene slik at idrettslag, musikk-korps og andre grupper lettere kan tjene egne penger og engasjere instruktører. I tillegg vil det bli foreslått å gi de frivillige organisasjonene noe mer av inntektene fra de statlige spillene. Kulturdepartementet vil i en stortingsmelding om de frivillige organisasjonene drøfte disse forhold nærmere.

Det er et stort behov for å tenke nytt på forebyggingsiden. Sosial- og helsedepartementet vil ta initiativ til etablering av et bredt sammensatt forebyggingsforum. Forumets oppgaver vil være å videreutvikle forebyggende strategier og tiltak.

Det er oppmuntrende å registrere tendenser til at ungdom selv stiller opp og formidler negative holdninger til rus, vold og kriminalitet, og danner alternative «motkulturer». Eksempler på slike initiativ er kampanjen «Stopp dopet, ikke dansinga», Ungdom mot vold og Non Fighting Generation. Sosial- og helsedepartementet vil bidra til å stimulere slik innsats, og vil trekke på disse kreftene når det gjelder å informere ungdom om konsekvensene av misbruk av rusmidler. Departementet vil samtidig invitere til et bredt samarbeid med ulike frivillige organisasjoner.

5 De tyngst problembelastede misbrukerne og hjelpe- og behandlingsapparatet

5.1 OMFANGET AV OG KJENNETEGN VED GRUPPEN

Det er forbundet med særskilte problemer og feilkilder å kartlegge ulovlig atferd som misbruk av narkotika, bl a fordi misbrukerne selv i stor grad vil forsøke og holde misbruket skjult. Problemet med å tallfeste omfanget er et internasjonalt problem, og flere internasjonale organer prioriterer derfor arbeidet med å utvikle bedre metoder for å følge misbruksutviklingen. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) gjorde i 1990 en gjennomgang av materiale, herunder data fra politiet, som belyser omfanget av sprøytemisbruk. Gjennomgangen konkluderte bl a med at den årlige tilveksten av nye sprøytemisbrukere økte tidlig på 1970-tallet, var forholdsvis stabil på slutten av 1970- og første halvdel av 1980-tallet, og gikk betydelig ned på slutten av 1980-tallet. Omkring halvparten av de 4-5000 aktive sprøytemisbrukerne i Norge var, ifølge gjennomgangen fra 1990, bosatt i Oslo. Omkring 70% av dem var menn, og 30% kvinner.

På slutten av 1960-tallet da misbruk av cannabis og andre stoffer begynte å bli mer vanlig, var misbruket særlig utbredt blant ungdomsgrupper fra sosialt og økonomisk mer ressurssterke miljøer. Utover

1970-tallet var det en økende tendens i retning av at brukerne av cannabis og etterhvert andre stoffer, i større grad enn andre unge hadde problemer i forhold til familie og skole. Denne tendensen synes å ha holdt seg fram til i dag. Det er følgelig ikke tilfeldig hvem som blir tyngt belastete narkotikamisbrukere. Det er nær sammenheng mellom ulike typer tilpassingsproblemer i barndom og tidlige ungdomsår og rusmiddelproblemer senere i livet, en sammenheng som er særlig sterk når det gjelder sprøytemisbruk.

SIFA har i prosjektet «Stoffmisbrukere i behandling» registrert 2 359 forskjellige personer som i årene 1992 og 1993 var i behandling for stoffmisbruk. Av disse var 62,5 prosent menn og 37,5 prosent kvinner. Materialet viser at misbrukerne som inngår i undersøkelsen, har stor grad av problembelastning. Ca halvparten rapporterte at en eller begge foreldrene hadde alkoholproblemer. Ca en tredel hadde som barn hatt tilsyn av barnevernet, en femdel hadde vært i behandling for psykiske problemer, og en tidel rapporterte at de som barn hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. Videre hadde 43 prosent hatt en eller flere livstruende overdoser, og en tredel hadde forsøkt å ta sitt eget liv. Når det gjaldt sosial situasjon ved påbegynt behandling, hadde nesten halvparten uoppgjorte saker med politiet og rettsvesenet,

13 prosent var uten fast bolig, og 60 prosent rapporterte at deres sosiale nettverk i hovedsak besto av andre misbrukere. De fleste som søkte behandling rapporterte om misbruk av flere typer rusmidler. 77 prosent oppga at de hadde røykt hasj i løpet av de siste seks måneder før inntak i behandling, 56 prosent hadde brukt opiat, 50 prosent amfetamin eller andre sentralstimulerende midler og 68 prosent beroligende legemidler. Godt over halvparten, 58 prosent, oppga at de brukte sprøyter. 3,3 prosent var HIV-positive.

Pr 31. desember 1995 var det meldt 367 HIV-positive stoffmisbrukere i Norge. Av disse var 219 menn og 148 kvinner. 55 prosent av tilfellene er meldt fra Oslo. Fra 1988 har antallet nydiagnostiserte HIV-positive stoffmisbrukere gått ned. Undersøkelser viser at mer enn 90 prosent av sprøytemisbrukerne oppgir å ha testet seg, de fleste opp til flere ganger. Mørketallet er derfor trolig forholdsvis lite, og antallet nysmittete ser ut til å være stabilt med rundt 10 tilfeller pr år. Det er likevel viktig å videreføre de HIV-forebyggende tiltakene som later til å ha hatt god effekt overfor gruppen sprøytemisbrukere. Sosial- og helsedepartementet har iverksatt en egen Handlingsplan mot HIV/AIDS, der sprøytemisbrukere er en av de viktigste målgruppene. Pr 31. desember 1995 var det meldt 72 tilfeller av AIDS blant sprøytemisbrukere. En stor del av disse er døde. Forholdsvis mange av de HIV-positive misbrukerne vil også være døde av andre årsaker. Dette henger sammen med at dødeligheten blant stoffmisbrukere generelt er høy. Dødsfall blant stoffmisbrukere omfatter ikke bare overdoser. Mange dør også av andre årsaker. En undersøkelse av dødsårsaker blant 1 491 misbrukere innlagt ved Statens klinikk for narkomane i perioden 1961-91 viste at 402 var døde pr 1. september 1992. Så mange som 9 prosent (287) døde før de fylte 50 år. Av de 402 var det 28 prosent som døde av overdose, 21 prosent ved selvmord, 13 prosent i ulykker og de resterende 38 prosent av andre årsaker.

Sprøytemisbrukere er også en høyrisikogruppe i forhold til leverinfeksjoner forårsaket av virus (virale hepatitter). Vanligvis meldes det ca 100 tilfeller av hepatitt A til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) i året. Fra sommeren 1995 har det imidlertid pågått et utbrudd blant stoffmisbrukerne på Østlandet. Selv om utbruddet er på retur, er i løpet av et år nær 300 stoffmisbrukere og ca 50 personer med nær tilknytning til disse, meldt til MSIS med hepatitt A. I perioden 1975-86 ble det årlig meldt ca 300 tilfeller av hepatitt B, hvorav ca halvparten var stoffmisbrukere. Fra 1987 ble antallet nysmittete redusert til under 100 pr år, hvilket fallt sammen med oppmerksomheten mot HIV-epidemien, innføring av vaksinasjon og utdeling av sprøyter. I 1995 kom det imidlertid en økning til 99 tilfeller, hvorav minst en tredel var stoffmisbrukere. Det er for tidlig å si om dette innvarsler økt smittespred-

ning i misbruksmiljøene. Antallet tilfeller av nysmittet hepatitt C, en nokså nyoppdaget sykdom i Norge, er ukjent. Blant et utvalg stoffmisbrukere innlagt ved Statens klinikk for narkomane i 1989 hadde 74 prosent antistoffer mot sykdommen. Sett under ett utgjør leverbetennelsene forårsaket av virus en viktig trussel mot stoffmisbrukernes helse. Det er hovedsakelig deling av sprøyter som medfører helsetrusse-len, men også dårlig hygiene og risikofyllt seksualliv kan bidra. Den viktigste utfordringen i årene framover blir å kontrollere spredningen av hepatitt C. På oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet er Statens institutt for folkehelse iferd med å utvikle en nasjonal strategi for Hepatitt C-forebygging. Hepatitt A er et mindre alvorlig helseproblem, og hepatitt B er allerede rimelig bra under kontroll.

Et stort antall misbrukere har psykiske lidelser i tillegg til misbruksproblemene. På den ene siden er psykiske lidelser ofte en viktig medvirkende årsak til at individer begynner å misbruke rusmidler, og på den andre siden vil rusmiddelmissbruk ofte utløse eller forverre psykiske lidelser. Det er derfor nødvendig med et tettere organisert samarbeid mellom fylkeskommunenes spesialiserte tjenester i psykiatri og tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere. En gruppe som utgjør en spesiell utfordring for behandlingstiltakene er rusmiddelmissbrukere med alvorlige sinnslidelser, da disse ofte faller utenfor behandlingstilbudene både i tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere og i psykisk helsevern. Sosial- og helsedepartementet vil i stortingsmeldingen om tjenester til mennesker med psykiske lidelser som legges fram våren 1997 drøfte behovet for særskilte tiltak for denne gruppen.

Det er en bekymringsfull økning av antall dødsfall i gruppen av de tyngst problembelastede stoffmisbrukerne. Antallet dødsfall har økt år for år siden 1984. I 1995 var det ifølge Kriminalpolitisen 132 dødsfall, hvorav 79 i Oslo. I 1994 var antallet 124, hvorav 81 i Oslo. Tallene for 1996 viser 104 dødsfall i Oslo. I en undersøkelse av narkotikadødsfall i Norge, utført ved SIFA i 1994, drøftes flere faktorer som kan ha innvirkning på utviklingen. Det er gitt et sammendrag av drøftingen i vedlegg 3. Mest sannsynlig er det flere faktorer som virker inn samtidig, f.eks redusert allmenntilstand som følge av økt alder i kombinasjon med økt forbruk av heroin og det avhengighetsskapende legemiddelet rohypnol. I det følgende redegjøres for en del av de særskilte tiltakene som er utviklet i forhold til de tyngst problembelastede stoffmisbrukerne de senere år med støtte fra Sosial- og helsedepartementet. Departementet vil understreke at det finnes ingen enkle løsninger på denne gruppens svært sammensatte problemer. Det er viktig at de kommunale og fylkeskommunale helse- og sosialtjenestene nøye vurderer hva som kan være virksomme tiltak i hvert enkelt tilfelle. I noen tilfeller vil det være aktuelt å tilrettelegge individuelt tilpassete omsorgsopplegg framfor behandlingsopp-

legg med mer ambisiøse rehabiliteringsmål. Man bør samtidig, også i slike tilfeller, være varsom med å undervurdere de positive ressursene og iboende utviklingsmulighetene i den enkelte misbrukeren.

5.2 KONTROLLEN MED AVHENGIGHETSSKAPENDE LEGEMIDLER

Det typiske norske stoffmisbruksmønsteret er et blandingsmisbruk der alkohol- og avhengighetsskapende legemidler inntas sammen med eller som alternativ til ulovlige narkotiske stoffer. I tillegg til legers forskrivning til den enkelte misbruker, er det også et betydelig illegalt marked for «overskuddet» fra slik forskrivning. Mange av legemidlene som beslaglegges er følgelig legale i utgangspunktet, men blir beslaglagt i illegal sammenheng. Det er også en rekke beslag av legemidler som kommer fra utlandet, og blir tatt enten i forbindelse med innsmugling eller i de tradisjonelle misbruksmiljøene. Antall beslag og beslaglagt mengde legemidler har variert fra år til år. I 1995 ble det eksempelvis gjort 1 882 beslag av benzodiazepiner som representerte 32 153 enheter. Misbruket av avhengighetsskapende legemidler utgjør, i tillegg til alkohol, også et betydelig trafiksikkerhetsproblem. Statens rettsstoksikologiske institutt (SRI) har de siste årene registrert en stor økning i positive prøver av bilførere mistenkt for kjøring under påvirkning av andre stoffer enn alkohol. Blant de hyppigst påviste stoffer er benzodiazepiner med en konsentrasjon utover det som oppnås ved vanlig terapeutisk bruk, og som gir betydelig nedsatt kjøreferdighet.

Norske myndigheter håndhever en, sett i internasjonal sammenheng, streng kontroll med omsetting og forskrivning av avhengighetsskapende legemidler. Sosial- og helsedepartementet og Statens helse-tilsyn vil likevel iverksette ytterligere tiltak for å forebygge og redusere misbruket av avhengighetsskapende legemidler. De nye tiltakene er:

- Revisjon av Utleveringsforskriften med krav om påføring av rekvirentens ID-nummer i henhold til Helsepersonellregisteret på alle resepter, mot tidligere bare A-resepter. Dette vil sikre entydig identifikasjon av rekvirenten, og gi bedre verktøy ved tilsyn med forskrivning av bl a avhengighetsskapende legemidler. For å sikre entydig identifikasjon av mottaker av legemiddelet, vil det bli stillt krav om at pasientens fødselsdato og kjønn skal påføres resepten i tillegg til navnet. Revisjonen tilrettelegger også for etablering av B-reseptstatistikk på samme måte som man i Norge har hatt i over 25 år for A-resepter. I tillegg gis Helse-tilsynet hjemmel til å gi retningslinjer om elektronisk overføring av resepter, noe som kan bidra til sikrere rutiner, bl a ved å erstatte en del av telefon- og telefakseptene. Retningslinjene vil bli utarbeidet i samarbeid med Datatilsynet.

- Revisjon av Helse-tilsynets Veileder for forskrivning av vanedannende legemidler, utformet slik at den skal kunne brukes som faglig standard i tilsyn og klagesaker.
- Overgang til mindre forpakninger av rohypnol og andre av de hyppigst misbrukte benzodiazepinene.

5.3 METADON SOM SUPPLEMENT TIL BEHANDLING

Metadon er et syntetisk opiat med de samme virkningene som andre opiater. Det har lang halveringstid i kroppen, 25–36 timer, og gir ved regelmessig, kontrollert bruk ingen rusopplevelse. Det er tilstrekkelig å tilføre stoffet bare en gang i døgnet for å unngå abstinensplager, og det kan blandes i saft og drikkes. Som andre opiater er metadon avhengighetsskapende, og pasienter som tilføres stoffet blir følgelig like avhengige av metadon som de tidligere var av heroinet. Ved å gi metadon i et kontrollert program, kan man oppnå at opiatavhengige misbrukere blir tilgjengelige for behandling, og får motivasjon til å ordne opp i de andre problemene i tilværelsen. Dette innebærer igjen at pasientene ikke lenger kan nytte heroin som middel til flukt fra en vanskelig livssituasjon, men må forholde seg til en lang rekke problemer; avhengighetsproblemet, sosiale og følelsesmessige problemer som sorg og skyldfølelse. Metadonet i seg selv løser ingen av problemene, og fjerner heller ikke behovet for rus gjennom inntak av andre typer rusmidler. Det er derfor viktig å understreke at heller ikke metadon er en enkel løsning på de kompliserte misbruksproblemene.

Det er ingen tilnærmingmåter i behandling av opiatavhengige misbrukere som i internasjonal sammenheng er grundigere forskningsmessig dokumentert. Sett under ett viser forskningen at metadonprogrammer med streng kontroll og tett oppfølging med behandling og andre støttetiltak gir gode resultater, mens der hvor kontrollen og oppfølgingen mangler, er resultatene dårlige. En hovedgrunn til at Sosial- og helsedepartementet likevel valgte å iverksette metadonprogrammet i Oslo som et forsøksprosjekt, var behovet for å prøve ut om prosjektet kunne fungere som ledd i et helhetlig tiltaksapparat for de tyngst problembelastete narkotikamisbrukerne, dvs om det var mulig å få til et samarbeid med de medikamentfrie behandlingstiltakene om oppfølgingen av de enkelte pasientene. Dette ser ut til å lykkes.

Det var på bakgrunn av utviklingen i misbruksmiljøene, kjennetegnet ved det økende antallet sterkt forkomne narkotikamisbrukere og flere dødsfall, samt tilråding fra en ekspertgruppe nedsatt av Norges Allmennvitenskapelige Forskningsråd (Rådet for medisinsk forskning), at Sosial- og helsedepartementet i juni 1992 anmodet Oslo kommune om å iverksette et 3-årig forsøk med metadonassistert be-

handling av 50 hardt belastete, opiatavhengige misbrukere. Oslo kommune vedtok i februar 1993 å gjennomføre prosjektet. På grunn av vansker med å finne egnete lokaler og å rekruttere medisinskfaglig ledelse, tok etableringen uforholdsmessig lang tid, og inntaket av de første pasientene fant ikke sted før i august 1994. Forsøksperioden vil derfor ikke være avsluttet før i august 1997.

Sosialdepartementet oppnevnte allerede i februar 1993 en nasjonal styringsgruppe med følgende sammensetting: professor dr. philos. Anni von der Lippe, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo (UIO), leder, fylkeslege Asbjørn Haugsbø, Tønsberg, rådgiver Jens-Erland Hoel, Oslo kommune, professor dr. med. Per Knut Lunde, Institutt for farmakoterapi, UIO, førstekonsulent Kirsti E. Riddervold, Fylkeslegen i Oslo, professor Helge Waal, Psykiatrisk institutt, UIO, og politiinspektør Kjell Bjørn Aarø, Justisdepartementet. Styringsgruppen skal:

- følge nøye med i og løpende vurdere prosjektets framdrift og erfaringer
- vurdere eventuelle forslag til endringer i rammebetingelsene, herunder organisasjon, inntaks- og eksklusjonskriterier, og avgi tilrådinger til Sosialdepartementet og Oslo kommune om slike spørsmål
- vurdere om eventuelle negative erfaringer tilsier avslutning av prosjektet før prosjekttidens utløp, og eventuelt avgi tilråding om dette,
- i god tid før prosjekttidens utløp avgi tilråding om prosjektet bør forlenges, klientkapasiteten økes, og om prosjektet eventuelt også bør utvides til andre fylkeskommuner, og
- fungere som referansegruppe for den forskningsmessige evalueringen av prosjektet.

Den forskningsmessige evalueringen av prosjektet er organisert som et samarbeid mellom SIFA, Institutt for medisinske atferdsfag og Institutt for kriminologi, begge ved Universitetet i Oslo. Evalueringen forutsettes avsluttet innen utgangen av 1997. Sosial- og helsedepartementet har imidlertid, gjennom den nasjonale styringsgruppen, innhentet foreløpige rapporter fra forskerne. Deler av disse er gjengitt i vedlegg 2.

Inntakskriteriene er; fylt 30 år, minst 10 års opiatavhengighet, medikamentfri behandling prøvet i rimelig omfang, ingen uoppgjorte straffesaker og registrert som bosatt i Oslo pr 1. januar 1994. Eksklusjonskriteriene; vedvarende sidemisbruk, vold eller trusler om vold, fengselsstraff og omsetting av narkotika.

Det var pr 10. september 1996 gitt klarsignal til 71 søkere om deltakelse i prosjektet. Disse fordelte seg som følger:

I behandling	40 (hvorav 4 på 0 mg metadon/ønsket å forsøke å klare seg uten)
Midlertidig ekskludert	7
Definitivt ekskludert	5 (hvorav en død)
Ikke klart avrusing	7
På vei inn	9
I annen behandling	1
Døde i løpet av behandlingstiden	2 (1 astma/leverinfeksjon, 1 forgiftning av legemidler plus amfetamin)
Sum	71

Av de 36 personene som pr 10. september var i aktiv, metadonassistert behandling var 26 i ordnet beskjeftigelse; 11 i hel- eller deltidsarbeid, 8 under opplæring, 5 i arbeidstrening. De fleste uten ordnet beskjeftigelse er uføretrygdte. Sett under ett viser erfaringene til nå at det er 10-20 prosent av pasientene det går dårlig med også i denne form for behandlingsopplegg, ca 30 prosent middels bra, og ca 50-60 prosent som klarer seg godt.

Den nasjonale styringsgruppen har tilrådd overfor Sosial- og helsedepartementet at prosjektet etableres som et fast tiltak, at det utvides og at denne form for behandling gjøres tilgjengelig på landsbasis. Det anslås at det på landsbasis bør dimensjoneres for 200-250 pasienter, og det foreslås etablert et nasjonalt senter i Oslo som forutsettes å ha den overordnede oppfølgingen av pasienter bosatt i Oslo, forskningsmessige oppgaver og veiledningsfunksjoner i forhold til landet for øvrig.

Sosial- og helsedepartementet er enig i styringsgruppens tilråding. Behandlingstilbudet til tungt problembelastete, opiatavhengige stoffmisbrukere i Norge bør i framtiden omfatte en forsvarlig form for metadonbehandling. Det er allerede vist at en høy andel av misbrukere med mange feilslåtte behandlingsforsøk bak seg kan ha positivt utbytte av behandlingen. Det synes særlig nyttig å bygge videre på en integrert modell der tilbudet om metadon er innarbeidet i et samarbeid med medikamentfrie tiltak. Prosjektets evaluering er ikke avsluttet, og de endelige konklusjonene kan føre til at sider ved opplegget bør endres, herunder inntaks- og eksklusjonskriteriene. Departementet vil komme tilbake til Stortinget med en nærmere orientering i forslaget til statsbudsjett for 1998.

5.4 BEHANDLING UTEN EGET SAMTYKKE

Bruk av formell tvang i behandlingen av rusmiddelmisbrukere løser i seg selv ingen problemer. Erfaringene fra de spesialiserte, lukkede tvangsinstitusjonene for voksne misbrukere i Sverige, er gjennomgå-

ende dårlige. Bruk av sosialtjenestelovens tvangsbestemmelser kan imidlertid være et viktig hjelpemiddel for å starte en motivasjons- og endringsprosess. Den kan gi misbrukeren tid til å etablere kontakt med institusjonen og med mennesker som kan bli viktige støtter i en prosess ut av misbruket. Det er derfor Sosial- og helsedepartementets oppfatning at bestemmelsene fram til nå er brukt for lite.

5.4.1 Erfaringer med sosialtjenestelovens tvangsbestemmelser til nå og Sosial- og helsedepartementets vurderinger

Det er klart understreket i sosialtjenesteloven at det overordnede prinsipp for tiltak overfor rusmiddelmisbrukere er frivillighet. Følgelig er lovens § 6-1 om hjelpetiltak den sentrale bestemmelsen for behandling av og hjelp til rusmiddelmisbrukere. Som hjelp for den enkelte til å komme bort fra misbruk av alkohol og andre rusmidler, pekes på en rekke tiltak som kan nyttes, herunder plass i egnet behandlings- og omsorgsinstitusjon. Sosialtjenesteloven gir bare begrenset adgang til plassering uten eget samtykke i institusjon. Tilbakeholdelse etter lovens § 6-2 og § 6-3 er begrunnet kun i hensynet til rusmiddelmisbrukeren selv.

I den grad tvangsvedtak er nødvendig i et behandlingsopplegg, er det primært reglene i lov om sosiale tjenester § 6-3 om samtykke til tilbakeholdelse som kommer til anvendelse, og som, etter lovforarbeidene, vil dekke det praktiske behov. Intensjonen med bestemmelsen i § 6-3 er å gi tilstrekkelig mulighet til å holde klienten i behandlingssituasjonen når det oppstår kriser i behandlingsforløpet. Siktemålet er å bearbeide de kriser som oppstår, slik at behandlingen kan fortsette på frivillig grunnlag.

I løpet av 1995 var det 58 innleggelser i institusjoner hvor det var inngått avtale om tilbakeholdelse etter sosialtjenesteloven § 6-3. Erfaringene er overveiende gode. Institusjonene peker bl a på at en slik avtale gir misbrukeren nødvendig trygghet, og kan bidra til å etablere tillit mellom behandlerne og den enkelte misbruker. Institusjonene framhever imidlertid at ressurstilførsel er nødvendig for å lykkes med denne type behandling, bl a for å kunne skjerme den tvangsinnlagte i situasjoner der tilbakeholdelse skal skje.

Som en konsekvens av den vekt man legger på frivillighet som det beste utgangspunkt for behandling, er lovens bestemmelse i § 6-2 om tvangsmessig innleggelse i institusjon innrettet mot misbrukerens egen motivering. Vilkårene for å treffe vedtak om inntak uten eget samtykke etter § 6-2 er at noen utsetter sin fysiske og psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk av rusmidler. Misbruket skal være jevnlig og omfattende over en viss tid, og faregraden er kvalifisert ved at den må være alvorlig. Bestemmelsen tar først og fremst sikte på å omfatte de misbrukere som på det aktuelle tidspunkt

er så nedkjørt at de vanskelig kan ta standpunkt til sitt behov for hjelp.

Tvang etter sosialtjenestelovens regler innebærer at misbrukeren kan holdes tilbake i institusjon mot sin vilje, herunder hentes tilbake etter rømming. For å kunne gjennomføre tilbakeholdelsen kan det i en viss utstrekning brukes fysisk makt eller innføres sikkerhetstiltak, f eks låste dører. Bestemmelsene i sosialtjenesteloven gir imidlertid ikke anledning til å tvangsbehandle i den forstand at vedkommende påtvinges medisinerer eller tvangsmidler i den hensikt at de i seg selv skal virke behandlende.

Til og med første halvår 1996 hadde fylkesnemndene truffet 39 vedtak om tilbakeholdelse etter sosialtjenesteloven § 6-2. I perioden 1993 til 1995 var tvangssak fremmet overfor 21 menn og 16 kvinner. Gjennomsnittsalderen var 30,6 år, og noe høyere for menn enn for kvinner. 10 personer misbrukte hovedsaklig alkohol, 5 personer hovedsaklig narkotiske stoffer, 3 hovedsaklig medikamenter, mens 12 personer ble kategorisert som blandingsmisbrukere. I 7 av sakene er det ikke oppgitt hvilke rusmidler som misbrukes. En ekspertgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet foretok en undersøkelse blant de institusjonene som inntil mai 1995 hadde tatt imot misbrukere på grunnlag av tvangsvedtak. Undersøkelsen viste at av tilsammen 20 tvangsplasseringer var gjennomsnittlig oppholdstid på institusjonen 40 dager. Bare tre av plasseringene varte i planlagt tid, tre måneder. Flere opphold har vært preget av avbrudd ved rømninger. Institusjonene ble også spurt om de hadde kjennskap til hvordan situasjonen var for de tvangsplasserte misbrukerne etter avslutning av oppholdet. Institusjonene oppga at av de tidligere tvangsplasserte misbrukerne de hadde kjennskap til, var åtte fortsatt aktive misbrukere, seks var overført til frivillig behandling, én hadde fått et nytt tvangsvedtak mot seg og to levde mer stabilt, men med fortsatt noe rusmiddelmisbruk. Departementet har ikke tilsvarende kunnskaper om misbrukere som har vært tvangsplassert i tiden etter mai 1995.

Sosialtjenesteloven § 6-2 a gjelder tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere. Det kan treffes vedtak i fylkesnemnda etter denne bestemmelsen dersom en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og frivillige hjelpetiltak ikke er tilstrekkelige. Hovedbegrunnelsen bak bestemmelsen er hensynet til barnet. Bestemmelsen understreker imidlertid at det skal legges vekt på at kvinnen under oppholdet tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk for å bli i stand til å ta vare på barnet. På denne måten ivaretas også hensynet til kvinnen. Institusjonen hun plasseres i har ansvar for å tilby hjelpetiltak som er tilpasset hennes motivasjon og stadiet i behandlingsprosessen.

Den nye § 6-2 a om tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere trådte i kraft 1. januar 1996. Fram til 31. juni 1996 ble det truffet 3 vedtak om

innleggelse uten eget samtykke etter § 6-2 a. I tillegg har det vært fremmet 9 saker om godkjenning av midlertidige vedtak (hastevedtak) etter § 6-2 a femte ledd.

I forbindelse med behandlingen av St meld nr 35 for 1994-95 Velferdsmeldingen, ba Stortinget Regjeringen medvirke til at lovbestemmelsene vedrørende tvangsbehandling av rusmiddelmisbrukere kan fungere slik at Stortingets intensjoner med loven blir ivarettatt. Det uttales på s 71 i Innst S nr 180 for 1995-96 at muligheten til tvangsbehandling har vært lite benyttet til nå, og videre «Det er et mål at behandling så langt som mulig skal skje frivillig, men dette flertallet stiller seg noe undrende til at det har vært fremmet så få saker om tvangsbehandling, og at bare et lite antall av disse har resultert i vedtak om tvangsbehandling.» Det uttales videre at det er viktig å fokusere på årsakene til dette.

Det har siden loven trådte i kraft vært fremmet få tvangssaker etter lovens § 6-2. Dette var en av årsakene til at den forannevnte ekspertgruppen ble nedsett for å vurdere bruk av tvang i behandling av rusmiddelmisbrukere. Selv om det ikke var forventet noen omfattende bruk av sosialtjenestelovens tvangshjemler, særlig ikke § 6-2, tyder erfaringene på at det fremmes færre saker enn det er grunnlag for. En årsak til dette kan være at det ligger hindringer i lovverket eller i saksbehandlingsprosessen. Det kan også tenkes at det er holdninger i behandlingsapparatet og i sosialtjenesten som gjør at det fremmes få saker.

Hovedregelen for bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere er som nevnt lovens § 6-3 om tilbakeholdelse etter eget samtykke. Departementet viser til at det hovedsaklig er gode erfaringer med bruk av denne bestemmelsen, jf. vedlegg 2 kap. 2.5.

Departementet har likevel inntrykk av at det først og fremst er § 6-2 i loven som betraktes som den aktuelle tvangsbestemmelsen, og at bevisstheten omkring den «frivillige» tvangen ofte er liten. Etter departementets vurdering åpner § 6-3 for gode samarbeidsmuligheter mellom misbrukeren og institusjonen, i og med at tilbakeholdelsen er et resultat av et ønske fra den enkelte. Enkelte erfaringer kan tyde på at det hersker en del usikkerhet om bestemmelsen, både når det gjelder utøvelsen av tilbakeholdsretten, herunder politiets rolle, og vilkårene for å inngå en gyldig avtale. Departementet vil redegjøre nærmere for dette i rundskriv.

Lovens § 6-4 pålegger fylkeskommunene å peke ut egne institusjoner som skal ta imot rusmiddelmisbrukere som tas inn på grunnlag av tvangsvedtak. Ifølge § 6-2 andre ledd skal fylkesnemnda vurdere om den foreslåtte institusjonen «faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende tilfredsstillende hjelp sett i forhold til formålet med inntaket i institusjonen». Dette innebærer som nevnt at nemnda må ta stilling til om den aktuelle institusjonen er egnet for den konkrete misbrukeren, noe som igjen innebærer

at det allerede er stilt en institusjonsplass til disposisjon. Erfaringer tyder på at dette er tidkrevende og byr på flere praktiske hindringer for sosialtjenesten. Departementet vil derfor foreslå en ordning der fylkesnemnda ikke er pålagt å ta stilling til om den konkrete institusjonen er egnet, men at inntak på grunnlag av et tvangsvedtak fremdeles bare kan skje på særlig utpekte institusjoner. Forslaget medfører at sosialtjenesten ikke må ha en institusjonsplass «på hånden» før forslag til vedtak kan sendes fylkesnemnda. Nemndas vedtak vil gjelde for alle de utpekte institusjonene i fylket, med mindre vedtaket selv begrenser inntaket til å gjelde på en bestemt institusjon. Sosialtjenesten kan mens saken pågår, eller etter at vedtak er truffet, finne en ledig plass. Nemndsvedtaket må etter § 6-2 fjerde ledd settes i verk innen seks uker. Departementet vil fremme en Odelstingsproposisjon med forslag om endring av § 6-2 slik som her beskrevet.

Kompetansesenteret-Rus, Oslo og Akershus, har fått tildelt midler av departementet for å kunne iverksette et metodeutviklingsprosjekt i forhold til tvang. Kompetansesenteret vil inngå samarbeid med tiltak som har lang erfaring med bruk av tvang. Utviklingsprosjektet vil gå over en tidsperiode på tre år. Sentrale spørsmål prosjektet forventes å gi svar på er bl a hvilke hovedbetingelser som må oppfylles for at en konstruktiv bruk av § 6-2 skal kunne finne sted, om utøvelsen av denne bestemmelsen er mulig i alle typer institusjoner, om det er spesielle grupper klienter som profiterer bedre/dårligere enn andre ved bruk av tvangsmessig tilbakeholdelse, om behandling uten eget samtykke krever en annen metodikk enn annen type behandling og hva som er realistiske forventninger til behandlingsutfall ved bruk av § 6-2.

I sin høringsuttalelse til ekspertgruppens rapport foreslår Akershus fylkeskommune at det utarbeides en tilleggsutredning som tar for seg sosialtjenestens behov for veiledning og avklaringer i forhold til å saksforberede, fremme, gjennomføre og følge opp tvangsvedtak. KS uttaler: «Kommunenivået har en viktig initiativtakende rolle i saksbehandlingen av tvangssaker etter sosialtjenesteloven. Dersom statlige myndigheter anser at bestemmelsene om tvang i behandling bør tas mer aktivt i bruk, er det derfor av stor betydning hvordan regelverket og saksbehandlingen fungerer for kommunene.» Departementet har også gitt Kompetansesenteret-Rus i Oslo og Akershus i oppdrag å utvikle en handlingsveileder for kommunene.

Flere høringsinstanser som har uttalt seg til ekspertgruppas rapport, etterlyser en evaluering av tvangsbestemmelsene i sosialtjenesteloven. En grundig og utfyllende evaluering forutsetter et større materiale enn det som foreligger pr idag, hvor det er forholdsvis få personer som er tvangsinnlagt etter disse bestemmelsene. Loven bør også ha virket en lengre periode før en større evaluering er aktuelt.

Departementet mener likevel at det er behov for å få mer kunnskap om bruken av tvang overfor rusmiddelmissbrukere, da det er såpass uklare og delvis spridende oppfatninger av disse virkemidlenes berettigelse. Departementet vil derfor ta initiativ til en foreløpig utredning av tvangsbestemmelsene, hvor det bl a ønskes en redegjørelse av hvem som tvangsinnlegges, hvor lenge oppholdet varte og hvordan den videre utviklingen har vært for disse personene. Utredningen vil gjelde alle tvangsbestemmelsene i sosialtjenesteloven, dvs §§ 6-2, 6-2 a og 6-3.

Landsforbundet mot Stoffmisbruk (LMS) har uttalt følgende om årsakene til at § 6-2 i så liten grad er blitt tatt i bruk overfor rusmiddelmissbrukere:

- Loven og forskriftene er uklare og gir dermed for stort rom for behandlernes ulike vurderinger.
- Den enkelte saksbehandlers syn på tvang er av vesentlig betydning for om sak blir fremmet. Det er svært personavhengig hvordan tvangsreglene forstås og benyttes.
- Fagpersoner mangler kunnskap om rusmiddelmissbrukeres livsmønster og om behandlingsmuligheter.
- Det skjer ansvarsfraskrivelse på alle nivåer innen hjelpeapparatet. Misbrukerne blir ofte kasteballer mellom sosialkontorene og institusjoner. Det oppleves som vanskelig å fastslå hvem som har ansvaret for at misbrukeren tilbys hjelp.
- Det er et problem at institusjonstilbudet ikke er godt nok, og dette påvirker også førstelinjetjenestens arbeid med tvangssaker.
- Enkelte misbrukere skyves ut av systemet på grunn av store psykiske problemer. Disse fanges verken opp av sosialtjenesten eller av det psykiske helsevernet.
- For mye av «makten» er sentrert på sosialkontorene, og spørsmålet om å bruke tvang blir derfor ofte til en politisk eller økonomisk sak.

LMS understreket behovet for en felles veileder med klare retningslinjer for de som har det praktiske ansvaret for tvangssakene. Ansvarslinjene bør også markeres klarere, og det bør finnes muligheter for pårørende til å påvirke saksgangen. Det er også behov for en klargjøring av grensene mellom sosialtjenestelovens tvangsbestemmelser og tvangsreglene i lov om psykisk helsevern. De pårørende opplever ofte at sosialtjenesten skyver ansvaret over på dem, uten at de samtidig får mulighet til å reise sak om tvang for fylkesnemnda.

En del av de problemene pårørende opplever som vanskelige, er av juridisk karakter. Ett av hovedproblemene er mangel på informasjon fra sosialtjenesten eller institusjoner på grunn av taushetspliktbestemmelsene. Pårørende sitter imidlertid ofte inne med opplysninger og bakgrunnsmateriale som kan være til hjelp i en behandlingssituasjon. I den grad de kan bidra til rusmiddelmissbrukerens behandlingsprosess, bør både sosialtjenesten og institusjonen ta i bruk disse ressursene.

Ekspertgruppa uttaler:

«De pårørende har ikke partsrettigheter og kan ikke kreve at undersøkelse startes, eller påklage et vedtak om å henlegge en sak. Pårørende kan imidlertid bringe spørsmålet om tjenesteforsømmelse fra sosialtjenestens side inn for retten, dersom de har rettslig interesse i saken. I andre tilfeller antas en sak også å kunne bringes inn for Sivilombudsmannen. Etter ekspertgruppens vurdering kan det også unnaksvis være grunnlag for klage til fylkesmannen dersom sosialtjenesten avviser å realitetsbehandle en sak etter § 6-2.»

Departementet har siden lovens ikrafttredelse fått kjennskap til enkelte saker hvor det er fremkommet at pårørende forgjeves har forsøkt å få sosialtjenesten til å sette igang en tvangssak. Det synes som om det er en forholdsvis utbredt erfaring at pårørende har liten mulighet til å påvirke sosialkontoret til å vurdere å fremme tvangssak. Det finnes også eksempler på at sosialtjenesten av overbevisningsgrunner ikke ønsker å benytte tvangsbestemmelsene. Etter departementets vurdering er dette en uholdbar begrunnelse. Formålet med tvangsbestemmelsene er å gi rusmiddelmissbrukere som ikke selv er i stand til å ta stilling til sin situasjon, en mulighet til å bli rusfri i en periode slik at de selv kan vurdere sine ønsker og behov for behandling. Det kan ikke være opp til personlige vurderinger på det enkelte sosialkontor om disse mulighetene generelt sett er uegnete i behandling av rusmiddelmissbrukere. En annen sak er at det er sosialtjenesten som må vurdere om tilbakeholdelse mot egen vilje er et egnet virkemiddel for denne konkrete klienten, og om vilkårene i loven er oppfylt.

En løsning for å bedre pårørendes påvirkningsmuligheter overfor den kommunale sosialtjenesten, er å gi pårørende rett til å kreve utredning eller undersøkelsessak av kommunen dersom man mener tvang bør brukes. Ifølge barneverntjenesteloven § 4-2 skal barneverntjenesten snarest, og senest innen en uke, gjennomgå innkomne meldinger og vurdere om meldingen skal følges opp med undersøkelser. Det er satt knappe frister for å undersøke forholdet dersom det er grunn til å tro at forholdet kan gi grunnlag for tiltak fra barneverntjenesten. En tilsvarende løsning kan tenkes ved meldinger om omfattende rusmiddelmissbruk som kan gi grunnlag for å vurdere å reise tvangssak etter sosialtjenesteloven. Forslaget må vurderes i forhold til partsrettigheter, innsyn, klagerett og økonomiske belastninger for kommunene. Departementet vil vurdere de juridiske aspektene ved forslaget nærmere og fremme forslag om endring i sosialtjenesteloven etter de utgangspunkter som her er nevnt.

I sin høringsuttalelse til ekspertgruppens rapport uttaler Vest-Agder fylkeskommune at det er viktig at det innføres en mulighet hvor man kan anke sosialtjenestens avgjørelse om å ikke bringe en sak inn for nemnda. Forslaget begrunnes med at klienter eller pårørende generelt sett bør ha større mulighet for å

kunne påvirke sosialkontorets arbeid. Departementet vil vurdere forslaget nærmere i forbindelse med endring av sosialtjenesteloven.

Den nye bestemmelsen i lov om sosiale tjenester vedrørende tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere trådte i kraft 1. januar 1996. Departementet anslo i Ot prp nr 48 for 1994-95 at bestemmelsen ville bli aktuell å benytte i omtrent 10 saker i året. Erfaringene til nå kan tyde på at behovet kan være noe større enn antatt.

Flere høringsinstanser som uttalte seg i forbindelse med forslaget til ny § 6-2 a, ga uttrykk for bekymring for at tvang blir hovedregelen i tiltak overfor gravide misbrukere. Departementet uttalte i lovforarbeidene at utviklingen skal følges nøye. I forbindelse med tiltaksplanen for gravide rusmiddelmisbrukere og barn av misbrukere jf kap. 5.5, har departementet tatt initiativ til en handlingsveileder for forebyggende rusmiddelarbeid i helsestasjonene. Det er også gitt tilskudd til to kompetansesentra som skal arbeide spesielt med dette problemområdet. Forsøksprosjekter er igangsatt i tre fylker, hvor tre kommuner er plukket ut i hvert fylke.

Departementet har utpekt fire institusjoner (Nordlandsklinikken, Lade behandlingssenter, Rogaland A-senter og Borgestadklinikken) som, ved siden av de øvrige fylkeskommunalt utpekte institusjonene, skal ha regionalt ansvar for å gi råd og veiledning i saker etter § 6-2 a, samt å ta imot gravide misbrukere dersom fylkeskommunen ikke har plasser i eget fylke. Disse regionale institusjonene er i 1996 styrket med et tilskudd på kr 500.000 hver. Telemark fylkeskommune, ved Borgestadklinikken, er i 1996 dessuten gitt et tilskudd på kr 1.125.000,- til styrking av arbeidet med tvangsinnlagte misbrukere, og Hedmark fylkeskommune kr 1.000.000,- til arbeidet med tvangsproblematikk ved Sanderud sykehus. Telemark, Vestfold og Buskerud fylkeskommune har inngått et samarbeid om utveksling av klienter slik at Telemark (Borgestadklinikken) spesialisere seg på klienter innlagt etter sosialtjenestelovens § 6-2a, Vestfold på klienter etter § 6-2 og Buskerud på klienter med «dobbeltdiagnoser». Etter departementets oppfatning vil dette samlet kunne gi et mer differensiert tilbud og også føre til bedre utnytting av institusjonsplassene for rusmiddelmisbrukere i de tre fylkene.

På bakgrunn av de forholdsvis få sakene om tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere, er det for tidlig å si om bestemmelsen har fungert etter intensjonen. Departementet vil ta initiativ til en vurdering/evaluering av bestemmelsen når det finnes tilstrekkelig grunnlag for det.

For å følge opp utfordringene og endringsbehovene som er redegjort for foran, samt i vedlegg 2, har Sosial- og helsedepartementet gitt tilskudd til et metodeutviklingsprosjekt om tvang ved Kompetansesenteret Rus, Oslo/Akershus. Forøvrig har departementet gitt kompetansesenteret i oppdrag å utarbeide

en handlingsveileder for framgangsmåten i saker om tvang overfor rusmiddelmisbrukere.

Sosial- og helsedepartementet vil videre

- ta initiativ til å sette igang en utredning om hvordan tvangsbestemmelsene har fungert
- foreslå å endre sosialtjenesteloven slik at det kan treffes tvangsvedtak før konkret institusjonsplass er avklart
- foreslå å endre sosialtjenesteloven slik at meldinger fra pårørende om omfattende misbruk gir sosialtjenesten plikt til å vurdere og eventuelt fremme tvangssak
- foreslå å endre sosialtjenesteloven slik at hastevetakt etter § 6-2 femte ledd skal godkjennes av fylkesnemndas leder
- foreslå å endre sosialtjenesteloven slik at avtale om tilbakeholdelse etter § 6-3 kan inngås etter inntak på institusjonen, og også etter utløpet av et opphold basert på vedtak etter § 6-2
- sende på høring forslag til endring i forskrift til sosialtjenesteloven i tråd med ekspertgruppens anbefalinger
- redegjøre i rundskriv for tolkninger og presiseringer på områder det er usikkerhet om.

5.5 TILTAK FOR GRAVIDE MISBRUKERE OG BARN AV MISBRUKERE

I St meld nr 69 for 1991-92 Tiltak for rusmiddelmisbrukere ble gravide misbrukere og barn av misbrukere framhevet som spesielle innsatsområder. På oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet utarbeidet Rogaland A-senter i 1994 en landsomfattende oversikt over tiltak for disse to gruppene. Oversikten viser et stort mangfold av slike tiltak. Sosial- og helsedepartementet og Barne- og familiedepartementet satte i 1994 iverk en egen tiltaksplan på området. Målet med planen er å forebygge;

- misbruk som kan skade den gravide kvinnen og fosteret,
- misbruk med derav følgende skadelige oppvekstkår for barn, og
- at barn med foreldre som misbruker rusmidler får psykiske og sosiale problemer.

Tiltaksplanen har tre innsatsområder;

- kunnskapsspredning og kompetanseheving,
- organisering og stimulering av tverrfaglig samarbeid, og
- tiltaksutvikling.

Det er gitt ekstraordinære statstilskudd til de regionale kompetansesentrene Borgestadklinikken (gravide og småbarn) og Rogaland A-senter (større barn) til gjennomføring av deler av planen. Det er gjennom fylkesmennene satt igang en rekke prosjekter på kommunenivå. Prosjektene har som mål å prøve ut metoder og tiltak overfor gravide kvinner som misbruker rusmidler, tidlig identifikasjon av mis-

bruk, og støtte og oppfølging under svangerskapet og i småbarnsperioden. I Nord-Trøndelag er det i samarbeid mellom fylkeslegen og fylkesmannen utarbeidet en metodebok i rusmiddelarbeid ved helsestasjonene. For å klargjøre bl. a. eventuelle misforståelser om taushetsplikten i forholdet mellom sosialtjenesten og barneverntjenesten, sendte Sosial- og helsedepartementet og Barne- og familiedepartementet i 1995 ut et felles rundskriv om tiltak for gravide rusmiddelmisbrukere.

Sosial- og helsedepartementet og Barne- og familiedepartementet vil i løpet av 1997 evaluere resultatene av tiltaksplanen og orientere Stortinget i forslaget til statsbudsjett for 1998.

5.6 MISBRUKERE MED INNVANDRER- BAKGRUNN

Politiet og tiltaksapparatet for stoffmisbrukere har i flere år registrert et økende problem knyttet til misbruk av narkotiske stoffer blant personer med innvandrerbakgrunn. I Oslo ser man blant annet at misbrukere med innvandrerbakgrunn etter hvert er blitt «synlige» i gatebildet i de strøk av byen der store grupper av innvandrerungdom oppholder seg. Dette medfører at de kan framstå som rollemodeller med negativ innflytelse for annen innvandrerungdom. Selv om undersøkelser viser at andelen unge med innvandrerbakgrunn som har brukt ulike narkotiske stoffer, er lavere enn det vi finner blant nordmenn, er det grunn til bekymring over utviklingen. Av ulike grunner er det mye som tyder på at innvandrere med misbruksproblemer får enda flere problemer enn det vi finner blant nordmenn i samme situasjon. Dette kan både være økte problemer knyttet til kontakten med det norske samfunn og i kontakten med egne sosiale og kulturelle miljøer.

På samme måte som det er store problemer med å tallfeste omfanget av misbruk av narkotika blant nordmenn, foreligger det ingen anslag for hvor mange misbrukere med innvandrerbakgrunn det finnes i Norge. Det er imidlertid gjort noen mindre undersøkelser i regi av tiltak som har kontakt med denne gruppen.

Antall minoritetspråklige som oppsøker «AIDS-informasjonsbussen» i Oslo anslås til 2-5 prosent. Bussen har knyttet til seg en arabisk-talende medarbeider som har systematisert samtaler med 100 besøkende med innvandrerbakgrunn som kom til bussen i løpet av en måned i 1994. De 100 besøkende representerte 22 ulike nasjonaliteter. De største gruppene var av pakistansk, marokkansk og iransk opprinnelse. De aller fleste var første generasjons innvandrere. Så godt som alle var sosialklienter uten at sosialkontoret var kjent med at de var misbrukere. De med afrikansk bakgrunn opplyste at de i hovedsak sniffet eller røykte heroin, mens de fra Pakistan og Iran i større grad opplyste at de brukte sprøyter. I

en intervjuundersøkelse blant brukere av bussen foretatt ved utgangen av 1994, kom man i kontakt med 24 menn med statsborgerskap utenfor Europa. Et gjennomgående trekk var at besøkende på bussen med ikke europeisk statsborgerskap, hadde vesentlig kortere misbrukskarriere sammenlignet med brukere som hadde norsk bakgrunn. Det rapporteres videre om en økning i tilstrømming av nye personer med innvandrerbakgrunn.

Av 2 301 henvendelser til Akuttinstitusjonen for stoffmisbrukere over 18 år i Oslo i tiden 1987-1995, hadde 145 (seks prosent) innvandrerbakgrunn. Antall klienter med innvandrerbakgrunn har vist en økning de senere år og består i all hovedsak av menn. Aldersmessig er det ikke forskjell på klienter med norsk bakgrunn og klienter med innvandrerbakgrunn, gjennomsnittsalder i begge grupper er 31-32 år. På samme måte som norske klienter er de fleste blandingsmisbrukere. Så godt som alle bruker heroin. Det ser ut til å være et skille ved at klienter med innvandrerbakgrunn i større grad røyker heroin enn det som er tilfelle blant norske misbrukere. Det ser imidlertid også ut til at misbrukere med innvandrerbakgrunn går over til å bruke sprøyter etter en tid. Akuttinstitusjonens klienter med innvandrerbakgrunn rapporterer om langt senere stoffdebut enn det som er tilfelle for klienter med norsk bakgrunn.

Uteseksjonen i Oslo registrerte 200 kontakter med misbrukere med innvandrerbakgrunn i 1995. De aller fleste var menn. Det dominerende misbruket var knyttet til heroin. Også Uteseksjonen rapporterer at denne klientgruppa begynner misbruket ved å røyke eller sniffe heroin og at de så etter hvert går over til å bruke sprøyter. Tiltaksapparatet prøver på ulike måter å møte misbrukere med innvandrerbakgrunn. I 1995 etablerte Rusmiddeldirektoratet et samarbeid med Islamic Relief Agency. Oslo kommune har mottatt tilskudd fra Sosial- og helsedepartementet til et team ved Uteseksjonen som har ungdom med innvandrerbakgrunn som bruker Oslo sentrum som eneste «fritidstilbud», som målgruppe. Målet er å forebygge negativ utvikling gjennom samarbeid med foreldre, andre ungdomsarbeidere, interesseorganisasjoner og Oslo politikammer. Oslo kommune har dessuten etablert en tverrfaglig gruppe (Olafia-klinikken, Akuttinstitusjonen for stoffmisbrukere over 18 år og Uteseksjonen) for å drøfte hvordan man best kan møte de særegne problemene knyttet til misbrukere med innvandrerbakgrunn. Det er også avholdt et seminar med deltakere fra en rekke tiltak for rusmiddelmisbrukere med fokus på stoffmisbrukere med innvandrerbakgrunn.

Misbrukere med innvandrerbakgrunn representerer ikke en homogen gruppe. I mange tilfeller vil det kunne oppstå unødvendige misforståelser som har bakgrunn i feiloppfatninger enten hos hjelpeapparatet eller hos misbrukeren. For å få best mulig grunnlag for å sette inn de nødvendige tiltak er det derfor spesielt viktig å møte klienter med innvandrerbak-

grunn med åpenhet og være tydelig både på hva man har å tilby og hvilke forventninger man har til klienten. I mange tilfeller vil det eksempelvis være forskjellig oppfatning om hva behandling innebærer. Mens klienten tenker seg at en avrusing innebærer tilstrekkelig behandling for å få slutt på misbruket, bygger de fleste norske behandlingsopplegg på en lenger varende terapeutisk innsats. Tilsvarende vil det kunne være ulik forståelse og fortolkning av det formelle regelverk og mer uformelle normer knyttet til ulike hjelpetiltak.

I november 1996 arrangerte Nordisk kontaktmannsorgan for narkotikaproblemer et seminar om forebygging og hjelpe- og behandlingstiltak for innvandrere med misbruksproblemer. Konferansen tydeliggjorde nytten av og behovet for kunnskaps- og erfaringsutveksling på dette området.

Sosial- og helsedepartementet vil:

- sikre tilstrekkelig informasjonsmaterieil om narkotika til minoritetsspråklige
- øke kompetansen i tiltaksapparatet i forhold til den spesielle situasjon og de problemer rusmiddelmissbrukere med innvandrerbakgrunn har
- videreføre og styrke det nordiske samarbeidet på området ved å invitere til en nordisk oppfølgingskonferanse om forebygging og hjelpe- og behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere med innvandrerbakgrunn

5.7 TILTAK FOR MISBRUKERE I FENGSLER

Det faglige ansvaret for flere typer aktiviteter i fengslene er det siste tiåret ivaretatt helt eller delvis av andre offentlige etater. Dette gjelder blant annet undervisning og helsetjenester. Justisdepartementet tar sikte på å videreutvikle og forbedre dette tverrsektorielle samarbeidet. På lokalt nivå hører det til fengselsdirektørens ansvarsområde å legge til rette for at samarbeidet blir gjennomført best mulig. For rusmiddelmissbrukere i fengsel vil det bety et bedre og mer samordnet tilbud om oppfølging, og dermed større muligheter for å motvirke nye straffbare handlinger. Det er viktig at fengselsopphold ikke fører til brudd i et allerede etablert, langsiktig behandlingsopplegg, og i tilfeller hvor den domfelte ikke har hatt kontakt med behandlingsinstanser før innsettelse i fengsel, er det viktig at en motivasjons- og endringsprosess starter under fengselsoppholdet.

Kriminalomsorgen har i 1996 etablert særskilte soningsprogrammer rettet mot ulike typer kriminalitet (vold, sedelighet, rus m.v.). For mange innsatte med rusmiddelproblemer vil soningsprogrammene være ledd i en langsiktig soningsplan der den innsattes positive ressurser og muligheter er fokusert. Til grunn for etableringen av soningsprogrammer og soningsplaner, ligger erkjennelsen av at systematisk tverrsektorielt samarbeid om gjennomføringen av fengselsoppholdet, kan gi positive effekter. Dette vil

også bli understreket i Justisdepartementets melding til Stortinget om kriminalomsorgen.

Det er etablert egne avdelinger som har særskilt kompetanse i oppfølging av rusmiddelmissbrukere, og bedre rutiner for overføring til og opphold i behandlingsinstitusjon i medhold av fengselslovens § 12. I et samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet, Justisdepartementet, Oslo kommune og Tyrilistiftelsen er det utviklet et eget rehabiliteringsprosjekt for rusmiddelmissbrukere i Oslo kretsfengsel («Stifinner'n»). Den forskningsmessige evalueringen av prosjektet, gjort av SIFA, viser oppmuntrende resultater. Andre samarbeidsprosjekter mellom de to departementene er igangsatt for kvinner i Bredtveit fengsel og sikringsanstalt og ved Hassel kretsfengsel. Sosial- og helsedepartementet og Justisdepartementet vil fortsette samarbeidet om tiltak for innsatte med rusmiddelproblemer.

5.8 SKADEREDUKSJON

Selv om målet for vår innsats er rusfrihet, vil det forekomme situasjoner der misbrukeren ikke har et uttalt ønske om å komme seg ut av misbruket. I disse tilfellene må hjelpeapparatet bidra med skadereduserende og stabiliserende tiltak. Kontakten med de aktuelle hjelpeinstansene vil på sikt kunne bidra til motivasjon for behandling og rehabilitering.

Med skadereduksjon forstås tiltak for å redusere de skadelige virkningene av et pågående narkotikamisbruk, for den enkelte misbrukers helse og for samfunnet. Eksempler på slike tiltak er informasjon til misbrukere for å forebygge overdoser, og utdeling av rene sprøyter og kanyler for å forebygge smitte og hindre spredning av leverbetennelser og HIV. Tiltakene er forankret i en helsemessig tilnærming til narkotikamisbrukere og de akutte helseproblemene misbruket ofte fører med seg.

Internasjonalt har det i stor grad vært de samme kreftene som har tatt til orde for liberalisering av narkotikapolitikken, som også har vært talsmenn for nødvendigheten av skadereduserende tiltak. Dette har ført til en kontroversiell og tidvis opphetet debatt, der mange ser skadereduksjon som del av en mer generell liberaliseringspolitikk. Sammenblandingen er uheldig, og tjener i liten grad utviklingen av et mangfold av strategier og tiltak i kampen mot narkotikamisbruk. Etter Sosial- og helsedepartementets vurdering har de målrettede informasjonstiltakene til sprøytemisbrukere om bl. a. rengjøring av sprøyter og «sikker sex», sammen med tilgjengeligheten av rene sprøyter og kanyler, vært effektive virkemidler i det vellykkete arbeidet med å redusere spredningen av HIV i misbrukergruppene og derfra videre i den øvrige befolkningen. Det er viktig at denne type tiltak videreføres, og departementet har iverksatt en egen handlingsplan mot HIV/AIDS, der narkotikamisbrukere inngår som en av de viktigste målgruppene.

5.9 STRAKSTILTAKENE

Sosial- og helsedepartementet har fra og med 1992 gitt ekstraordinære tilskudd til tiltak for de tyngst belastete rusmiddelmisbrukerne i en del større bykommuner. Bakgrunnen var den foruroligende økningen av overdosedødsfallene i Oslo i 1991, som gjorde det nødvendig å sette inn ekstraordinære tiltak «straks». Tiltakene ble siden utvidet til Bergen og Kristiansand, og fra 1995 også til Tromsø, Trondheim og Drammen. Tiltakene er nærmere beskrevet i vedlegg 2. Flere av disse tiltakene er rettet inn mot skadereduksjon, jf kap 5.8.

Erfaringene med tiltakene til nå er gjennomgående gode. Prosjekt oppsøkende helseteam i Oslo er bygget opp i samarbeid med ambulansetjenesten ved legevakten, som årlig har ca 900 utrykninger ved overdoser. Der pasienten gjenopplives, tilbyr teamet oppfølging. Ved dødsfall er det utviklet et tilbud til pårørende. Det drives også informasjonsarbeid i misbruksmiljøene og førstehjelpsopplæring av grupper av personell som lett kommer i kontakt med overdosetilfeller; ansatte i botilbud som nyttes av misbrukere, vakter ved offentlige toaletter i sentrum osv. Prosjektet «Hjelp uten betingelser» (HUB) i Oslo ble etablert for hurtig, uten lange utrednings- og saksbehandlingsprosedyrer, å kunne tilby plass i behandlingstilbud eller bidra med såkalte mobile innsatsmidler til ekstra hjelpetiltak i eller utenfor institusjon. Det var fra starten av et nært samarbeid med politiet og rettsvesenet forøvrig. I samarbeid med Sosial- og helsedepartementet har Oslo kommune foretatt en uavhengig evaluering av prosjektet. Evalueringen konkluderer bl a med at

«arbeidsformen har fanget opp de tunge misbrukerne som ellers ikke ville ha fått hjelp, og at disse klientene dermed har fått en hjelp som ellers ikke synes å fungere dårligere enn den bistanden andre tunge misbrukere får. HUB-klientene representerer en spesiell gruppe misbrukere, men de skiller seg hverken positivt eller negativt ut fra andre tunge misbrukere når det gjelder gjennomføring av behandlingsoppholdet og endringer i livssituasjonen etter behandlingen....».

Prosjektet «Tiltak for bostedsløse», også dette i Oslo, nytter mobile innsatsmidler til å «skreddersy» individuelle omsorgs- eller behandlingsopplegg for noen av de aller tyngst problembelastete misbrukerne. Utformingen av denne type tiltak må ta utgangspunkt i situasjonen i den enkelte kommune. Det er imidlertid Sosial- og helsedepartementets syn at kommunene i sitt rusmiddelpolitiske planarbeid bør gjøre en vurdering av behovet og inkludere tiltak for målgruppen.

5.10 FINANSIERINGSORDNINGER

Finansieringsansvaret for tiltak for rusmiddelmisbrukere følger i utgangspunktet ansvaret for etablering og drift av tiltakene. Etter lov om sosiale tjenes-

ter er det likevel etablert en ordning med kommunal delbetaling for fylkeskommunale døgntiltak. Kommunene har også adgang til å kreve vederlag hos betalingsdyktige klienter for en del av de tjenester de mottar.

5.10.1 Nåværende ordninger

Tjenester til rusmiddelmisbrukere som gis utenfor institusjon er vanligvis et kommunalt ansvar. Unntatt herfra vil være en del polikliniske (helse-)tjenester som er fylkeskommunale og tjenester knyttet til medisinsk og yrkesrettet attføring, som er et statlig ansvar.

Sosialtjenesteloven inneholder egne bestemmelser om særskilte tiltak for rusmiddelmisbrukere. Kommunen skal bl a sørge for et behandlingsopplegg når det er behov for det og klienten ønsker det. Behandlingsopplegget kan bl a omfatte oppnevning av støttekontakt og etablering av støtteopplegg på arbeidsplassen og kontakt med primærhelsetjenesten og spesialisttjenester. De ulike typer tjenester som er særskilt nevnt her, er generelle tjenester og ordningene med egenbetaling følger disse. Bestemmelsene innebærer at rusmiddelmisbrukere, på linje med andre, må betale for feks hjemmehjelp, avhengig av kommunal sats og betalingsevne. Råd og veiledning, støttekontakt, støtteopplegg på eventuell arbeidsplass etc. vil være ytelser som er frie.

Finansieringsordningen for institusjoner for omsorg og behandling av rusmiddelmisbrukere avhenger av tilknyttingen til fylkeskommunene, hvilken lov selve virksomheten reguleres av, og av eierforhold. Fylkeskommunene har gjennom sosialtjenesteloven ansvar for etablering og drift av behandlingstilbud for rusmiddelmisbrukere. Fylkeskommunen behøver imidlertid ikke stå som eier av virksomheten. Fylkeskommunen kan bruke private institusjoner for å oppfylle sitt ansvar for å dekke behovet for behandlingstilbud i fylket. I slike tilfeller vil det kunne dreie seg om hele institusjoner eller et avtalt antall plasser. Institusjonen må i så fall tas inn på fylkeskommunens plan for tiltak for rusmiddelmisbrukere. Fylkeskommunene har ansvaret for å dekke utgifter til drift og etablering av behandlingstilbud i institusjon som er inne på de fylkeskommunale planer, uavhengig av eierforhold. Fylkeskommunen kan også ta i bruk helseinstitusjoner til dette formål. Virksomheten i helseinstitusjoner (psykiatriske institusjoner, sykehus) er imidlertid regulert av helselovgivningen, og det gjelder særskilte finansieringsordninger for etablering og drift av slike institusjoner.

Av ulike grunner er det forholdsvis mange private institusjoner inne på de fylkeskommunale planene. Av registrerte institusjoner i 1994, dreide det seg om hele 2/3. I praksis begrenser enkelte fylkeskommuner sitt økonomiske ansvar for disse ved å avtale med institusjonseieren om å dekke godkjente

utgifter ved drift/etablering av et visst antall plasser ved institusjonen.

Sosialtjenesteloven gir adgang til kjøp og salg av institusjonsplasser mellom fylkeskommunene. Oppgjørsordningene for slik handel er regulert i forskrift av 4. desember 1992. Hovedregelen er at fylkeskommunene står fritt til å avtale prisen for plassene. Det er imidlertid utarbeidet retningslinjer for veiledende satser.

Private institusjoner som ikke er inne på fylkeskommunale planer, må i utgangspunktet finansiere virksomheten selv. I prinsippet er det klientenes betaling som i hovedsak gir det økonomiske grunnlaget for driften. I praksis finansieres imidlertid også driften av slike institusjoner ved at kommunen og/eller fylkeskommunen betaler døgnpris for klienter som på forhånd har fått godkjent opphold av den enkelte kommune/fylkeskommune.

Historisk sett har imidlertid ulike frivillige organisasjoner subsidiert slik virksomhet. I dag gir staten betydelig støtte til drift av private institusjoner for rusmiddelmisbrukere som drives i regi av Stiftelsen Pinsevennenes Evangeliesenter og Stiftelsen KRAFT. Når det gjelder Stiftelsen Pinsevennenes Evangeliesenter bidrar også innsamlede midler til drift av virksomheten.

Det fins også private tiltak som driver på et mer kommersielt grunnlag. Klientgrunnlaget for denne virksomheten synes primært å være personer med alkoholproblemer eller misbrukere av avhengighetskapende legemidler. Det synes foreløpig å være lite kommersielt marked for behandling av personer med narkotikaproblemer. I en del tilfeller finner man imidlertid at arbeidsgiver eller bostedskommunen helt eller delvis dekker utgifter ved opphold i slike private institusjoner.

Fylkeskommunen kan kreve kommunal delbetaling for klienter fra kommuner i sitt fylke som er i behandling ved institusjon. Fylkeskommunens rett til refusjon gjelder bare institusjoner som er inne på fylkeskommunale planer og som hører inn under sosialtjenesteloven. Det er ingen refusjonsadgang for institusjoner som hører inn under lov om psykisk helsevern og sykehusloven eller for akutt- og avrusningstiltak og polikliniske tjenester.

Stortinget fastsetter størrelsen på den kommunale delbetalingen gjennom budsjettbehandlingen hvert år. For 1997 utgjør den kommunale delbetalingen kr 10.500 pr plass pr mnd.

En forutsetning for at fylkeskommunen kan kreve kommunal delbetaling, er normalt at kommunen har fattet vedtak om at klienten skal ha et institusjonsopphold. I tilfeller der innleggelse ikke har gått via sosialtjenesten, har fylkeskommunen ikke fremmet krav om kommunal delbetaling. For klienter som er i behandling på institusjoner for rusmiddelmisbrukere etter § 12 i fengselsloven, dekkes den kommunale delbetalingen av Justisdepartementet.

Dersom fylkeskommunen velger å ta klienter inn

på institusjoner som ikke inngår i den fylkeskommunale plan, har fylkeskommunen ingen adgang til refusjon fra klientens hjemstedskommune.

Etter sosialtjenesteloven kan kommunene kreve refusjon for utgifter hos klienten. Siden kommunens utgifter normalt vil være begrenset til den kommunale delbetalingen ved opphold på institusjon for rusmiddelmisbrukere, vil størrelsen på denne sette et øvre tak for klientenes betaling. Kommuner som har medvirket til direkte plassering av klienter og betaler for oppholdet ved private institusjoner, kan evt kreve refusjon hos klientene for et beløp som normalt vil ligge betydelig høyere enn gjeldende sats for kommunal delbetaling. I disse tilfellene gjelder de samme begrensninger for klientenes vederlag som for en del andre institusjonstyper og boliger med heldøgns omsorgstjenester, jf forskrift om vederlag for opphold i institusjon.

5.10.2 Evaluering av den finansielle ansvarsfordeling mellom kommuner og fylkeskommuner

Før Lov om sosiale tjenester trådte i kraft 1. januar 1993, varierte den kommunale delbetalingen fra institusjon til institusjon. Dette hang dels sammen med at fylkeskommunene bare hadde ansvar etter loven for å drive institusjoner for alkoholmisbrukere og det bare var hjemmel for å regulere den kommunale betalingen for disse, mens dette ikke gjaldt spesialiserte institusjoner for narkotikamisbrukere. Ved fylkeskommunale tilsyns- og vernehjem var det innført kommunal delbetaling, men ikke ved behandlingsinstitusjoner (A-klinikker og kursteder). Ved institusjoner for stoffmisbrukere, som i stor grad ble drevet av private stiftelser med statlig støtte, varierte den kommunale delbetalingen fra institusjon til institusjon.

Intensjonen med innføring av lik kommunal delbetaling ved alle typer institusjoner for rusmiddelmisbrukere, var først og fremst å gjøre valg av plassering mellom ulike typer behandlingstiltak uavhengig av pris. Et annet element var forenkling av betalingsordningen. Nivået på den kommunale delbetalingen ble bl a fastsatt for å understreke at kommunen har hovedansvaret for hjelpetiltak for rusmiddelmisbrukere og stimulering til utvikling av alternative tiltak til institusjonsplassering. Til grunn for dette lå en antagelse om at det i noen grad var overforbruk av institusjonsplasser på grunn av mangel på alternative, polikliniske behandlingstiltak og andre hjelpetiltak. Ved fastsettelsen av nivået ble det imidlertid også tatt hensyn til at det ved de fleste behandlingstiltak enten ikke hadde vært noen kommunal delbetaling, eller at delbetalingen hadde vært relativt lav.

Norsk institutt for by og regionforskning (NIBR) har på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet og Barne- og familiedepartementet foretatt en evalu-

ring av virkningene av omleggingen av betalingsordningene. I undersøkelsen har man ikke kunnet påvise noen effekt av den kommunale delbetalingen verken når det gjelder kommunenes etterspørsel etter institusjonsplasser, valget mellom institusjoner eller utvikling av alternative tiltak.

Av undersøkelsen framgår det fra både «rike» og «fattige» kommuner, at det ikke byr på problemer å dekke utgiftene til kommunal delbetaling over det ordinære budsjettet. Det legges vekt på at klienter gjennom sosialhjelp kan påføre kommunen utgifter også når de ikke får et institusjonsopphold. Sosial- og helsedepartementet antar at kommunenes løpende utgifter til dekning av nødvendige utgifter til livsopphold for rusmiddelmisbrukere, i mange tilfeller vil kunne ligge på samme nivå som den kommunale delbetalingen og Barne- og familiedepartementet. NIBR viser ellers til at undersøkelsen tyder på at politisk og administrativ ledelse i kommunene ønsker at tjenesten skal iverksette de (institusjons-) tiltak den mener er adekvate i forhold til klientbehov, uavhengig av ulikheter i kommunale inntektsforhold. Det framgår at det er klientbehovene og trekk ved klientmassen som er sentrale når det gjelder å etterspørre institusjonsplasser, enten det nå er fylkeskommunale eller private institusjoner. Motivasjonen hos klienten synes å være det sentrale kriterium for valg av institusjon.

Etter NIBRs oppfatning er en viktig forklaring på at ordningen med egenandel ikke synes å påvirke kommunene til å utvikle alternativer til institusjonsplasser, at kommunene ikke har økonomisk rom til å utvikle tiltak som oppfattes som fullverdige alternativer til institusjonsplassering. I den grad fylkeskommunene utvikler polikliniske tiltak, benyttes imidlertid disse.

Kommunale tiltak vil for mange misbrukere være et alternativ eller supplement til institusjonsbehandling. Dette gjelder eksempelvis rådgivning, støttekontakt, vernet botilbud, aktiviseringstiltak og fritidstilbud. I tillegg til utgifter ved slike tjenester kommer i mange tilfeller utgifter til livsopphold. Til sammen antar departementet at månedlige utgifter for klienter uten arbeid eller annen forsørgelse vil kunne ligge på i størrelsesorden 20-25.000 kroner. For misbrukere i arbeid og med egen bolig, kan man etter alt å dømme i en del tilfeller utvikle alternativer til institusjonsplass for omkring 10.000 kroner. Den kommunale delbetalingen ved institusjonsopphold vil i alle tilfeller måtte ligge i størrelsesorden 20.000 kroner pr mnd eller mer for at et kommunalt tilbud skal ha samme kostnadsramme for kommunen som et fylkeskommunalt institusjonstilbud.

Mange behandlingsinstitusjoner er relativt dyre i drift ved at de krever høy bemanning. En institusjonsplass for behandling koster i mange tilfeller 50.000 kroner eller mer pr plass pr mnd, selv om det også finnes rimeligere institusjonsplasser. Det kan likevel antas at det i mange tilfelle vil være rimeli-

gere for det offentlige å bygge opp et tilbud rundt klienten i hjemkommunen.

Det bør vurderes om heving av den kommunale delbetalingen er et tilstrekkelig eller egnet virkemiddel for å stimulere til utbygging av kommunale tiltak for rusmiddelmisbrukere, enten som alternativ eller supplement til institusjonsbehandling. En relativt høy kommunal betaling for institusjonsplasser vil i seg selv virke dempende på kommunenes etterspørsel etter institusjonsplasser. Heving av satsen for kommunal delbetaling vil i utgangspunktet kunne gjøres kostnadsnøytral for kommunene gjennom kompensasjon i rammetilskuddet. En slik økning vil imidlertid i praksis inngå som en del av kommunenes ubundne midler.

Et bedre kommunalt tilbud til rusmiddelmisbrukere vil derfor i betydelig grad avhenge av utviklingen i de generelle tjenestene og hvilken prioritering rusmiddelmisbrukere gis i forhold til andre grupper. Det er få kommunale tjenester som primært retter seg mot rusmiddelmisbrukere. En slik tjeneste er for eksempel utekontaktene som bare finnes i et begrenset antall kommuner. Det er derfor mye som taler for at det vil være viktig med virkemidler som påvirker utviklingen av de generelle, kommunale tjenestene og kriterier for prioriteringer mellom ulike målgrupper til generelle tiltak/tjenester.

Uten kommunal delbetaling vil fylkeskommunen alene kunne bestemme inntaket, evt delegere denne avgjørelsen til institusjonen. Slik det er i dag må rusmiddelmisbrukere med behov for hjelpetiltak henvende seg til sosialtjenesten, som etter sosialtjenesteloven skal vurdere alternative tiltak til institusjon før evt. vedtak om opphold i institusjon fattes. NIBR finner at denne nye lovbestemmelsen har hatt en viss betydning for utviklingen av kommunale tiltak. Ordningen med kommunal delbetaling bidrar i noen grad til å sikre at det blir foretatt en slik vurdering, da det vil være nødvendig med et kommunalt vedtak fattet av sosialtjenesten. Det er anledning til å delegere vedtak om behandling til den kommunale helsetjenesten.

Departementet vil gjennom et eget program for styrking av førstelinjetjenesten, stimulere de større kommunene til spesialisering av sosialtjenestene for rusmiddelmisbrukere og mindre kommuner til å etablere interkommunale samarbeidsordninger om utnyttning av spesialkompetanse. Departementet legger stor vekt på at det utvikles et nært og fleksibelt samarbeid mellom kommunene og fylkeskommunene om tiltakene for rusmiddelmisbrukere, som forutsatt i St meld nr 69 for 1991-92. Sosial- og helsedepartementet vil på det nåværende tidspunkt ikke foreslå endringer i finansieringsordningene.

5.11 Dokumentasjon av behandlingsresultater

Det er viktig å stille spørsmål om hva samfunnet får igjen for de store kostnadene forbundet med behand-

ling av rusmiddelmissbrukere, og følgelig om behandling nytter. Svarene er i stor grad avhengige av hvilke mål man setter for nytteverdien. Dersom man utelukkende aksepterer varig rusfrihet etter et enkeltstående behandlingsopplegg som nyttig resultat, vil svaret ofte være negativt. Dersom man istedet velger å se behandling og veiene ut av misbruket som en langvarig prosess med et varierende antall tilbakefall underveis, er det enklere å svare bekrefte. De fleste som kommer ut av misbruket som følge av bl a behandling, har gjennomgått flere opplegg innenfor samme tiltak eller ulike typer tiltak. Erfaring tilsier derfor at det er viktig å ikke gi opp, selv om man ikke lykkes i første omgang.

Det er også mye som tyder på at langsiktig oppfølging og relasjonsbygging utenfor og i institusjon, er av stor betydning. Sosialtjenesten i kommunene, som har hovedansvaret for å skaffe til veie hjelpe- og behandlingstilbudene, bør derfor i nært samarbeid med de aktuelle behandlingsinstansene legge stor vekt på langsiktig oppfølging. Dette krever ikke bare tilrettelegging av ordnete bolig-, utdannings- og arbeidsforhold eller yrkesrettet attføring. Et helhetlig opplegg bør ta hensyn til misbrukerens totale livssituasjon. Misbrukerens familie bør trekkes med i oppfølgingen som en positiv ressurs, og det bør legges til rette for at misbrukere kan knytte kontakt med selvhjelpsgrupper som for eksempel Anonyme Alkoholikere (AA) og Anonyme Narkomane (NA).

Det er utviklet et mangfold av behandlings- og omsorgstiltak for rusmiddelmissbrukere i Norge; på ulike forvaltningsnivåer, innen- og utenfor offentlige planer, og med ulike faglige og ideologiske tilnærminger. Det finnes ingen enkle løsninger på rusmiddelmissbrukernes behandlings- og omsorgsbehov, og det er derfor viktig å ta vare på og videreutvikle de varierte tilnærmingene. Det er samtidig nødvendig å øke kunnskapene og dokumentasjonen om de ulike tiltakenes innhold og virkninger, og om behov for videreutvikling og omstilling. En av forutsetningene for å lykkes er en åpen dialog mellom behandlings-, forskningsmiljøer og brukergruppene. Sosial- og helsedepartementet innbød derfor i mai 1996 til en konferanse med representanter fra de ulike faglige og ideologiske tilnærmingene til døgningstusjonsbehandling av rusmiddelmissbrukere i Norge; Stiftelsen Pinsevennenes Evangeliesenter, kollektiver, terapeutiske samfunn, institusjoner som arbeider etter tolvttrinnsmodellen, og psykoterapeutisk orienterte behandlingstusjoner. Representanter fra ulike forskningsmiljøer, de regionale kompetansesentrene og pårørende var også tilstede. Det var enighet om noen grunnleggende forutsetninger for «god» behandling. *Sosial- og helsedepartementet* vil med utgangspunkt i konferansens konklusjoner, utarbeide forskrifter som skal sikre kvaliteten i behandlings- og rehabiliteringstiltak. Forskriften vil bli utformet med sikte på å utdype og supplere allerede eksisterende regelverk på området, og å tydeliggjøre

kommunens, fylkeskommunens og institusjonseieres plikt og ansvar for å sikre beboerne tjenester som er i samsvar med behovene. Det vil bli lagt vekt på krav til vurdering av misbrukerens situasjon og behov, vurdering av institusjonens egnethet i forhold til misbrukerens situasjon, tydeliggjøring av institusjonstilbudets innhold, kontrakt mellom misbrukeren, kommunen og institusjonen om tilbud, rettigheter og plikter, individuelle behandlingsplaner, og intern og ekstern evaluering.

Behandling fungerer ikke i et vakum. Det er mange faktorer som påvirker menneskers atferd, og dette gjelder selvsagt også rusmiddelmissbrukere. Det vil ofte være krefter i og utenfor den enkelte person som trekker i andre retninger enn behandlingen. Behandling, sett som hjelp til endringsprosess hos den enkelte misbrukeren, må følgelig gripe tak i både avhengigheten av rusmidler, sosiale og psykiske problemer som har medvirket til eller er resultat av misbruket, og må kunne vise til og støtte den enkelte i å treffe alternative handlingsvalg. Mange når ikke målet om et liv uten misbruk av rusmidler. Det er idag ikke mulig å forutsi med særlig grad av nøyaktighet hvem som vil klare det, hva som skal til, og hvor lang tid den enkelte vil trenge for å etablere en sosialt stabil, rusfri tilværelse. Man bør derfor være varsom med å signalisere oppgitthet og manglende tro på iboende forandrings- og utviklingsmuligheter hos den enkelte misbrukeren.

Det faktum at veien ut av misbruket i de fleste tilfellene er lang, fører til at mange misbrukere gjennomgår flere kortere eller lengre behandlingsopplegg, i og utenfor institusjon. Dette er en av grunnene til at mange behandlingstiltak har en gruppe «gjengangere» eller «svingdørsklienter». I særlig grad gjelder det for akuttinstitusjoner og lavterskeltiltak med mindre omfattende innsøkningsprosedyrer, men også tiltak med mer langsiktige opplegg har misbrukere som gjentatte ganger avbryter behandlingsoplegget. Stadige avbrudd synes i mange tilfeller å være en altfor lettvin og kortsiktig, om enn naturlig, reaksjon på vansker som nødvendigvis vil oppstå underveis, og kan lett føre til oppgitthet og resignasjon hos både misbrukerne og behandlerne. Det bør ses som en betydelig utfordring for tiltak med langvarige behandlingsoplegg å klare å holde misbrukerne tilbake i større grad enn det som er tilfelle idag. Etter Sosial- og helsedepartementets oppfatning vil dette i hovedsak dreie seg om å utvikle holdninger og behandlingsteknikker som gir misbrukerne større «motstand» i situasjoner der de viser tegn til å ville avbryte opplegget.

Det er store metodeproblemer forbundet med god vitenskapelig evaluering av ulike behandlingstilbud. Dette henger delvis sammen med at det, som allerede nevnt, sjelden er en enkel påvirkningsfaktor som er avgjørende for om misbruket opphører eller fortsetter. Delvis har det også sammenheng med at det i praksis er vanskelig å nytte metoder som tilfredsstil-

ler de kravene som normalt stilles til vitenskapelig forskning. Det vil for eksempel være etisk uforvars- lig å studere effektene av et behandlingsopplegg på en gruppe misbrukere sett i forhold til en tilsvarende problembelastet kontrollgruppe som «for forsknin- gens skyld» overhode ikke kan tilbys behandling. Det er gjort nærmere rede for disse problemene i vedlegg 2. I vedlegget er det også gjort rede for nor- ske oppfølgings- og etterundersøkelser de siste åre- ne, utført ved Veksthuset i Oslo, Veksthuset i Møre og Romsdal, Tyrilistiftelsen, Fossumkollektivet, Psykiatrisk ungdomsteam Sør Trøndelag, Rusmid- delavdelingen ved Sanderud sykehus, Stiftelsen Pin- sevevnenes Evangeliesenter og Kvinnekollektivet ARKEN.

I samsvar med vedtak i Stortingets Sosialkomite ba Sosial- og helsedepartementet i 1991 overlevere dr. med. Jon Johnsen ved Incognito klinikk, Oslo, om å gjøre en utredning om effektene av ulike behand- lingsmetoder, og forsker Elizabeth Nygaard ved Sta- tens institutt for folkehelse om en analyse av sam- funnsøkonomiske aspekter ved alkoholistbehand- ling. Parallelt har forsker Edle Ravndal ved Institutt for medisinske atferdsfag, Universitetet i Oslo, på oppdrag fra Nordisk nemnd for alkohol- og drog- forskning (NAD), gjort en studie av den foreliggen- de forskningen på behandling av narkotikamisbru- kere.

Jon Johnsen avsluttet sin rapport med en positiv konklusjon; det er mulig med behandling å påvirke forløpet av et rusmiddelproblem i gunstig retning. Forøvrig var det følgende konklusjoner som kunne trekkes av de to førstnevnte rapportene:

- Tiltakskjedetenkningen i St meld nr 69 for 1991- 92 Tiltak for rusmiddelmisbrukere, med under- streking av den kommunale helse- og sosialtje- nestens betydning, er forskningsmessig velfun- dert,
- det er viktig å organisere hjelpetilbudet slik at innsatsen settes inn på riktig nivå,
- det er behov for å organisere et tettere samarbeid og samvirke mellom behandlings- og forsknings- miljøer, og
- det er behov for å styrke den faglige kompetansen innenfor helse- og sosialtjenesten om såvel orga- nisering som metodiske tilnærminger.

Edle Ravndals studie konkluderte med at;

- det store frafallet i all behandling av stoffmisbru- kere, og manglende studier av frafallsfenomenet i seg selv, gjør mye av behandlingsforskningen komplisert i forhold til å trekke pålitelige slutnin- ger,
- i motsetning til internasjonale studier ser kvinner i nordiske undersøkelser ut til å profitere mer på behandling enn menn,
- de fleste undersøkelser synes å vise at jo lenger tid en klient frivillig er i et tiltak, enten poliklinisk eller i institusjon, jo bedre synes resultatene å væ- re ved oppfølging, uansett type tiltak,

- yngre stoffmisbrukere (under 18 år) synes å dra nytte av tvangsvedtak i såkalte «ideologiske» be- handlingstiltak med godt behandlingsopplegg og lang oppfølging,
- eldre stoffmisbrukere (over 25 år) synes å ha høy frafallsprosent i nesten alle typer tiltak, og
- forskningen viser at ingen bestemte behandlings- tiltak passer for alle.

Sosial- og helsedepartementet har fulgt opp kon- klusjonene i de nevnte rapportene. Det er i første rekke gjennom satsingen på de regionale kompetan- sesentrene, jf kap 5.14, at det er lagt til rette for sy- stematisk arbeid med heving av den faglige kompe- tansen både i den kommunale helse- og sosialtjenes- ten og i fylkeskommunenes spesialisttjenester. Sen- trene forutsettes også å knytte kontakter til universi- tets- og høyskolemiljøer med henblikk på et fleksi- belt samarbeid om forsknings- og evalueringsoppga- ver.

Departementet har i tillegg satset på å etablere et Nasjonalt dokumentasjonssystem for tiltak for rus- middelmisbrukere, i Rusmiddeldirektoratets regi. Systemet består av tre deler:

1. En nasjonal institusjonsdatabase (NIDAR) med nøkkeltall om samtlige døgninstitusjoner i landet.
2. Et klientstrømregister, der enkeltklienters gang gjennom behandlingsapparatet kan registreres ved hjelp av anonymiserte identifikatorer og gi oversikt over det totale antallet klienter i behand- ling i løpet av en gitt periode og dermed over ka- pasitetsutnyttelsen.
3. Standardiserte registreringer av en del klientdata ved de ulike behandlingstiltakene slik at det lett kan gjøres regionale og nasjonale sammenlignin- ger på grunnlag av anonymiserte data fra alle en- kelttiltakene.

De to første delene av systemet er operative. Den siste delen, som forutsetter at et felles klientregis- teringsskjema tas i bruk av samtlige døgnbehandlings- institusjoner, vil bli operativ med det første. Samlet vil systemet gjøre det mulig å fortløpende evaluere den totale døgnbehandlingsinnsatsen for rusmiddel- misbrukere.

Sosial- og helsedepartementets oppfatning er at det i årene som kommer bør legges stor vekt på bed- re tilpassing av hjelpe- og behandlingsoppleggene til den enkelte misbrukerens individuelle situasjon og behov. Mer systematisk evaluering og dokumenta- sjon av behandlingsopplegg vil være et viktig hjel- pemiddel for å stimulere en utvikling i denne retnin- gen. Departementet vil understreke viktigheten av at kommunene og fylkeskommunene organiserer et tett samarbeid om behandlingen av rusmiddelmisbru- kere, herunder de tyngst problembelastede misbru- kerne, slik det er forutsatt i St meld nr 69 for 1991- 92. Tiltak som tilbyr langsiktige behandlingsopp- legg bør se det som en utfordring å utvikle holdnin-

behandlingsteknikker som tar sikte på å redusere «svingdørsproblematikken». Departementet vil spesielt vektlegge behovet for kontrakt mellom den enkelte misbruker, sosialtjenesten og eventuelle fylkeskommunale tiltak, om et mer forpliktende samarbeid over tid.

5.12 KUNNSKAPS-, KOMPETANSE-UTVIKLING OG KVALITETSSIKRING

Tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere er under forandring og omstilling som følge av sosialtjenesteloven og St meld nr 69 for 1991-92. Meldingen representerte en milepel ved at den avvirket det tradisjonelle skillet mellom alkoholistsorg og spesialiserte tiltak for narkotikamisbrukere, og la grunnlaget for en helhetlig omsorg for rusmiddelmisbrukere.

Tradisjonelt har tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere i altfor stor grad vært en institusjonsomsorg. Dette er en av grunnene til at den kommunale helse- og sosialtjenesten ikke er blitt tilstrekkelig mobilisert i arbeidet mot rusmiddelmisbruk. Det vil være avgjørende for den videre utviklingen av tiltaksapparatet i årene som kommer at de kommunale tjenestene spiller en mer aktiv rolle, både ved å gripe inn overfor misbrukskarrierer tidlig i utviklingen og ved å legge forholdene til rette for langsiktig oppfølging av misbrukere etter døgninstitusjonsbehandling.

Rusmiddelproblemene er kompliserte og sammensatte. Godt arbeid krever gode kunnskaper og erfaring. En helt nødvendig forutsetning for økt kvalitet og engasjement, er derfor å øke kunnskapene og kompetansen i tiltaksapparatet på alle nivåer.

Selv om vi i Norge vet relativt mye om rusmiddelmisbruk, misbrukere og behandling av misbrukere er det et åpenbart behov for mer kunnskap. For å kunne møte de mange problemer og utfordringer vi finner innen misbruksfeltet, er det for eksempel nødvendig med gode og dekkende situasjonsbeskrivelser samtidig som man også trenger adekvate instrumenter for å kunne følge utviklingen. Det er likeledes behov for å framskaffe ny viten om ulike områder samtidig som man må videreutvikle og komplettere den kunnskap man allerede har.

Norge bruker store ressurser på behandling av rusmiddelmisbrukere. Som allerede nevnt er det ikke grunnlag for å si at det bør satses ensidig på en bestemt behandlingsform. Det er således et bredt mangfold av behandlingsformer og behandlingstiltak. Da alle behandlingstiltak, uavhengig av tilknytning og behandlingsfilosofi, i hovedsak finansieres med offentlige midler, bør man imidlertid kunne forvente at de ulike behandlingstiltak oppfyller visse minimumsnormer med hensyn til rapportering om klienter som er i behandling og behandlingens innhold.

5.13 KOMPETANSEUTVIKLING

Det er begrenset hva de ulike grunnutdanningene ved universitet og høyskoler tar opp om behandling av rusmiddelmisbrukere. For å sikre kvaliteten på innholdet i behandlingen er det ønskelig med kontinuerlig skoling, oppbygging og vedlikehold av kompetanse for ansatte innen rusmiddelfeltet.

Det er viktig at alle nivåer innen sosial- og helse-tjenesten som kommer i kontakt med misbrukere, er best mulig rustet til å møte de arbeidsoppgaver dette medfører. Dette gjelder ikke bare ansatte innen de ulike behandlingstiltak, men også ulike yrkesgrupper innen førstelinjetjenesten. I perioden 1990-93 ble det gjennomført et omfattende etterutdanningsprogram for nøkkelpersonell i helse- og sosialsektoren, spesielt kommunalt ansatte leger og ansatte ved sosialkontorene. Noe over halvparten av landets kommuner deltok. Erfaringene fra prosjektet er at det dekket et behov for kompetansestyrking i de ulike faggrupper og bidro til å stimulere det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet. Det rapporteres videre at arbeidet med rusmidler og misbruk ble satt på dagsorden i en rekke faglige og politiske fora, noe som resulterte i bedre rusmiddelplaner og mer systematisk arbeid og samarbeid. Erfaringene fra prosjektet videreføres innen rammene for de syv kompetansesentrene innen tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere. Det er allerede etablert videreutdanning for ansatte innen rusmiddelfeltet ved høyskolen i Østfold, Diakonhjemmets høgskolesenter i Oslo og høyskolen i Tromsø.

5.14 REGIONALE KOMPETANSESENTRA FOR RUSMIDDELPROBLEMATIKK

I St meld nr 69 for 1991-92 tok Sosial- og helsedepartementet opp forslag om å utvikle regionale kompetansesentra for rusmiddelproblematikk som et viktig ledd i kvalifiserings- og utdanningssammenheng for alle som yrkesmessig arbeider med rusmiddelmisbrukere. Slike sentra er et sentralt virkemiddel for å styrke faglig engasjement, kvalitet og videreutvikling av tjenester for rusmiddelmisbrukere.

Sosial- og helsedepartementet startet i samarbeid med fylkeskommunene, etableringen av regionale kompetansesentra for rusmiddelproblematikk i 1994 og overførte senere det sentraladministrative ansvaret for denne virksomheten til Rusmiddeldirektoratet. Dette innebærer kontakt og veiledning overfor fylkeskommunene, administrering av tilskudd og ledelse og oppfølging av nettverks-samarbeidet mellom sentrene. I tillegg er mye av den databaserte dokumentasjonstjenesten i direktoratet stilt til disposisjon for sentrene.

Det er nå etablert kompetansesentra i syv regioner. Det siste sentret ble etablert for Oslo og Akershus sommeren 1996. De samarbeidende fylkeskommunene har valgt ulike former for organisering og

styring av regionenes kompetansesentre, men felles for de fleste er at sentrene er lokalisert til kliniske fagmiljøer.

Sentrene arbeider med generell etterutdanning om rusmiddelproblematikk for personell i førstelinjetjenesten i kommunene. Videre driver sentrene med metode- og materiellutvikling og videreutvikling av annenlinjetjenestens spesialiserte tilbud. Hvert senter er tildelt ett eller flere spesialområder. Dette innebærer et særlig ansvar for å bidra til nasjonal fagutvikling innen disse områdene.

Sentrene er organisert i et «norgesnett» som trekker opp retningslinjer for samarbeidet mellom kom-

petansesentrene og som utveksler erfaringer med kompetansestyrking- og tiltaksarbeidet innen den enkelte region. Videre holder dette samarbeidsnettlet oversikt over og foreslår prioriteringer innen områdene for utvikling av spisskompetanse og annen nasjonal kompetanse.

De fleste sentrene er nå i full virksomhet og har utviklet samarbeidsrelasjoner til høyskoler og forskningsmiljøer i sin region. Kompetansesentrene synes å kunne bli en særdeles verdifull ressurs i den nasjonale utviklingen av tiltaksapparatet, og har vakt betydelig oppmerksomhet internasjonalt.

Oversikt over regionale kompetansesentra for rusmiddelproblematikk

Lokalisering	Region	Spisskompetanseområde
Nordlandsklinikken Narvik	Nordland, Troms, Finmark	Rusmiddelmisbruk og den samiske befolkning
Vestmo behandlingssenter Ålesund	Møre- og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag	Yngre misbrukere
Bergensklinikkene Bergen	Hordaland, Sogn og Fjordane	Kvinner og rusmiddelmisbruk Tunge rusmiddelmisbrukere Medikamenter
Rogaland A-senter Stavanger	Aust-Agder, Vest-Agder, Rogaland	Rusmiddelmisbruk og arbeidsliv Rusmiddelmisbrukende foreldre med barn i skolealder
Borgestadklinikken Skien	Østfold, Vestfold, Buskerud, Telemark	Gravide rusmiddelmisbrukere Rusmiddelmisbrukende foreldre med barn i førskolealder Medikamentmisbruk
Sanderud sykehus, Ottestad	Hedmark, Oppland	Rusmiddelmisbrukere med psykiske lidelser Misbrukere i diagnostiske gråsoner
Diakonhjemmets høgskolesenter Oslo og Akershus		Tvang Rusmiddelmisbrukere blant personer med innvandrerbakgrunn Døve

5.15 TILSYN VED INSTITUSJONER FOR RUSMIDDELMISBRUKERE

Etter lov om sosiale tjenester m.v. skal fylkesmannen føre tilsyn med institusjoner for omsorg for og behandling av rusmiddelmisbrukere. Fylkesmannen skal føre tilsyn med institusjoner inntatt på fylkeskommunal eller kommunal plan og med private in-

stitusjoner som ikke er tatt inn på offentlige planer. Fylkesmannen kan velge å føre tilsynet selv eller opprette tilsynsutvalg. Det viser seg at de fleste embeter har valgt å gjennomføre tilsynet selv. Hvis tilsynsutvalg er oppnevnt, har fylkesmannen et overordnet tilsynsansvar. I forskrifter til lov om sosiale tjenester m v kap 3 er tilsynsmyndighetens oppgaver nærmere beskrevet. Beboernes rettigheter og bruk av

tvang i institusjoner for omsorg og behandling av rusmiddelmisbrukere er nærmere omtalt i forskriftenes kap 5.

Formålet med tilsynet er å påse at lover og regelverk blir fulgt, og at beboerne får forsvarlig behandling og omsorg. Videre skal tilsynet påse at beboerne blir behandlet hensynsfullt og med respekt for den enkeltes integritet. Tilsynet skal ha sin oppmerksomhet rettet mot alle forhold som har betydning for beboernes trivsel, velferd og rettssikkerhet. Tilsynet skal besøke institusjonen minst 4 ganger pr år. Minst 2 av besøkene skal skje uanmeldt.

Lov om sosiale tjenester trådte i kraft 1. januar 1993. Rapporter fra fylkesmennene viser at bare ett av fire lovpålagte tilsynsbesøk var gjennomført i 1993. Dette skyldes først og fremst at tilsyn med institusjoner for rusmiddelmisbrukere var en ny oppgave for embetene. Det tok derfor noe tid å få organisert arbeidet. I 1994 fikk institusjoner for rusmiddelmisbrukere i gjennomsnitt 2,7 besøk. Når det gjelder tilsynsvirksomheten for 1995 har fylkesmennene/tilsynsutvalgene gjennomført totalt 452 tilsynsbesøk ved 147 institusjoner for rusmiddelmisbrukere, hvilket vil si at hver institusjon i gjennomsnitt fikk 3 tilsynsbesøk i 1995. Enkelte av embetene melder at utøvelsen av tilsynet krever store ressurser, men at de samtidig lærer mye av prosessen og at de får godt innblikk i tjenestene som ytes. Midler til tilsynsvirksomheten er f.o.m. 1997 overført til Planleggings- og samordningsdepartementet.

Sosial- og helsedepartementet har i samarbeid med Barne- og familiedepartementet, i 1996 satt i gang et utviklingsarbeid ved 4 fylkesmannsembeter for å få erfaringer med bruk av internkontroll i barneverninstitusjoner og i institusjoner for rusmiddelmisbrukere. Embetene i Østfold, Hedmark, Buskerud og Sør-Trøndelag er med i dette arbeidet. Målet for utviklingsarbeidet er å etablere internkontrollsystemer i institusjonene, samt utvikle tilsyns(revisjons)metoder som bidrar til å øke kvaliteten på fylkesmannens tilsynsarbeid. En av utfordringene vil være å utvikle ny tilsynsmetodikk, samtidig som beboernes rettssikkerhet blir ivarettatt på en best mulig måte. Planen er at arbeidet skal være avsluttet innen utgangen av 1997. Det vil da være naturlig å vurdere regelverket for tilsyn på nytt.

5.16 SPØRSMÅL OM BEHOVET FOR EN EGEN GODKJENNINGSORDNING FOR INSTITUSJONER FOR RUSMIDDELMISBRUKERE

Det er enkelte ganger reist spørsmål om behovet for en egen godkjenningsordning for institusjoner for rusmiddelmisbrukere.

Etter lov om sosiale tjenester m v har fylkeskommunen ansvar for etablering og drift av institusjoner med tilknyttete spesialisttjenester for omsorg og be-

handling av rusmiddelmisbrukere. I dette ansvaret ligger først og fremst at fylkeskommunen skal se til at det finnes tilstrekkelig antall institusjonsplasser i fylket, at institusjonene tilfredsstiller visse krav til hva et slikt tilbud skal inneholde og et økonomisk ansvar for at institusjonene drives på en forsvarlig måte. Dette ansvaret tilligger fylkeskommunen der den selv eier institusjonen eller har inngått avtale om drift av en privat eid institusjon. Man bør gå ut fra at fylkeskommunen også gjør en faglig vurdering av behandlingsinnholdet før en institusjon tas inn på plan eller før det kjøpes plasser utenom. Å innføre en godkjenningsordning vil kunne svekke ansvaret som er lagt til fylkeskommunen.

Det er ønskelig å bevare et mangfold av tiltak fordi misbrukerne har forskjellige omsorgs- og behandlingsbehov. Det er stor forskjell m h t bemanning, formell kompetanse og også materielle forhold mellom en moderne klinikk og f eks et evangeliesenter. Det ville bli vanskelig å utvikle enhetlige kriterier som kunne legges til grunn for vurdering av godkjenning utover de krav som allerede ligger i forskriftene.

Fylkesmannen er den instans som etter lov om sosiale tjenester fører tilsyn med institusjoner for rusmiddelmisbrukere, jf kap 5.15. Fylkesmannen fører også tilsyn med private institusjoner for rusmiddelmisbrukere. Ifølge forskriften om tilsynsvirksomheten skal fylkesmannen bl a påse at institusjonen drives i samsvar med gjeldende lover, forskrifter o s v, drives med forsvarlig bemanning og påse at den enkelte beboer får forsvarlig og respektfull behandling.

I tillegg til å satse på fylkesmennenes tilsyn, det nasjonale dokumentasjonssystemet, de regionale kompetansesentrene og økt evaluering av institusjoner for rusmiddelmisbrukere, vil Sosial- og helsedepartementet utarbeide forskrifter som skal sikre kvaliteten i behandlings- og rehabiliteringstiltak, jf kap 5.11. Slike forskrifter kan bli et nyttig instrument for fylkesmennenes utøvelse av tilsynet og også for fylkeskommunenes vurdering av de enkelte institusjonene. Disse tiltakene vil etter departementets mening på sikt heve kvaliteten på de tjenester institusjonene yter og være en bedre vei å gå enn å innføre en statlig godkjenningsordning som vil bryte ned de ansvarslinjer som er bygget opp.

5.17 FORSKNING OG KUNNSKAPS-UTVIKLING

Det foregår en relativt omfattende forskning innen rusmiddelfeltet. I tillegg til Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) er også andre samfunnsvitenskapelige forskningsmiljøer aktive innen dette feltet. Det gjelder eksempelvis Bergensklinikken som er engasjert i behandlingsforskning og NOVA (UNGforsk) som foretar til dels omfattende studier av rusmiddelmisbruk blant ungdom. Det er

også prosjekter innen flere av de regionale forskningsstiftelsene. I tillegg foregår det forskning innen de medisinske miljøene, eksempelvis ved Statens rettsstoksikologiske institutt og universitetene.

Det er åpenbart behov for mer pålitelige anslag for omfanget av det tunge misbruket. Dette er uttrykt ønskemål fra både forvaltning, forskning og politimyndigheter. Det vil blant annet være av interesse å få videreført analysen om misbruksutviklingen fram til 1989, som ble foretatt ved SIFA. Det ansees derfor som positivt at det er etablert et samarbeid mellom Oslo politikammer, Rusmiddeldirektoratet, SIFA og Politihøgskolens forskningsavdeling om å analysere eksisterende informasjonskilder og sette i gang prosjekter som kan gi mer systematisk kunnskap om hva som skjer. Narkotikapolitiet har i denne forbindelse blant annet tatt initiativ til å gjennomføre en ny undersøkelse om misbruk blant arrestanter. Dette samarbeidet bør utvides til også å omfatte Kriminalpolitisen som sitter inne med ulike typer data om narkotikasituasjonen på nasjonalt nivå. Det er ingen tvil om at et samarbeid der instanser med ulik kompetanse, systematisk og fortløpende analyserer data fra politi, behandling, rettsvesen og forskning, vil kunne bidra til å få et bedre bilde av utviklingen.

Norges forskningsråd (tidligere NORAS) har gjennom sin relativt omfattende satsing på forskning omkring narkotika- og rusproblematikk vært en viktig forutsetning for aktiv forskningsinnsats de siste ti år. Det første forskningsprogrammet - Forebyggen- de narkotikaforskning - kom i gang siste halvår 1986 og omfattet prosjekter innen områdene misbruksutvikling, kontrolltiltak, medias håndtering av narkotikaspørsmål og forebygging av narkotikaproblemer. Det ble satt i gang flere omfattende prosjekter som har gitt ny kunnskap om ulike sider ved narkotika- problemet. Eksempelvis startet UNGforsk en langtidsstudie som fremdeles pågår. Gjennom å følge en

gruppe unge fra ungdomsskolen inn i voksen alder, gir dette prosjektet viktig innsikt i hvordan forholdet til legale og illegale rusmidler utvikler seg over tid. Den såkalte «stikkmerkeundersøkelsen» av arrestanter ved Oslo politikammer i regi av SIFA har gitt viktig kunnskap om de etablerte sprøytemisbrukerne, og ble også finansiert gjennom midler fra dette programmet. Dette første forskningsprogrammet ble avsluttet i 1991, og ble etterfulgt av Rusmiddelforskningsprogrammet som ble avsluttet i 1995. I tillegg til at noen av de store prosjektene ble videreført ble det gjennomført flere prosjekter knyttet til ungdom og rusmidler, rusmiddelkultur og rusmiddeløkonomi i legale og illegale omsettingsmiljøer. Det ble videre gjennomført epidemiologisk basert forskning og behandlingsforskning. Evalueringen av forskningsprogrammet konkluderte med at programmet bør videreføres i perioden 1996-2000. I budsjettproposisjonen for 1996-97 foreslår Sosial- og helsedepartementet at følgende hovedområder prioriteres i en ny programperiode:

- Endring i forbruksmønsteret av rusmidler, bl a sett i lys av økt integrering i Europa
- Komparative studier av ulike kontrollformer vedrørende bruk og besittelse av narkotika
- Økt kommunalt ansvar for rusmiddelmisbrukere, med spesiell vekt på misbruksutvikling, forebyggende strategier og tiltak, samt tidlig intervensjon
- Legal og illegal rusmiddelmisbruk sett i sammenheng med arbeidsliv, livsstil og kriminalitet. Det bør fokuseres på marginaliserte grupper i befolkningen, spesielt innvandrerdømt i de store byene
- Behandlingsforskning som fokuserer på muligheten for bedre tilpassing mellom klienters behov og behandlingstiltakenes tilbud, og utnytter de muligheter for sammenhengende studier som er utviklet i forrige programperiode.

6 Tiltak for å begrense tilgjengeligheten

6.1 DET INTERNASJONALE SAMARBEIDET OG NORGES DELTAGELSE I DETTE

Et forpliktende samarbeid på globalt, europeisk og nordisk nivå vil være helt avgjørende for i hvilken grad samfunnet skal kunne lykkes i å redusere den ulovlige produksjonen og handelen med narkotika i årene som kommer. I mange tilfeller har slikt samarbeid gitt konkrete resultater. I Thailand lyktes for eksempel myndighetene, med internasjonal støtte fra bl a Norge gjennom FN, å redusere den ulovlige opiumproduksjonen drastisk. En rekke av de store narkotikabeslagene gjort i Norge skyldes et velfungerende, operativt toll- og politisamarbeid mellom norske og utenlandske myndigheter og de internasjonale politi- og tollorganisasjonene. Med de økende misbruksproblemene i Sentral- og Øst-Europa og i utviklingslandene, er det også behov for utveksling av kunnskaper og erfaringer om forebyggende tiltak og hjelpe- og behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere, og opplæring av personell.

Innenfor rammene av FN-systemet er det over år utviklet en rekke instrumenter som, fulgt opp av medlemslandene og det internasjonale samfunnet, er velegnete i bekjempelsen av narkotikaproblemene. Det gjelder i første rekke de tre konvensjonene som regulerer produksjon, omsetting og bruk av narkotiske stoffer. Narkotikakonvensjonen av 1961 har hovedvekten på stoffer som er naturprodukter eller framstilt av slike. Psykotropkonvensjonen av 1971 kom til som følge av det sterkt økende misbruket av syntetiske, vanedannende legemidler i 1960-årene, hvorav mange er nødvendige ved visse sykdomstilstander (barbiturater, benzodiazepiner, amfetamin). 1988-konvensjonen er særlig konsentrert om kontroll med internasjonal ulovlig handel, og utvider kontrollsystemet til også å omfatte handel med kjemiske substanser (basisstoffer) som brukes i framstilling av narkotika. Den første FN-konferansen på ministernivå om narkotikaproblemene, holdt i Wien i 1987, vedtok veiledende retningslinjer for en helhetlig narkotikapolitikk, og satte for første gang også behovet for etterspørselsreducerende tiltak på den internasjonale politiske dagsordenen. I 1990 vedtok Generalforsamlingen et globalt handlingsprogram, en plan for FN's samlede innsats mot narkotika, og å gjøre 1990-årene til FN's tiår mot narkotika med årlig markering 26. juni.

Norge har ratifisert de tre FN-konvensjonene, og etterlever konvensjonenes forpliktelser. Norge har helt siden tidlig på 1970-tallet vært en betydelig økonomisk bidragsyter til FN's arbeid mot narkotika. De fleste norskstøttede prosjektene har vært inte-

grerte distriktsutviklingsprosjekter som søker å skape alternative inntekter for bønder som dyrker opiumvalmuer. Norge har dessuten i mange år støttet ulike rusmiddelprosjekter gjennom bistandsarbeidet til frivillige organisasjoner. Kirkens Nødhjelp var således den første frivillige organisasjonen som ble godkjent av FN til å gjennomføre et norskfinansiert narkotikakontrollprosjekt i Thailand. FORUT har lenge drevet et rusmiddelinformasjonssenter i Sri Lanka som er blitt modell for lignende tiltak i bl a India og Tanzania. Senere har også Det Norske Totalavholdsselskaps Ungdomsforbund fått statlige midler til forebyggende tiltak i Sri Lanka. Blå Kors har etablert et behandlings- og rehabiliteringstiltak i Lesotho. På oppdrag fra Utenriksdepartementet holdt Rusmiddeldirektoratet i april 1996 en konferanse for å gjennomgå erfaringene fra de norskstøttede, rusmiddelrelaterte bistandsprosjektene og hvordan dette arbeidet kan videreutvikles. Konferansen viste at det ligger et ennå utnyttet potensiale i norske frivillige organisasjoner for større engasjement på dette området. Utenriksdepartementet og Sosial- og helsedepartementet har i 1996 gitt tilskudd til et globalt forebyggingsprogram i regi av UNDCP og WHO. Det er forutsatt at programmet skal gjøre nytte av den kompetanse som innehas av norske ungdomsorganisasjoner på området.

Gjennom deltakelse i bla FN's Narkotikakommisjon har det fra norsk side vedvarende vært pekt på viktigheten av:

- en balansert tilnærming til narkotikaproblemene, der restriktive kontrolltiltak integreres med tiltak for å redusere etterspørselen
- å se alkohol og narkotika i sammenheng når det gjelder tiltak for å redusere etterspørselen
- å gå imot tendenser til liberalisering av narkotikapolitikken og legalisering av narkotikamisbruk
- at hele FN-systemet engasjerer seg i alkohol- og narkotikaproblemene ved å integrere et rusmiddelperspektiv i egne virksomhetsplaner og aktiviteter
- bedre og mer effektiv samordning av den internasjonale innsatsen, for å forebygge dobbeltarbeid og få mer ut av de begrensede ressursene

Norge rettet oppmerksomheten mot rusmiddelproblemene også under FN's Sosiale toppmøte i København i mars 1995. Betydningen av innsats mot disse problemene er reflektert i den politiske erklæringen og handlingsplanen vedtatt i møtet.

Innenfor det internasjonale, operative politi- og tollsamarbeidet er ICPO/Interpol og Verdens tollorganisasjon (WCO) hovedelementene. Norge har siden 1931 vært medlem av Interpol, som er det vik-

tigste internasjonale samarbeidsorganet for norsk politi. Tre norske polititjenestemenn tjenestegjør ved Generalsekretariatet i Lyon. Norsk tollvesen er knyttet direkte til WCO's databaser. Et regionalt sambandskontor for Øst-Europa er plassert i Warszawa og konsentrerer oppmerksomheten mot narkotikatrafikk i landene i Sentral- og Øst-Europa. Norsk tollvesen har bistått WCO med instruktører til opplæringsprogrammer i narkotikakontroll for tolladministrasjonene i bl a Sentral- og Øst-Europa. ICPO/Interpol og WCO samarbeider om felles europeiske spesialkonferanser for politi/toll som holdes hvert annet år. Norsk tollvesen deltar også i det europeiske tollsamarbeidet gjennom WCO om informasjonsutveksling om narkotikasmugling. Det tas initiativ til felles europeiske tollkontrollaksjoner mot narkotikasmugling, og det er inngått bilaterale samarbeidsavtaler med en rekke land.

Innenfor den europeiske regionen foregår narkotikasamarbeidet forøvrig i det alt vesentlige gjennom Europarådet og Den europeiske union (EU). Europarådet har en egen samarbeidsgruppe om narkotikaspørsmål (Pompidougruppen) med 28 land og Kommisjonen i EU som medlemmer. Gruppen består av ministre med et særlig narkotikapolitisk ansvar; sosial-, helse-, justis- og/eller innenriksministre. Gruppen har siden 1990 vært ledet av Norge, ved sosialministeren, og skal ha sitt neste møte i Tromsø i mai 1997. Det gis høyest prioritet til å videreutvikle samarbeidet med landene i Sentral- og Øst-Europa, bl a gjennom teknisk bistand på en rekke ulike innsatsområder. Norge har innenfor Pompidougruppens rammer tatt initiativ til et etterutdanningsprogram for personell i Sentral- og Øst-Europa som arbeider med misbruksproblemer. Programmet gjennomføres i samarbeid med Europakommisjonen.

I traktaten om Den europeiske union, som trådte i kraft 1. november 1993, er kampen mot narkotika omtalt særskilt i de nye kapitlene om folkehelsen og det mellomstatlige samarbeidet om justissaker. Det europeiske råd har dessuten vedtatt å gjøre arbeidet mot narkotika til et område for felles handling også innenfor det utenriks- og sikkerhetspolitiske samarbeidet. Europakommisjonen la i juni 1994 fram forslag til en handlingsplan for EU-landenes innsats mot narkotika for perioden 1995-1999. Planen har tre hovedelementer; forebygging av narkotikamisbruk, reduksjon av ulovlig narkotikahandel og internasjonale samarbeidstiltak.

Et europeisk senter for overvåking av narkotikasituasjonen og misbruksutviklingen (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA) er etablert i Lisboa. Senteret blir etter alt å dømme viktig for utviklingen av en felles europeisk kunnskapsbase om narkotika og misbruksproblemer. Senteret skal samle, analysere og spre data, og utvikle sammenlignbare indikatorer for misbruksutviklingen. Senteret vil samarbeide med europeiske og internasjonale organisasjoner, herunder

Pompidou-gruppen, samt land som ikke er med i EU. Senterets statutter åpner for medlemskap for land utenfor EU. På denne bakgrunn ga sosialministeren i 1994 uttrykk for interesse for norsk deltakelse i senteret. Forhandlinger om et eventuelt medlemskap vil bli innledet i 1997.

Det Europeiske Råd vedtok i 1996 et femårig program for forebygging av narkotikamisbruk som en del av EUs folkehelseprogram. Norge tar sikte på å delta i programmet innenfor rammene av EØS-avtalen. Når en eventuell beslutning om dette er fattet av EØS-komiteen, vil spørsmål om godkjenning av beslutningen forelegges Stortinget som egen sak.

Det synes å være økende interesse blant toneangivende vestlige land for å prioritere narkotikaspørsmål høyere enn hva man hittil har vært kjent med i FN. USA trekker fram tre hovedområder i FN som må prioriteres høyere: terrorisme, ulovlig narkotika og kriminalitet. EU legger også særlig vekt på narkotikaspørsmål i sin oversikt over prioriterte områder. Også for disse landene synes det som om narkotika trekkes fram som ett viktig aspekt ved den stadig mer omfattende og transnasjonale kriminelle virksomhet som truer svake demokratiske regimer.

Det nordiske politi- og tollsamarbeidet (PTN) vil fortsatt stå sentralt i kampen mot narkotika. Gjennom PTN har Norge sammen med de andre nordiske landene utplassert narkotikasambandsmenn i en rekke land. Disse har som hovedoppgave å bistå de nordiske landene i aktuelle saker, og å være brobyggere i samarbeid med vertslandene i bekjempelse av internasjonal narkotikakriminalitet og annen type kriminalitet i de tilfeller vertslandene tillater dette. Gjennom deltakelsen i Interpol-, WCO- og PTN-samarbeidet har Norge ved flere anledninger vist seg som en viktig brikke i den internasjonale narkotikabekjempelsen. For å utnytte ressursene best mulig og bistå samarbeidspartnere i utlandet, ble politiets og tollvesenets samordningskontor (PTS) etablert i 1992. Kontoret er plassert ved Kriminalpolitisen (KRIPOS), og er tilgjengelig 24 timer i døgnet.

Nordisk kontaktmannsorgan for narkotikaspørsmål, etablert som et uformelt samarbeidsorgan i 1970, har siden 1990 vært en selvstendig komite under Nordisk Ministerråd, i hovedsak finansiert over ministerrådets budsjett. Hovedoppgaven har vært å utveksle informasjon og erfaringer om narkotikasituasjonen og tiltak. I tillegg har kontaktmannsorganet gjennomført en fellesnordisk handlingsplan mot narkotika for årene 1985-90 og et åttepunkts handlingsprogram for 1990-93. Organets virksomhet har nylig vært evaluert, og evalueringen danner grunnlaget for vedtatt plan for 1994-97.

Fra 1. januar 1997 er kontaktmannsorganet nedlagt som institusjon, men den videreføres som en tverrsektoriell embetsmannskomite direkte underlagt og ansvarlig overfor Ministerrådet. Komiteens mandat blir politisk og praktisk samråd, informasjons- og erfaringsutveksling, samt koordinering av

landenes synspunkter og innsatser i internasjonalt narkotikasamarbeid. Norge innehar formannskapet i den nordiske narkotikakomiteen i 1997.

Det er også etablert et nordisk forskningssamarbeid på rusmiddelområdet i regi av Nordisk nemnd for alkohol- og drogforskning.

Regjeringen vil fortsatt legge stor vekt på det nordiske og internasjonale samarbeidet mot narkotika-problemene ved å

- gi fortsatt støtte til prosjekter i FN's og Europarådets regi,
- integrere et rusmiddelperspektiv i det multi- og bilaterale bistandsarbeidet, og
- i egne proposisjoner til Stortinget foreslå norsk deltakelse i Schengensamarbeidet, EU's Folkehelseprogram (narkotikaforebyggingsdelen) og EU's Narkotikaovervåkingssenter.

6.1.1 Tollvesenets og politiets kontrollinnsats

Ifølge tollvesenets handlingsplan mot narkotika for 1990-årene skal tollvesenet gjennom kontrollvirksomheten prioritere å avdekke og forhindre inn- og utførsel av narkotika, utbytte ervervet ved narkotikakriminalitet, dopingmidler og kjemikalier som nyttes i ulovlig narkotikaproduksjon. Planen fokuserer på følgende strategier: omstilling, målretting, samarbeid, kompetanseheving og tekniske hjelpemidler.

Omstilling av kontrollvirksomheten er kommet langt. Det er tatt i bruk mobile enheter som prioriterer narkotikakontroll, men som også kan settes inn i andre oppgaver i trafikkontrollen. Fram mot år 2000 vil det bli arbeidet videre med å bygge opp en sterkere underretningstjeneste. Man vil ta i bruk analyse for å få sikrere grunnlag for å iverksette riktige kontrolltiltak og holde forsvarlig beredskap tilpasset trafikk-mønsteret på de aktuelle stedene. Dette vil ytterligere bedre utvelgelsen av de objekter som skal kontrolleres, slik at tollvesenet øker treffsikkerheten samtidig som den lovlige trafikken blir mest mulig uhindret.

Tollvesenets og politiets samarbeid fungerer godt, både sentralt og lokalt. Tollvesenets samarbeid med Sjøforsvaret er også høyt prioritert og er styrket gjennom etablering av Indre kystvakt. Kompetanseheving er gitt til en stor del av tjenestemennene i form av spesialkurs, hospitering og studiereiser. Behovet for kompetanse vil bli viet stor oppmerksomhet i tiden framover. Det er viktig at tollvesenet har moderne og tilstrekkelig tekniske hjelpemidler for å kunne drive effektiv kontroll. Øremerkete ekstrabevilgninger har gjort det mulig å heve standarden på det tekniske utstyret til et tilfredsstillende nivå. Dette er, sammen med romsligere driftsbudsjetter, vesentlige årsaker til de gode resultatene tollvesenet har oppnådd.

Også politiet gjennomfører en egen handlingsplan mot narkotika. Målene er å bidra til og redusere narkotikamisbruket, og å redusere antallet kriminelle handlinger som følger av misbruket. Innsatsen rettes mot å;

- hindre narkotika å komme til Norge,
- øke oppdagelsesrisikoen for produksjon, omsetning og misbruk av narkotika,
- bidra til reduksjon av etterspørselen gjennom forebyggende og holdningsskapende arbeid sammen med andre etater og organisasjoner, og
- å samordne innsatsen mot narkotika med innsatsen mot annen kriminalitet, herunder vinnings-, hverdags- og økonomisk kriminalitet.

Narkotikakriminalitet blir ikke anmeldt på samme måte som andre lovbrudd. Politiet må derfor selv avdekke narkotikaforbrytelsene. Dette stiller andre og ofte større krav til politiets innsats enn mer tradisjonell etterforskning, og etterforskningen blir ofte mer langvarig og ressurskrevende. En viktig avveining er om ressursene skal settes inn mot misbruksmiljøene eller mot profitørene. I Norge har politiet valgt å satse på et bredt spekter av tiltak mot hele kjeden, fra bakkmenn til misbrukerne på gateplan. Unngår man å satse på misbruksmiljøene, kan man risikere at det oppstår smitteeffekt i lokalmiljøene med økende rekruttering av misbrukere, bl a fordi mange misbrukere finansierer eget forbruk ved salg til andre.

Ved hvert politikammer og lensmannskontor er det kontaktmenn for narkotikasaker. Oslo politikammer yter faglig bistand til hele landet, og fører også et nasjonalt, sentralt narkotikaregister (NARKSYS). KRIPOS har viktige oppgaver med bl a å analysere narkotikabeslag, statistikkføring og samarbeid med andre land gjennom ICPO/Interpol. I tillegg er Den sentrale enhet for etterforskning og påtale av økonomisk kriminalitet og miljøkriminalitet (ØKOKRIM) trukket aktivt med i bekjempelsen av bakkmannsvirksomheten i nært samarbeid med Narkotikaseksjonen. Også Utrykningspolitiet er trukket med i narkotikabekjempelsen ved samarbeid med Narkotikaseksjonen og lokale politietterforskere. Det utveksles informasjon om kjøretøy og personer som kan settes i forbindelse med narkotikakriminalitet. Det sentrale samarbeidsorganet mellom politiet og tollvesenet fikk i 1994 utvidet sitt mandat til å omfatte all ulovlig import, eksport og transitt, og omfatter følgelig ikke lenger bare narkotikakriminalitet. Det er nedsatt arbeidsgrupper på de ulike innsatsområdene som bl a omfatter narkotika, ulovlig spritomsetning og ulovlig pornografi. Justisdepartementet har nedsatt et utvalg som i løpet av første halvår 1997 skal avgi innstilling om ekstraordinære etterforskningsmetoder. Stortinget vil bli forelagt eventuelle forslag om utvidet adgang til å nytte slike metoder, som egen sak.

6.2 LIBERALISERINGSDEBATTEN

Helt siden narkotikamisbruket oppsto som et ungdomsproblem rundt midten av 1960-tallet, har samfunnets reaksjoner og forsøk på å bekjempe misbruket vært gjenstand for debatt. Kritikken mot den restriktive politikken har kommet fra ulikt hold og med ulik begrunnelse.

Det blir hevdet at narkotiske stoffer ikke er så farlige som myndighetene framstiller dem, og at det snarere er slik at enkelte stoffer er mindre skadelige og avhengighetsskapende enn aksepterte rusmidler som alkohol og tobakk, og at samfunnets reaksjoner følgelig ikke er farmakologisk eller medisinsk, men politisk begrunnet. Det hevdes også at de kriminaliserte og utstøtte narkotikamisbrukerne er blitt politisk nyttige fordi oppmerksomheten kan rettes mot dem og ikke mot de samfunnsmessige og sosiale forhold som har forårsaket misbruket. Et slikt syn har imidlertid vunnet relativt liten forståelse. Narkotika-problemene har tvert i mot ført til at man har lagt større vekt på tiltak for å bedre ungdoms oppvekstsvilkår og forebygge sosiale problemer.

Liberaliseringsdebatten skjøt for alvor fart i USA rundt midten av 1980-tallet. Flere framtrepende opinionsdannere og akademikere tok til orde for liberalisering av narkotikapolitikken. Argumentasjonen er dels økonomisk, dels ideologisk forankret. I tråd med liberalistisk tradisjon legges det vekt på individets rett til å treffe sine egne valg, selv om disse er selvdestruktive. Videre blir det framholdt at den «War on Drugs» som på 1980-tallet ble erklært av amerikanske styresmakter, legitimerer en statlig makt og inngripen i den individuelle, private sfære, som er uakseptabel. Resultatene av innsatsen står heller ikke i forhold til de store offentlige midler som blir satt inn i kampen mot narkotika, hevder noen. Kampen mot narkotika påstås med andre ord å være for kostbar. En legalisering eller nedtrapping av den offentlige kontrollinnsatsen vil kunne redusere prisen på narkotiske stoffer. Det hevdes at dette ikke bare vil redusere fortjenesten for narkotikahandlerne og dermed incentivene for å forsyne markedet med stoff, men at det også vil redusere den del av vinningskriminaliteten som er et resultat av de høye prisene på narkotika.

Kritikken mot den eksisterende narkotikapolitikken er også kommet fra annet hold - en kritikk som ikke først og fremst er ideologisk basert, men snarere preget av pragmatisme. Noen samfunnsforskere og jurister har reist tvil om det strafferettslige kontrollsystemets effektivitet når det gjelder å hindre misbruk. Det reises spørsmål ved om ikke kontrollsystemet skaper større problemer enn det løser. Problemene eller skadene kontrollsystemet medfører, betegnes gjerne «kontrollskader». Disse hevdes å kunne være vel så alvorlige som de medisinske og sosiale skadene som følger av selve rusmiddelmissbruket.

Det pekes videre på at kontrollskadene kan anta

mange former. Det forhold at stoffene er illegale hindrer kvalitetskontroll. Stoffenes styrke- og renhetsgrad kan dermed variere, noe som igjen kan føre til forgiftninger og overdoser. Mangel på informasjon om sprøytebruk og hygiene kan føre til betenninger og spredning av smittsomme sykdommer. Det hevdes at de høye prisene som et resultat av kontrollpolitikken, tvinger misbrukerne til vinningskriminalitet, prostitusjon eller til selv å selge narkotiske stoffer, og dermed bidrar til å utvide markedet. Terskelen for å oppsøke hjelpeapparatet kan bli høyere som en følge av at også selve misbruket i mange land er kriminalisert. Marginaliseringen som følger av kriminaliseringen kan tvinge misbrukerne inn i en asosial tilværelse og vil kunne forsterke antisosiale holdninger. Misbrukerne stemples som avvikere, noe som vil kunne vanskeliggjøre tilbakeføring til en rusfri tilværelse. Ved ikke å skille, i juridisk forstand, mellom de ulike narkotiske stoffers styrke og avhengighetsskapende egenskaper, blir overgangen fra såkalte svake til sterke stoffer lettere for den enkelte misbruker, hevdes det.

De liberalistiske ideene der individets valgfrihet og en reduksjon av offentlige utgifter blir vektlagt sammen med en tro på at markedskreftene best kan regulere også narkotikamarkedet, noe som bl a har preget debatten i USA, har hatt liten grobunn i Norge. Til det er våre politiske, sosiale og kulturelle tradisjoner for ulike. I den internasjonale debatten fokuseres det ofte ensidig på vektlegging av kontrolltiltakene, kombinert med bruk av militære metaforer og terminologi. Dette kan medføre at «slaget» eller «krigen» betraktes som tapt dersom de forventede positive resultatene uteblir. Resignasjon, «kapitulering», eller i praksis forslag om vidtgående liberalisering, framstår da lett som konsekvensen.

Også i Norge blir det reist kritiske røster mot sider av vår narkotikapolitikk. Generelt sett har det likevel hersket høy grad av tverrpolitisk enighet på området. Norsk narkotikapolitikk har alltid bygget på en helhetlig tilnærming der kontrollpolitikken inngår i en felles strategi med etterspørselsreducerende tiltak. Utgangspunktet har vært at en effektiv kontrollpolitikk bare er mulig og troverdig dersom man samtidig satser på et velutbygd behandlingsapparat og forebyggende arbeid. Samtidig er en konsekvent kontrollpolitikk avgjørende for effekten av det forebyggende arbeidet.

Et viktig forebyggende tiltak overfor rusmiddelmissbruk er å hindre at middelet er tilgjengelig, og i denne sammenheng står kontrollpolitikken sentralt. Funn fra alkoholforskningen slår fast at det er en sammenheng mellom tilgjengelighet og forbruk. Blir prisene på narkotiske stoffer redusert, og narkotika også på andre måter lettere tilgjengelig, er det god grunn til å tro at forbruket vil øke. Fra alkoholforskningen vet vi også at antall problemkonsumenter varierer med totalforbruket i samfunnet. Selv om enkelte ved en liberalisering vil kunne prøve narko-

tiske stoffer og likevel klare å fungere i samfunnet, vil antallet misbrukere som faller utenfor trolig øke.

Vi må selvsagt kontinuerlig veie fordelene og ulempene ved kontrollpolitikken. De mest vidtgående kontrolltiltakene vil i uakseptabel grad krenke den enkelte borgers private sfære. De politiske omveltninger som i de senere år har funnet sted i en rekke land, ikke minst i Sentral- og Øst-Europa, har fokusert hvor viktig denne balansegangen er. Dette er land som alle står overfor faren for å utvikle betydelige narkotikaproblemer - problemer som ikke unngås uten betydelig kontrollpolitisk innsats. Samtidig er dette land som etter årtier med totalitære styresett kan ha liten legitimitet i befolkningen for å iverksette kontrollpolitiske tiltak. Den internasjonale erfaringsutveksling og bistand, også når det gjelder lovutvikling, er her av avgjørende betydning.

Det blir hevdet at den narkotikarelaterte vinningskriminaliteten vil avta dersom prisene på narkotiske stoffer ble redusert som en følge av liberalisering. Vinningskriminaliteten er imidlertid avhengig av etterspørsel etter stjalne varer i et illegalt marked. Så lenge denne etterspørselen finnes vil det trolig også være et tilbud. Gitt at misbruket av narkotika vil øke vil også annen narkotikarelatert kriminalitet som vold og annen asosial atferd, tilta. På lang sikt er det derfor tvilsomt om en liberalisering vil ha positive virkninger m h t kriminalitet. Store deler av den narkotikarelaterte vinningskriminaliteten begås av en liten gruppe tunge misbrukere. En delvis legalisering, f eks av marihuana og hasj, som først og fremst vil få betydning for de som bruker disse stoffene i begrenset omfang, vil dermed neppe ha noen særlig positiv effekt for vinningskriminaliteten. Snarere vil økt bruk av disse stoffene kunne føre til økt rekruttering til de harde misbruksgruppene, og derigjennom øke kriminaliteten.

Ut fra antakelsen om at overgangen fra «svake» til «sterkere» stoffer i større grad skyldes sosiale faktorer enn rent fysiologisk tilvenning, har man i Nederland tillatt salg av mindre mengder cannabis i såkalte «coffee-shops». Hensikten var å skille markedene for «svake» og «sterke» stoffer. Det umiddelbare resultatet var at etterspørselen etter marihuana økte kraftig. Det viste seg også at sterkere stoffer ble omsatt i mange «coffee-shops», og en rekke av dem er blitt stengt av denne grunn. Kriminelle interesser har nå overtatt en stor del av omsetningen i «coffee-shops». Nederland har da også varslet en innstramning, både m h t antall og kontroll av virksomheten. Et åpenbart dilemma for nederlandske myndigheter er forøvrig at de kun aksepterer omsetting av små kvanta, mens de mange «coffee-shops» må kjøpe inn større mengder.

Mangelen på praktiske, organisatoriske løsninger ved en eventuell liberalisering har preget debatten. Hvilke stoffer skal eventuelt legaliseres? Hvilken styrkegrad skal disse stoffene ha? Hvordan skal stoffene fremskaffes? Hvordan skal de omsettes? Skal

salg bare skje til etablerte misbrukere, og hvem skal eventuelt definere denne gruppen? Skal det være aldersgrenser? Det vil alltid være grobunn for et ulovlig marked parallelt med et eventuelt offentlig godkjent. Denne mangel på praktisk tilnærming har vært med på å befeste inntrykket av at debatten langt på vei har vært en akademisk øvelse. Når debatten nå synes å ha fått ny styrke, har det flere årsaker. Den stadig sterkere økonomiske, politiske og sosiale integrasjon, bl a ved en nedbygging av grensekontrollen, har synliggjort det gjensidige avhengighetsforholdet mellom landene på dette området. Den narkotikapolitikken det enkelte land fører har betydning utover landets egne grenser. De narkotikarelaterte problemene er blitt større og mer synlige. HIV og AIDS har bragt en ny og skremmende dimensjon til et allerede alvorlig samfunnsproblem. Nye aktører er kommet på banen. Lokalpolitikere, representanter fra behandlingsapparatet, påtalemyndighetene og politiet føler stadig større grad av maktesløshet og frustrasjon. Mange opplever et sprik mellom det de betrakter som de sentrale myndigheters retorikk og egen hverdag.

Med utgangspunkt i en konferanse om «harm reduction» eller «skadereduksjon» som ble avholdt i Liverpool i 1990, spredte debatten seg til andre storbyer i Europa, og førte til dannelsen av «European Cities at the Centre of Illegal Trade in Drugs». Bevegelsen avholdt sin første konferanse i Frankfurt samme høst, hvor den såkalte Frankfurteresolusjonen ble undertegnet av representanter fra Amsterdam, Frankfurt, Hamburg og Zürich, alle storbyer med betydelige misbruksproblem. Resolusjonen krever fullstendig legalisering av cannabis, avkriminalisering av besittelse av små mengder av andre narkotiske stoffer, og omfattende lavterskeltilbud av metadon samt forsøk med forskrivning av andre stoffer. Etterhvert har en rekke storbyer, også utenfor Europa, sluttet seg til resolusjonen. Også andre organisasjoner er etablert med sikte på å fremme en mer liberal narkotikapolitikk, deriblant «The International League Against Prohibition», som også har hatt medlemmer i Europaparlamentet.

Det finnes imidlertid motkrefter. Nasjonale, europeiske foreldre- og pårørendeforeninger har slått seg sammen og dannet «Europe Against Drugs» (EURAD). Stockholm kommune tok i 1993 initiativ til å danne «Cities Against Drugs» som en motvekt til storbysamarbeidet i retning av liberalisering. En rekke byer har sluttet seg til initiativet, bl a Berlin, Budapest, Dublin, Gøteborg, Helsinki, København, Liverpool, London, Madrid, Malmø, Moskva, Paris, Reykjavik, Roma, Wien og Oslo. I internasjonale fora for samarbeid på regjeringsnivå, avvises enhver liberalisering. FNs narkotikakontrollråd (INCB) har gjentatte ganger pekt på at liberalisering vil være et brudd på medlemslandenes forpliktelser i forhold til FN-konvensjonene på området. Den vil også øke misbruket og dermed være umoralsk, ifølge INCB.

Pr 1. november 1995 hadde 153 stater undertegnet FNs 1961-konvensjon som regulerer de «tradisjonelle» narkotiske stoffene. Konvensjonen gjør alle signatarlandene folkerettslig forpliktet til å forby ulovlig produksjon, omsetting, besittelse og ikke-medisinsk bruk av stoffer som cannabis, heroin og kokain. Et uformelt forslag fra Nederland, framsatt i FNs Narkotikakommisjon, om å revidere konvensjonen med henblikk på at den ikke lenger skal regulere cannabis, vakte massiv motstand. Nederland har forøvrig ikke legalisert omsetting av cannabis, slik det enkelte ganger kan gis uttrykk for i debatten. Omsettingen er nedkriminalisert, slik at politiet i praksis har akseptert besittelse av inntil 30 g cannabis til eget bruk, selv om dette fremdeles er formelt ulovlig. Denne grense ble forøvrig senket til 5 g i 1996.

Verken FN-konvensjonen av 1961 eller de to andre FN-konvensjonene på området (1971, 1988) krever at signatarlandene skal strafferettsforfølge stoffmisbrukere. Landene kan selv innføre alternativer til fengselsstraff, som for eksempel behandling og rehabilitering. Italia og Spania har valgt å åpne for slike «administrative sanksjoner» som alternativ til fengsel. Dersom en misbruker fengsles, er det på bakgrunn av mistanke om eller dom for kriminelle handlinger som følger av misbruket, herunder omsetting av narkotika. Både Italia, Spania og Nederland har investert betydelige ressurser i tiltak mot bl.a. den organiserte, ulovlige omsettingen av narkotika. Italia er forøvrig den klart største bidragsyter til FNs narkotikaprogram (UNDCP).

Europaunionen har de siste årene fått økt kompetanse på narkotikaområdet. I Maastricht-traktaten understrekes Unionens ansvar på folkehelseområdet (art 129). Innsats mot narkotikamisbruk blir her trukket fram som et prioritert område. Den vedtatte Europeiske handlingsplan mot narkotika (1995-1999) framhever behovet for økt koordinering og styrket innsats. Handlingsplanen inneholder ikke signaler i retning av liberalisering. Europaparlamentet har ved flere anledninger behandlet resolusjonsforslag om en viss liberalisering av narkotikapolitikken. I 1995 ble ett av disse vedtatt med knapp margin. Resolusjonen har imidlertid ikke bindende virkning overfor Rådet eller Kommisjonen. Europaparlamentet har forøvrig også oppfordret til økt samarbeid på narkotikaområdet. Rådet vil vurdere om en viss harmonisering av medlemsstatenes lovgivning kan bidra til å redusere narkotikamisbruket. Den frie flyt av varer og personer, ikke minst mellom Schengen-landene, har synliggjort mulige negative effekter av ulik lovgivning, og nødvendiggjort kompenserende tiltak som informasjonsutveksling og økt samarbeid. Den innstramming av politikken som har funnet sted i Nederland, kan trolig delvis ses på som et resultat av press fra europeiske naboland. En utvikling mot harmonisering av narkotikapolitikken vil etter alt å dømme forhindre enkeltland i å foreta politiske kursendringer i mer liberal retning.

De narkotikapolitiske virkemidlene vi velger vil ofte måtte være et kompromiss mellom hensynet til de langtkomne misbrukerne og ønsket om å hindre nyrekruttering. Liberalisering vil antagelig kunne gjøre det lettere for de langtkomne misbrukerne som verken er motivert for eller i stand til å nyttiggjøre seg det eksisterende behandlingsapparat, å fortsette sitt liv som misbrukere. Samtidig er det mye som taler for at liberalisering vil føre til økt rekruttering. Norsk politikk forsøker så langt som mulig å forene disse hensyn. En helhetlig narkotikapolitikk vil derfor også måtte omfatte tiltak overfor den gruppen av de mest utslitte og langtkomne misbrukerne som faller utenfor ordinære tiltak.

6.3 DEN ØVRE STRAFFERAMMEN FOR GROVE NARKOTIKAFORBRYTELSE

Norge har ført, og fører i vesteuropeisk sammenheng en restriktiv narkotikapolitikk. Et uttrykk for dette er at strafferammene er hevet etterhvert som tilførselen av narkotika har økt og nye, farligere stoffer er introdusert. I 1964 ble maksimumsstraffen for narkotikaforbrytelser skjerpet fra 6 måneder til 2 år og i 1968 til 6 år. I 1972 ble den hevet til fengsel i inntil 10 år, og i 1981 til fengsel i inntil 15 år. Ved lovendring i 1984 ble straffelovens § 162 totalrevidert, og strafferammen for det strengeste alternativet fastsatt til 21 år. Hevingen av strafferammen i 1984 tok sikte på å fange opp de groveste sakene som man fryktet å få, - og som man siden også har fått -, ikke primært å heve det generelle straffenivået.

Det er gjennom domstolspraksis etablert et strengt straffenivå for narkotikakriminalitet. Allmennpreventive hensyn veier tungt i disse sakene. Straffen er ment å virke avskrekkende slik at tilgjengelighet og misbruk reduseres. Straffastsettelsen beror i stor utstrekning på hvilket stoff og kvantum det er tale om. Befatning med omlag 75 kg cannabis, 2 kg amfetamin og 1 kg heroin gir 7 - 9 års fengsel. Befatning med ca 1 kg cannabis, 30 gram amfetamin eller 10 gram heroin fører vanligvis til fengsel fra 8 måneder til 1 år. I straffeutmålingen legges det også vekt på hvilken befatning siktede har hatt med stoffet. Dreier det seg om innførsel eller omsetting, er gjerne bedømmelsen streng. Personlige forhold er tradisjonelt tillagt mindre vekt, men praksis viser at slike omstendigheter i særlige tilfeller kan få avgjørende betydning. Ved mindre grove overtredelser reageres det ikke sjelden med betinget fengsel under henvisning til at siktede er inne i en gunstig utvikling. Rehabiliteringshensyn synes videre å være det viktigste momentet for bruk av samfunnstjeneste i slike saker.

For å gjøre bildet av norsk straffutmålingspraksis mer fullstendig, bør det tilføyes at denne praksis er blitt til dels vesentlig mildere de siste 20 år. Det er ikke vanskelig å finne saker pådømt i 1970-årene, som med tilsvarende grovhetsgrad i dag ville ha gitt nær halvparten i straff. Dette har flere årsaker. Både

politiet og tollvesenet satser betydelige ressurser i narkotikabekjempelsen, og er blitt dyktigere og mer effektive enn før. Resultatet er flere og større beslag av stoff. Antallet grove saker, hvor de impliserte befatter seg med stoffmengder i en størrelsesorden man tidligere ikke har hatt erfaring med, er dermed økende. Når de pådømte forhold blir stadig grovere, målt i kvantum og stofftype, medfører nok dette over tid en viss reduksjon i straffnivået for samme forgåelse.

Kritikerne av den høye, øvre strafferammen hevder at den har begrenset allmennpreventiv effekt, og at f eks en halvering av straffnivået neppe ville få påviselige virkninger for tilgjengeligheten og misbruket av ulovlige narkotiske stoffer. Det vises til at det norske straffnivået er, både absolutt og relativt, uforholdsmessig høyt i vesteuropeisk sammenheng. Det framholdes også at straffene for narkotikaforbrytelser ikke står i rimelig forhold til straffene for andre typer forbrytelser, som ulovlig innførsel og omsetting av alkohol, grove voldsforbrytelser, økonomisk kriminalitet og miljøkriminalitet. Noen mener at det høye straffnivået bidrar til høye priser på det norske narkotikamarkedet, og at de høye prisene gjør det attraktivt for organisert kriminalitet å satse på ulovlig tilførsel til og omsetting av narkotika i Norge. Hensynet til de domfelte oppgis også som et argument for å senke straffene. Det er også slik at lange fengselsopphold kan bidra til at den innsatte både helsemessig og sosialt er dårligere rustet til å greie seg på lovlydig vis etter løslatelsen. Også ressursbelastningen på politiet og fengselsvesenet angis av kritikerne som en viktig grunn til å idømme lave straffer.

Det kan følgelig reises spørsmål om det norske

straffnivået ved narkotikakriminalitet er for høyt. Man kan likevel ikke se bort fra at den konsekvent restriktive narkotikapolitikken som har vært ført og føres i Norge, herunder strenge straffer, har bidratt til å opprettholde folks negative holdninger til tilgjengeligheten av narkotika og til narkotikamisbruk. Rettshåndhevelsen kan sann sett sies å ha hatt en allmennpreventiv effekt. En merkbar reduksjon i straffnivået vil kunne oppfattes som et uheldig signal fra myndighetenes side i en situasjon som ikke innbyr til en mer aksepterende holdning overfor ulovlig handel med narkotika. Det er også mye som tyder på at i land med en mer liberal narkotikapolitikk, som i en årrekke har hatt et langt mildere straffnivå enn i Norge, har både tilgjengeligheten av narkotika vært større og antallet misbrukere vesentlig høyere. I de tilfellene der de domfelte selv er misbrukere, bør det satses på å sette igang rehabiliteringstiltak under straffefullbyrdelsen, jf kap 5.8.

Regjeringen vil videreføre en helhetlig narkotikapolitikk der kontrolltiltak både mot misbruksmiljøene og den ulovlige handelen på alle nivåer har en viktig plass. Samtidig vil Regjeringen styrke arbeidet med å forebygge misbruk, og å gi rehabilitering, behandling og omsorg til misbrukere, herunder misbrukere som sitter i fengsel.

Regjeringen vil, etter en samlet vurdering, ikke gå inn for en senking av den øvre strafferammen for grove narkotikaforbrytelser nå. Straffelovkommisjonen arbeider med en total revisjon av straffelovgivningen. Kommisjonen vil vurdere strafferammene for alle lovbrudd. Når kommisjonens samlede vurdering foreligger, vil Regjeringen vurdere også den øvre strafferammen for grove narkotikaforbrytelser på nytt.

7 Dopingmisbruk

Dopingmidler ble på 1960-tallet introdusert i norske idrettsmiljøer, i første rekke innen styrkeidretter som vektløfting og kroppsbygging. Etterhvert som nye medikamenter er blitt introdusert, har dopingbruken spredt seg til utholdenhetsidretter. Mens misbruket tidligere i all hovedsak var knyttet til den organiserte idretten, har man nå avdekket et betydelig misbruk også utenfor den organiserte idretten. Politiet rapporterer at misbrukerne blir stadig yngre, og at blandingsmisbruk med narkotika er blitt vanlig i enkelte ungdomsmiljøer. Det er gjort flere beslag av ecstasy og amfetamin sammen med beslag av dopingmidler.

Det synes klart at det finner sted et stadig økende misbruk av dopingmidler, og at dette har alvorlige negative konsekvenser. Det økende misbruket i miljøer utenfor den organiserte idretten, er også bekymringsfullt. Det økende misbruket gjenspeiles i beslagstallene. I 1995 ble det totalt beslaglagt 181.357 enheter med dopingmidler, mot 76.346 året før.

De mest anvendte dopingmidlene er preparater som stimulerer sentralnervesystemet, vevsoppbyggende preparater (som androgene anabole steroider) og blodddoping. Bruken av dopingpreparater kan ha alvorlige helsemessige konsekvenser, som leverskader, fare for hjerte- og karsykdommer, hormonforstyrrelser og psykiske lidelser. Politiet frykter at blandingsmisbruket vil føre til en økning i antall voldstilfeller.

Innenfor idretten har det i mange år vært arbeidet mot dopingmisbruk. Betydelig innsats er nedlagt i det forebyggende arbeidet og i forsknings- og dokumentasjonsvirksomhet. Det er likevel kontrollvirksomheten som er det viktigste virkemiddel. Norges idrettsforbund har hovedansvaret for dette arbeidet.

Også det internasjonale samarbeidet skjer i hovedsak mellom idrettsorganisasjonene. Norske myndigheter er likevel involvert, bl a gjennom arbeidet i Europarådet og i den såkalte sekslandsgruppen, bestående av Australia, Canada, Frankrike, New Zealand, Storbritannia og Norge.

Straffeloven § 162 b, som trådte i kraft 1. juli 1993, har gjort det straffbart å tilvirke, innføre, utføre, oppbevare, sende eller overdra dopingmidler. Statens helsetilsyn gjør løpende vurderinger av behov for oppføring av nye stoffer på den særskilte dopinglisten til forskrift av 30. april 1993 med hjemmel i straffeloven § 162 b om hva som skal regnes som dopingmidler.

Det finnes ingen formalisert kontrolltaking utenfor den organiserte idretten. Slik kontrollvirksomhet vil være et lite effektivt virkemiddel fordi det ikke finnes obligatoriske sanksjoner for bruk av dopingmidler utenom medlemsorganisasjonene i Norges Idrettsforbund. På denne bakgrunn vil Regjeringen få utredet forutsetningene for og konsekvensene av en eventuell kriminalisering av bruken av dopingmidler.

Regjeringen vil videre formalisere det uformelle kontaktutvalget mellom myndighetene og idretten, som i dag består av følgende instanser: Kulturdepartementet, Forsvarsdepartementet, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Justisdepartementet, Statens helsetilsyn (som representant fra Sosial- og helsedepartementet), Forsvarets overkommando, Toll- og avgiftsdirektoratet, Norges Idrettshøgskole, Aker Hormonlaboratorium og Norges Idrettsforbund.

8 Administrative og økonomiske konsekvenser

Forslagene i meldingen har ingen vesentlige administrative og økonomiske konsekvenser. Tiltak for rusmiddelmisbrukere er i medhold av lov om sosiale tjenester et kommunalt og fylkeskommunalt ansvar. Eventuelle administrative og økonomiske konsekvenser for kommunene av endringer av sosialtjenesteloven, bl a med sikte på å gi pårørende rett til å kreve undersøkelse med henblikk på eventuelt tvangsvedtak, vil bli vurdert i forbindelse med lovarbeidet. Et eventuelt forslag om ekstraordinære statlige tilskudd til en handlingsplan for forebyggede rusmiddelarbeid, program for styrking av første-

linjetjenestens arbeid med rusmiddelproblemene, og metadonbehandling vil bli vurdert i forbindelse med arbeidet med statsbudsjettet for 1998.

Sosial- og helsedepartementet

tilråar:

Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 14. februar 1997 om narkotikapolitikken blir sendt Stortinget.

Vedlegg 1

Globaliseringen av den ulovlige produksjonen, handelen med og misbruket av narkotiske stoffer

1. GLOBAL PRODUKSJON OG BESLAG AV DE VIKTIGSTE NARKOTISKE STOFFER

1.1 Opium (heroin)

Figur 1 gir et bilde av henholdsvis produksjon og beslag av opium på verdensbasis slik det rapporteres fra FN. Opium har tradisjonelt vært dyrket i to regioner:

- Sørøst-Asia («Det gyldne triangel»), bla i Thailand, Myanmar og Laos, og
- Sørvest-Asia («Den gyldne halvmåne»), særlig Pakistan og Afghanistan.

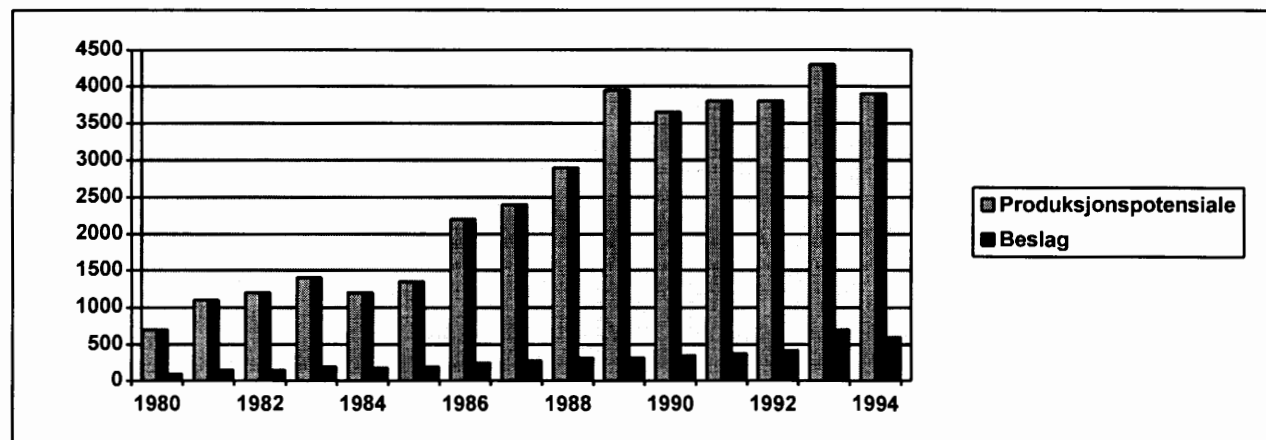
I de senere år har også Latin-Amerika, i første rekke Colombia og Mexico utviklet seg til å bli betydelige opiumsprodusenter. Opium kan i dette området, i motsetning til i Asia, høstes flere ganger årlig. At opium nå også dyrkes i Latin-Amerika viser at dagens produksjon av narkotiske stoffer langt på vei er løsrevet fra de kulturelle tradisjoner og utelukkende er styrt av økonomiske interesser. Dette er

samtidig en illustrasjon av globaliseringen av narkotikaproduksjonen. Forøvrig foreligger rapporter om ulovlig opiumsproduksjon også i enkelte sentral-asiatiske stater foruten i Kina.

Opium blir som hovedregel foredlet til heroin i disse regionene. Heroin har større markedsverdi pr vektenhet, og dette reduserer dermed kostnadene og risikoen ved smugling til misbruksmarkedene. Siden begynnelsen av 1980-årene har det skjedd en kraftig vekst i opiumsproduksjonen. Størst har økningen vært i Myanmar, Afghanistan og Colombia.

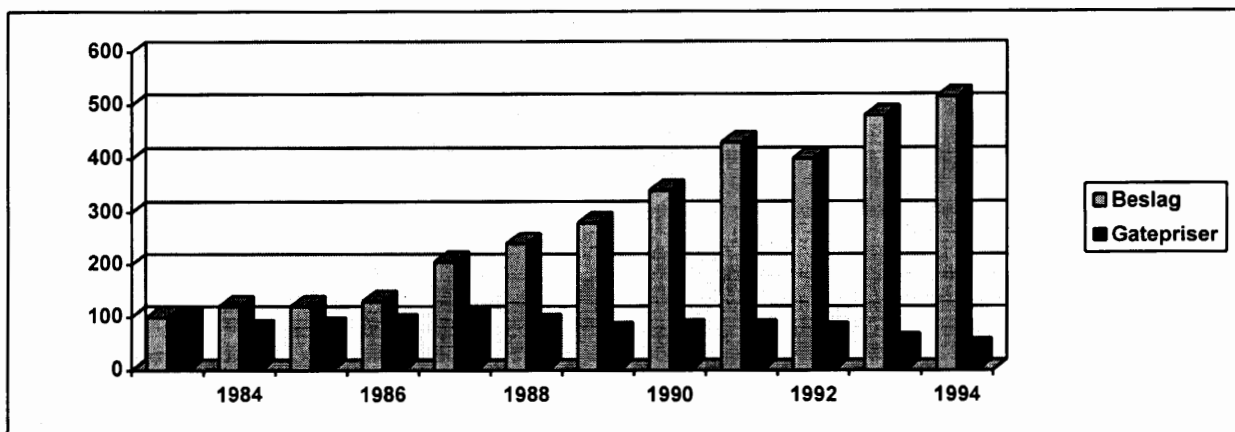
Europa er viktigste mottakerregion for heroinsmuglingen. Tyrkia er trolig det viktigste transittland for heroin fra Sørvest-Asia til Europa, mens Vest-Afrika-regionen benyttes som transittland for heroin fra Sørøst-Asia primært til Nord-Amerika, men også til Europa. Sentral- og Øst-Europa (inkl enkelte SUS-stater) framstår som et stadig viktigere transittområde for heroin fra Asia til Vest-Europa. Figur 2 viser at mens beslagene i Europa er mer enn femdoblet fra begynnelsen av 1980-årene frem til 1994, er gateprisen i samme tidsrom halvert.

Figur 1: Opium: Global, illegal produksjon og beslag i tonn 1980-94, heroin og morfin omregnet til opiumsekvivalenter.



Kilde: FN

Figur 2: Heroin: Beslag og gatepriser i Europa 1983-94 (1983 = 100).



Kilde: FN

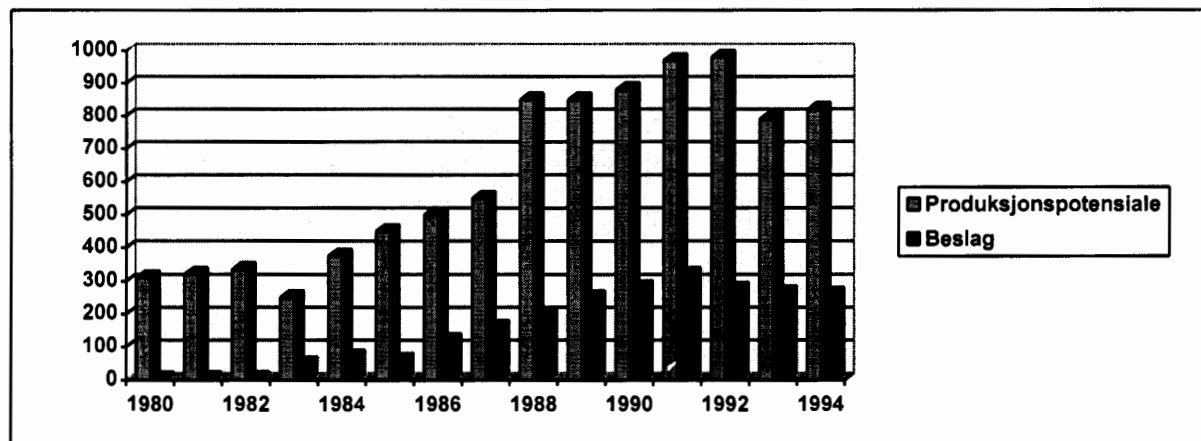
1.2 Kokain

Koka-blader blir utelukkende dyrket i Latin-Amerika. Anslagsvis 50% av den totale produksjon finner sted i Peru, mens Bolivia og Colombia produserer nær 25% hver. Tradisjonelt har foredling til kokain hovedsaklig funnet sted i Colombia. I stadig større grad skjer foredling også i Peru og Bolivia. Dels skyldes dette at fortjenesten er større ved eksport av foredlet vare (kokain). Dels skyldes det skjerpet grensekontroll mellom landene i regionen. Hovedtyngden av kokainet smugles til Nord-Amerika. I 1994 ble 290 tonn kokain beslaglagt totalt. Bare ti prosent av dette ble beslaglagt i Europa. De colombianske myndigheters arrestasjon av Cali-kartellets

ledere og Medellin-kartellets sammenbrudd kan forhåpentligvis vise seg å få varige effekter for kokainproduksjonen. Ifølge Verdens tollorganisasjon (WCO) var beslagene i de første 8 måneder i 1995 26% lavere enn i tilsvarende periode i 1994.

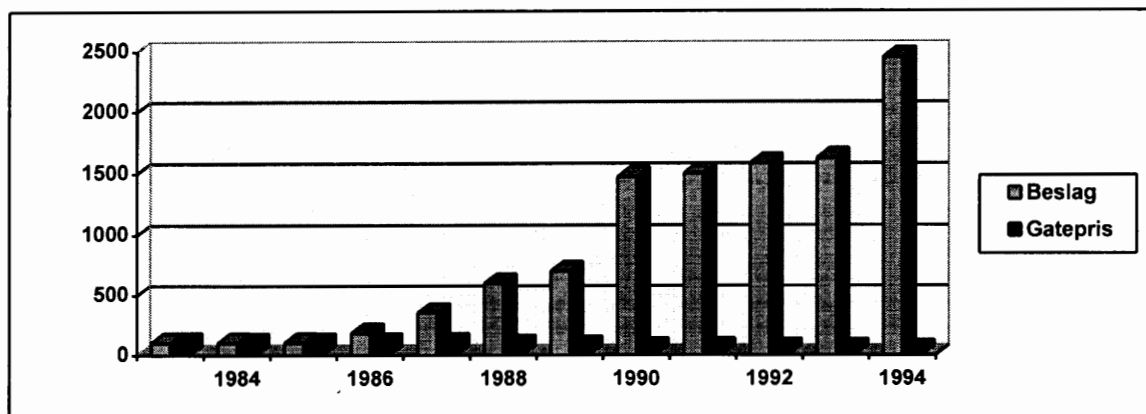
Det er etablert en rekke smuglerruter fra ulike Latin-Amerikanske land til Europa. En betydelige andel smugles via Spania inn i det øvrige Vest-Europa. Det er også rapportert smugling av kokain til Vest-Europa via Sentral- og Øst-Europa og Vest-Afrika. Figur 3 viser henholdsvis FN's anslag over den totale produksjon av kokain på verdensbasis og hvor mye kokain som er blitt beslaglagt, mens figur 4 viser utviklingen i forholdet mellom beslag og gatepriser på kokain i Europa.

Figur 3: Kokain: Samlet produksjon og beslag (tonn), 1980-94. (Kokablader omregnet til kokain-ekvivalenter).



Kilde:FN

Figur 4: Kokain: Beslag og gatepriser i Europa, 1983-94. (1983 = 100).



Kilde: FN

1.3 Cannabis (hasj, marihuana)

Det er svært vanskelig å anslå den totale produksjon av cannabis. Dette skyldes bla at cannabis kan dyrkes i små, spredte områder, at en del planter vokser vilt, samt at cannabis fra lovlig hamp-produksjon omsettes illegalt. Dessuten foregår stadig større produksjon innendørs.

De største produsentene er land i Sentral-Asia (ca 170000 ha), Sør-Afrika (ca 83000 ha), Marokko (ca 50000 ha) og Mexico (ca 20000 ha). Også i USA finnes en betydelig produksjon. Bare i 1994 ble 53000 utendørs plantefelt ødelagt i USA. I Europa er dyrking av cannabis i drivhus i ferd med å bli et betydelig problem. I Nederland regner myndighetene med at det produseres mellom 20 og 40 tonn marihuana (Nederwiet) årlig med en styrkegrad på helt opp mot 27% THC. Virkestoffinnholdet (THC) varierer forøvrig betydelig mellom de forskjellige dyrkingsregioner.

Mesteparten av den cannabis som beslaglegges i Europa blir importert fra Nord-Afrika.

1.4 Amfetamin og lignende sentralstimulerende stoffer

Denne stoffgruppen omfatter en rekke ulike narkotiske stoffer som alle virker stimulerende på sentralnervesystemet. Flere av dem har anerkjente medisinske bruksområder, bla ved indikasjonene hyperkinetisk forstyrrelse hos barn og ved narkolepsi. Enkelte stoffer, uten medisinsk brukverdi, som ecstasy, har også hallusinogene effekter. Pr 1995 var 38 psykotrope substanser med sentralstimulerende egenskaper ført opp i Psykotropkonvensjonen av 1971, og dermed underlagt internasjonal kontroll.

I Sverige og Norge har misbruk av amfetamin lange tradisjoner. Også USA, Japan og Thailand har opplevd bølger av omfattende misbruk (metamfetamin). Ulovlig produksjon og misbruk av amfetamin og lignende sentralstimulerende stoffer har nå spredt

seg til stadig nye regioner. Samtidig har «nye» stoffer, som ecstasy og andre «designer-drugs» blitt introdusert og vunnet fotfeste i store deler av Vest-Europa og USA.

Begrepet «designer-drugs» oppsto på midten av 1980-tallet som en populærbetegnelse på enkelte nye syntetiske, vanedannende stoffer. Begrepet brukes også om narkotiske stoffer som har vært kjent lenge, men som nå markedsføres, ofte under fantasifulle navn, overfor nye potensielle brukergrupper. Ved små endringer i molekylstrukturene kan det fremstilles stoffer med nye kjemiske sammensetninger og virkninger. Dels gjøres dette for å være i forkant av eller omgå lovreguleringer, dels for å skreddersy produkter for et potensielt nytt marked. Designer-drugs er som oftest variasjoner av allerede kjente narkotiske stoffgrupper, og utgjør ingen ensartet stoffgruppe.

Mens man gjennom internasjonalt samarbeid har klart å begrense lekkasjene fra den lovlige produksjon av disse stoffene til det illegale marked til et minimum, har den ulovlige produksjon av amfetamin og lignende sentralstimulerende stoffer økt. Det internasjonale narkotikakontrollrådet (INCB) anslår at veksten i 1990-årene har vært sterkere enn for heroin og kokain.

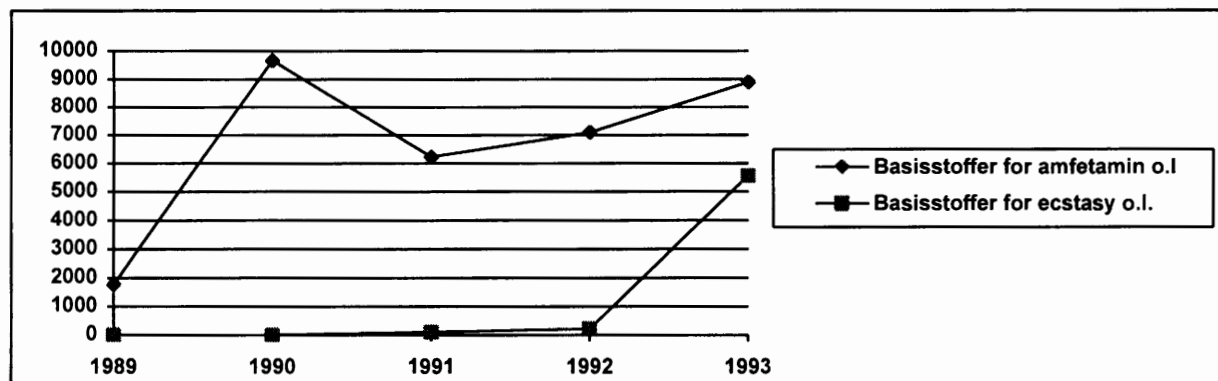
Stoffene blir vanligvis produsert innen regionene de markedsføres og misbrukes. Metamfetamin blir primært produsert i Nord-Amerika og Øst-Asia, mens mer enn halvparten av all amfetamin produseres i Europa: Ulovlige laboratorier er avdekket i Storbritannia, Nederland og Polen. Inntil nylig kunne 70-80% av den amfetamin som ble beslaglagt i Vest-Europa tilbakeføres til Nederland. I stadig større grad synes imidlertid amfetamin å bli produsert i Sentral- og Øst-Europa. Dette synes også å være tilfellet for ecstasy og lignende stoffer.

Mens det er lite inter-regional smugling av amfetamin og lignende sentralstimulerende stoffer, er situasjonen en helt annen for basisstoffene og andre

nødvendige kjemikalier som brukes i produksjonen. Dette kan være kjemiske substanser med en rekke lovlige anvendelsesområder som ikke er underlagt

internasjonal kontroll med mindre det er snakk om «mistenkelige transaksjoner eller spredning».

Figur 5: Globale beslag av basisstoffer for amfetamin og lignende sentralstimulerende stoffer 1989-1993. (Basisstoffer for ecstasy og lignende stoffer ble først gjenstand for kontroll fra 1991.)



Kilde: INCB

Tabell 1: Narkotikabeslag i EU og Norge, 1993-94 (basert på data fra det enkelte medlemsland, samlet av Europol/EDU og Kripes).

	Heroin (kg)		Kokain (kg)		Cannabis (kg)		Amfetamin (kg)		LSD (tusen doser)		Ecstasy (tusen doser)	
	1993	1994	1993	1994	1993	1994	1993	1994	1993	1994	1993	1994
Belgia	76	137	2892	479	35217	59904	19	23	6	5	98	56
Danmark	28	27	11	26	1227	10149	12	8	0	0	0	0
Finland	1	2	0	0	117	64	19	9	0	0	0	0
Frankrike	286	661	1715	4743	45783	58014	43	80	431	74	13	255
Hellas	148	283	5	176	491	6142	0	0	0	0	0	0
Irland	1	5	0	0	4995	1461	0	0	6	17	2	29
Italia	625	1149	1101	6633	12019	18941	1	3	20	28	57	91
Luxembourg	11	1	16	15	403	317	0	0	0	0	0	0
Nederland	916	246	3720	8200	138222	238258	293	215	187	16	1677	127
Portugal	92	88	219	1711	52682	40542	0	0	0	0	0	0
Spania	604	824	5347	3899	160165	219195	34	32	7	7	274	307
Storbritannia	683	793	709	2237	53955	53521	966	1191	453	258	301	356
Sverige	22	21	14	29	321	356	142	210	0	0	0	0
Tyskland	1095	1590	1051	767	11352	25694	109	120	78	254	23	30
Østerrike	105	80	84	53	547	388	1	1	28	2	0	3
Totalt EU	4693	5907	16884	28968	517062	733380	1639	1892	1216	661	2455	1254
Norge	8	27	8	5	207	480	25	16	0	5	0	1

2. DEN GLOBALE MISBRUKS-SITUASJONEN

Det er vanskelig å anslå omfanget av det globale narkotikamisbruk. Feilkildene er mange og estimeringsmetodene varierer fra land til land. Ifølge rapporter fra FN's Narkotikaprogram (UNDCP) og INCB er det imidlertid ingen tegn til at misbruksproblemene avtar. Tvert om synes det å være en økning. De globale misbruksmønstre er imidlertid under kontinuerlig endring.

Cannabis er fremdeles det mest misbrukte narkotiske stoffet. Misbruk av cannabis er et universelt fenomen. Forøvrig varierer misbruket mellom ulike regioner og land, men det synes å være en utvikling i retning av en globalisering av misbruksmønstrene. Heroinmisbruk er eksempelvis blitt et problem i Latin-Amerika, delvis som en følge av at Colombia i løpet av 1990-årene har utviklet seg til å bli en betydelig opiumsprodusent. Misbruk av amfetaminer og andre sentralstimulerende stoffer er økende i alle

verdensdelene. Mangelfulle muligheter til å kontrollere spredning av basisstoffer, en enkel fremstillings-teknologi samt innovative produsenters evne til å ligge i forkant av internasjonale regelverk, har lagt forholdene til rette for lokal, og relativt billig produksjon.

I Vest-Europa ser ecstasy og andre designer-drugs allerede ut til å feste seg som det vanligst brukte narkotiske stoff etter cannabis. Samtidig har crack fått innpass i enkelte områder i Europa, bla Storbritannia, Frankrike, Spania og Portugal. Tidligere ble dette stoffet nærmest utelukkende funnet i Amerika (særlig USA).

I Sentral- og Øst-Europa har det funnet sted en markert økning i misbruket av opiat og kokain. De «gamle misbruksmønstre» fra Vest-Europa eksporteres østover. Den gjennomsnittlige alder på misbrukerne er imidlertid langt lavere i Sentral- og Øst-Europa enn i Vest-Europa.

I Europa foregår det nå en utvikling der heroin i stadig større grad blir røykt og ikke injisert, spesielt blant yngre misbrukere. Dels er dette et resultat av et økt tilbud og dermed reduserte priser på heroin (større mengder kreves for å oppnå samme ruseffekt ved inhalering), dels kan det skyldes frykt for HIV-smitte. Røyking av heroin har lenge vært foretrukket i områder i Asia. Trolig har immigrasjon til Europa fra disse områdene bidratt til at metoden nå har fått innpass blant europeiske misbrukere. Motsatt ser man i Asia et økende injeksjonsmisbruk av heroin til fortrenghet for den tradisjonelle opiumsrøykingen. Dette skyldes trolig at opium i stadig større grad foredles til heroin i områdene der produksjonen av råvarene skjer.

I Afrika har man vært vitne til en betydelig forverring av misbrukssituasjonen de siste år, med kraftig økning av misbruket av både heroin, kokain (og crack) og syntetiske stoffer. Med hensyn til heroin og kokain henger økningen trolig sammen med at deler av Afrika får en stadig viktigere rolle som transittstasjon for disse stoffene på deres vei til Europa og Nord-Amerika. Som man har erfart også i andre regioner, etableres det lokale markeder og misbruk i transittland - ikke minst der større partier deles opp og smugles videre i mindre enheter. Narkotikatrafikken og de stadig nye smuglerrutene er en dynamisk kraft i spredningen av narkotikamisbruket.

En annen global hovedtendens er en utvikling i retning av et mer sammensatt rusmiddelmisbruk. Ulike stoffer tas enten samtidig, ofte sammen med alkohol, eller de til enhver tid lettest tilgjengelige stoff benyttes.

Størst økning i misbruket synes å ha funnet sted i utviklingslandene og i de nylig uavhengige stater i Sentral- og Øst-Europa og tidligere Sovjetunionen. Det finnes ikke lenger områder der det ikke forekommer narkotikamisbruk. Det tradisjonelle skillet mellom produsentland og konsumentland er i stor

grad borte som en følge av globaliseringen av narkotikaproblemene.

3. ØKONOMISKE OG SOSIALE KONSEKVENSER AV ULOVLIG PRODUKSJON, OMSETNING OG MISBRUK AV NARKOTIKA

Rusmiddelmisbruk er først og fremst en tragedie for misbrukeren og hans eller hennes familie. Misbruket og den ulovlige produksjon og handel med narkotiske stoffer har imidlertid negative konsekvenser langt utover misbrukerens nære omgivelser. Ulovlig omgang med narkotika kan ikke betraktes utelukkende som et helsemessig eller juridisk problem, men har også alvorlige sosiale, økonomiske, miljømessige og politiske implikasjoner.

Sammenhengen mellom rusmiddelrelaterte problemer og økonomisk, sosial og politisk utvikling blir stadig bedre dokumentert og i sterkere grad fokusert i internasjonal sammenheng. Økonomisk og sosial utvikling vanskeliggjøres dersom det ikke samtidig settes inn tiltak mot de rusmiddelrelaterte problemene. Tilsvarende vil innsatsen mot rusmiddelproblemer ikke lykkes dersom man ser disse uavhengig av deres sosiale og økonomiske sammenheng og utvikling generelt. Som for tradisjonelle varer øker også markedene for ulovlig narkotika mest i enkelte utviklingsland (i Asia og Afrika) og i områder i rask økonomisk og politisk omforming.

Det ligger i sakens natur at det er vanskelig å anslå den fulle økonomiske effekt av den ulovlige narkotikavirksomheten. I enkelte produksjonsland har den ulovlige narkotikavirksomheten en viss positiv effekt for sysselsettingen. Eksempelvis er det anslått at 10 % av arbeidsstokken i Bolivia er involvert i den ulovlige koka-virksomheten. Den positive effekten blir likevel, også i disse land, mer enn oppveid av de negative følgene. Den illegale narkotika-sektoren er basert på kortsiktig gevinst og fortrenghet investeringer i tradisjonelle sektorer. De midlene som genereres gjennom narkotikavirksomheten blir ikke beskattet, og blir i det vesentlige brukt til investeringer i utlandet eller til import av luksusvarer. Mest alvorlig er likevel de økede offentlige utgifter til helse- og sosialformål, rettshåndhevelse, narkotikarelatert kriminalitet og produksjonstapet som følger den erfaringsmessig uunngåelige økning av misbruket i produksjonslandene selv. (Rundt midten av 1980-tallet var det eksempelvis omlag 30000 heroin avhengige i Pakistan. I dag ligger anslagene på rundt 1,5 millioner.) Ulovlig narkotikavirksomhet undergraver mulighetene for en bærekraftig økonomisk utvikling.

The Financial Action Task Force, nedsatt i 1989 av G-7 gruppen av verdens rikeste industriland for å komme med forslag for å styrke bekjempelsen av økonomisk kriminalitet og hvitvasking av penger,

antar at omlag 70 % av den totale årlige omsetningsverdien av illegal narkotika (ca USD 3-500 mrd) hvitvaskes og investeres. Dette er beløp som er betydelig større enn de fleste lands bruttonasjonalprodukt. Den svarte økonomiske sektors størrelse vanskeliggjør myndighetenes mulighet til effektiv økonomisk styring. Narkotikarelatert kriminell virksomhet er ofte koplet til øvrig kriminell aktivitet. De store økonomiske ressurser som er involvert legger forholdene til rette for etablering av godt organiserte kriminelle strukturer som gjennom hvitvaskingsvirksomhet kan skape lovlige fasader. En tiltakende korrupsjon i mange land undergraver demokratiske institusjoner og truer styresmaktens legitimitet.

Det finnes en rekke eksempler på at etniske konflikter, opprørsbevegelser og geriljavirksomhet er blitt finansiert, forlenget og intensivert ved hjelp av fortjeneste fra illegal narkotikavirksomhet (feks Peru, Libanon og Afghanistan).

De negative sosiale konsekvenser av narkotikamisbruk er først og fremst knyttet til befolkningens helse, oppløsning av familiestrukturer og kriminalitet. Globalt sett er omlag 22 % av alle HIV/AIDS tilfeller injiserende narkotikamisbrukere. I Thailand ble HIV diagnostisert for første gang blant injiserende stoffmisbrukere i 1987. I dag er 40-50 % av landets injiserende narkotikamisbrukere HIV-smittet. I mange land vil kampen for å begrense spredning av AIDS først og fremst være avhengig av innsatsen overfor sprøytemisbrukerne og forebygging av sprøytemisbruk.

Undersøkelser viser en nær sammenheng mellom narkotikamisbruk og oppløsning av familiestrukturer. Den sosiale kontroll som utøves av familien bortfaller og kan føre til en forverring av problemene. Familietilknytning er også viktig for det forebyggende arbeid og for rehabilitering og behandling. Oppbrudd av familier vil i særlig grad kunne ramme kvinner, som ofte er uten inntektsmuligheter. Generelt er det i mange utviklingsland slik at til tross for at det store flertall rusmiddelmissbrukere er menn, blir de negative konsekvenser størst for kvinnene.

Også for miljøet har narkotikaproduksjonen negative konsekvenser - konsekvenser som i global sammenheng har begrenset betydning, men som er betydelige for de land som i størst grad er berørt. De negative konsekvensene skyldes i første rekke avskogning, utarming av jordsmonnet og vannforurensning. Det er beregnet at coca-produksjonen i Amazonasområdet og Peru alene har medført avskogning av 700000 hektar regnskog. Verdensbanken anslår at det potensielle produksjonstapet som skyldes utarming av jorden grunnet ensidig coca-dyrking med kortsiktige gevinstmål for enkelte land, utgjør mellom 0,5 og 1,5 % av BNP. Samtidig vanskeliggjør den utarmede jorden overgang til alternative, lovlige avlinger. 600 millioner liter kjemikalier (basisstoffer) medgår årlig til kokain-produksjonen i Sør-Amerika. En betydelig del av disse tildels svært gif-

tige kjemikaliene blir dumpet i elvene Orinoco og Amazonas og deres tilsigsområder. Koka-dyrkernes utstrakte bruk av plantevernmidler har allerede i alvorlig grad forurenset grunnvannet i bla Chapare-distriktet i Peru - et av verdens viktigste dyrkingsområder for coca.

4. KONSEKVENSER FOR NARKOTIKA-SITUASJONEN I NORGE

En indikator på tilgjengeligheten av narkotika i Norge får man ved å se på politiets og tollvesenets beslag av ulike narkotiske stoffer, hvordan beslagene er spredt på de ulike politidistrikter og hvor mange personer som er siktet for narkotikaforbrytelser. Samtlige av landets politikamre kunne ved utgangen av 1995 melde om økning av antall og mengde beslag for de fleste typer narkotika. For en del større politikamre og politikamre med ansvar for grensekontroll var beslagsøkningen betydelig. Årsaken til økningen er mangeartet, men effekten av åpne grenser mot Øst-Europa med påfølgende utbredelse av organisert kriminalitet ansees som en av de viktigste årsakene til den forverrede situasjonen.

Narkotikapolitiet regner med at ca 80 % av all narkotika som smugles til landet har Oslo som bestemmelsessted. Her finnes det største brukermarkedet for alle typer narkotika. På grunn av den store tilgjengeligheten og de billige prisene kommer også oppkjøpere og brukere fra resten av landet til Oslo for å handle narkotika. Dette har igjen ført til større utbredelse av narkotika i alle landets fylker. I følge Kriminalpolitisentralens statistikk for 1995 ble det gjort cannabisbeslag i samtlige av landets 54 politidistrikter. Bortsett fra i to politidistrikt, (Vardø og Hardanger) ble det også gjort amfetaminbeslag i alle distriktene. 41 politidistrikter gjorde beslag av heroin, mens det ble gjort ecstasybeslag i 27 distrikter.

4.1 Hovedtrekk

I 1995 var det totalt 11524 narkotikabeslag i Norge. De følgende data og figurer vedrørende beslaglagt mengde omfatter både politiets og tollvesenets beslag.

Med erfaring fra utviklingen i resten av verden er det grunn til å tro at også Norge i tiden som kommer vil oppleve økt aktivitet når det gjelder narkotikasmugling til landet. Global uro får i dag konsekvenser for kriminalitetsutviklingen, også i Norge. Som eksempel kan nevnes borgerkrigene i tidligere Jugoslavia og Afghanistan.

I 1995 har det vært en markert økning både når det gjelder antall beslag av de fleste stofftyper og beslaglagte mengder. Den relative økningen er større enn noe tidligere år. Det er trolig for tidlig å trekke entydige konklusjoner ut ifra tallene, men generelt bekrefter de en økende tendens som man har sett

gjennom flere år. Antall beslag hvor det er påvist narkotika økte med over 30 prosent i forhold til 1994.

Cannabis er fremdeles den eneste stoffgruppen som er beslaglagt i samtlige politidistrikter. Utbredelsen av amfetamin øker imidlertid fra år til år, og i 1995 ble det registrert amfetaminbeslag i 52 av landets politidistrikter. Heroin er også i ferd med å spre seg, og ble beslaglagt i 41 politidistrikter mot ca 30 for 2-3 år siden. For både heroin og amfetamin er beslaglagt mengde tilnærmet fordoblet i forhold til 1994. Det er i den sammenheng viktig å merke seg at feks 50 kg heroin har 4-5 ganger så stort ruspotensiale som 50 kg amfetamin, slik at rent kvantitativt er heroin et langt større problem enn amfetamin.

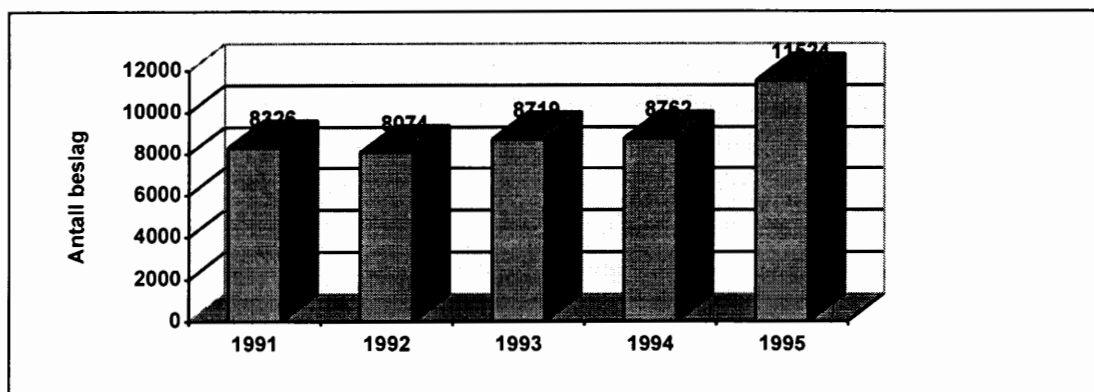
Beslagene av såkalte «Ecstasy»-stoffer øker både når det gjelder antall og mengde. I 1995 økte antallet beslag fra 39 i 1994 til 159, mens antall enheter som ble beslaglagt økte fra ca 900 til i underkant av 11000. Oslo og det sentrale Østlandsområdet er overrepresentert også for denne stofftypen. Det er imidlertid registrert ecstasy-beslag i halvparten av politidistriktene fordelt over hele landet.

De store beslag gjøres i Oslo eller i politidistrikter som har naturlige innførselsporter (grense-overganger, fergehavner) til landet. Siden det ikke er noen registrerbar illegal produksjon av narkotika i Norge,

og alle produsent- og/eller leverandørland stort sett ligger sør for Norge, synes det naturlig at store deler av importen går over Oslo. For å få en pekepinn på om et stoff bare brukes i Oslo eller om det også distribueres videre, kan man til en viss grad se på beslagsstatistikken. Denne viser at ca 30 prosent av alle cannabis- og amfetaminbeslag gjøres i Oslo, og at de resterende er relativt jevnt fordelt på resten av landet. Over 70 prosent av alle heroinbeslag gjøres i Oslo. Utviklingen er vanligvis at nye stoffer først kommer til Oslo og det sentrale østlandsområdet, og så etter at det er etablert et marked der, sprer problemet seg ut til resten av landet. Heroin og ecstasy er imidlertid unntak fra dette mønsteret. Heroin har eksistert i Norge i lang tid (ca 20 år), men har fremdeles sitt tyngdepunkt i hovedstaden, mens ecstasy allerede etter et par år har spredd seg til store deler av landet.

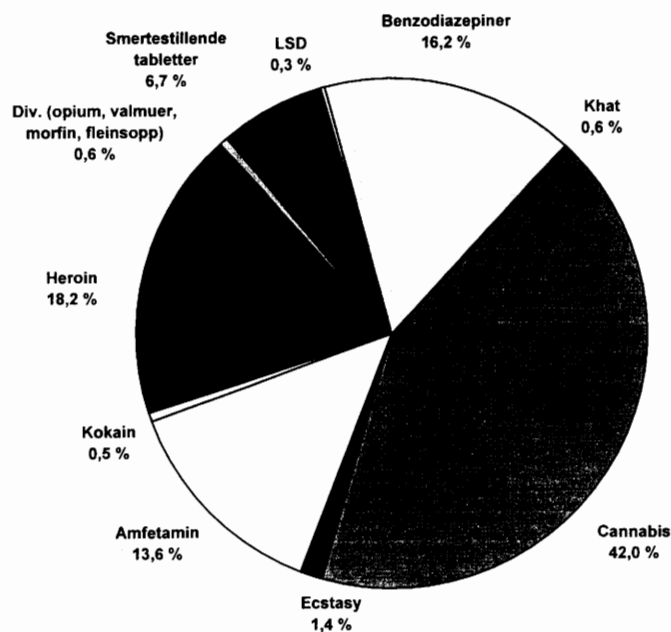
I politiets talloppgaver over antall personer som er involvert i narkotikalovbrudd framgår det ikke hvor mange forskjellige individer disse personene representerer. Samme person kan registreres, pågripes, siktes eller domfelles flere ganger i løpet av samme år - i saker som kan involvere flere ulike narkotiske stoff. Dette kan lett føre til mulige dobbelttelling, noe som kan bidra til å gi et uriktig bilde av det ulovlige narkotikaproblemets omfang.

Figur 6: Antall narkotikabeslag i perioden 1991 - 1995



Kilde: KRIPOS

Figur 7: Antall beslag fordelt etter stofftyper, 1995



Kilde: KRIPOS

4.2 Cannabis

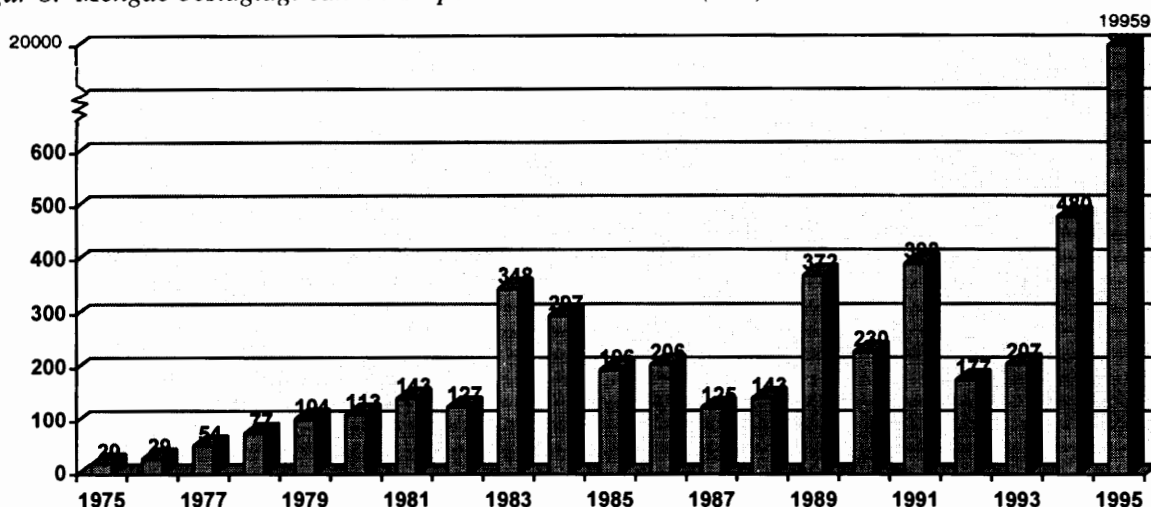
Cannabis er fremdeles de mest utbredte og misbrukte narkotiske stoffene i Norge. De fleste som bruker narkotika for første gang begynner med å røyke hasj eller marihuana. En indikasjon på tilgjengeligheten får man fra SIFA's årlige landsomfattende spørreundersøkelse blant ungdom mellom 15 - 20 år. Ganske stabilt har en firedel av ungdom i denne aldersgruppen rapportert at de noen gang er blitt tilbudt cannabis gjennom siste 10-årsperiode med en liten økning for de siste to årene. Når ungdom blir spurt om de kan skaffe seg cannabis i løpet av 2-3 dager, oppgir vel halvparten at de tror de vil greie det. For andre stoffer som amfetamin, kokain, heroin, ecstasy og LSD er det ganske få ungdommer som har fått tilbud om slike stoffer på landsbasis. I Oslo derimot er det vesentlig større sannsynlighet for å ha blitt tilbudt også slike narkotiske stoffer i denne alderen.

I 1995 ble det totalt beslaglagt 19959 kg cannabis fordelt på 4941 beslag, mot 480 kg fordelt på 4065 beslag i 1994. Hasj utgjør ca 90 prosent av alle cannabisbeslag, mens marihuana registreres i ca 5 prosent og cannabis planter og olje utgjør de resterende 5 prosent. Cannabisolje er bare registrert i 4 beslag (2 gram), mens det er beslaglagt ca 10,5 kg cannabisplanter i tilsammen 64 saker. All informasjon tyder på at disse plantene er dyrket her i landet, og selv om det er mørketall, er det ingen grunn til å tro at Norge er et produksjonsland for cannabis. Mengdemessig ble 1995 et spesielt år på grunn av to store beslag av marihuana på henholdsvis 18 tonn og 1,2 tonn. Det største beslaget var åpenbart ikke ment for det norske markedet, og det er således ikke grunnlag for å spekulere i om de norske cannabismisbrukerne er i ferd med å skifte fra hasj til marihuana. Det kan imidlertid være interessant å se på hva 18 tonn marihuana representerer. Det tilsvarer et dyrkningsareal på ca 100 mål. I ruseffekt vil det si at 100000 personer kunne røyke en dose hver dag i ett år.

Det synes ikke å være noen endringer med hensyn til produksjonsområdene for hasjbeslagene. Marokko og/eller andre land i Nord-Afrika er fremdeles hovedleverandør til det norske markedet. Man har i 1995 også sett endel hasj som åpenbart er produsert i Afghanistan/Pakistan-området, mens Libanon ikke lenger synes å være aktuelt. Beslag av marihuana er vanskeligere å tilbakeføre til spesielle dyrkningsområder. Utifra taktisk informasjon vet man at søramerikanske land som Colombia og sentral-afrikanske land er aktuelle. Dyrking av marihuana etter profesjonelle prinsipper i drivhus er i ferd med å bli et økende problem i Europa, og er registrert både i Nederland (Nederwiet), Tyskland og Danmark. Det er ikke registrert beslag i Norge i 1995 som tyder på at dette også har spredt seg hit.

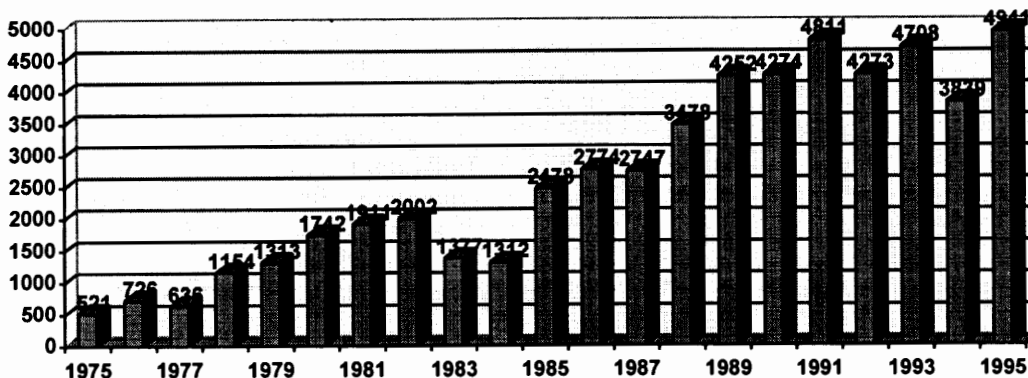
Det ble totalt pågrepet 5080 personer i forbindelse med cannabisbeslag, hvorav 88 % var menn. Gjennomsnittsalderen ligger på omlag 29 år. I forhold til det som er statistikkført som innførselssaker, var det registrert tilsammen 380 personer hvorav 89 prosent var menn. Halvparten av disse var norske statsborgere.

Figur 8: Mengde beslaglagt cannabis i perioden 1975 - 1995 (kilo).



Kilde: KRIPOS

Figur 9: Antall belag av cannabis 1975-1995.



(Tall fra Oslo politikammer er ikke medregnet i 1983-84)

Kilde: KRIPOS

4.3 Sentralstimulerende stoffer

4.3.1 Amfetamin

Det kan synes som om bruk av amfetamin blir mer utbredt, særlig i enkelte ungdomsmiljøer, men også i sosialt mer etablerte kretser.

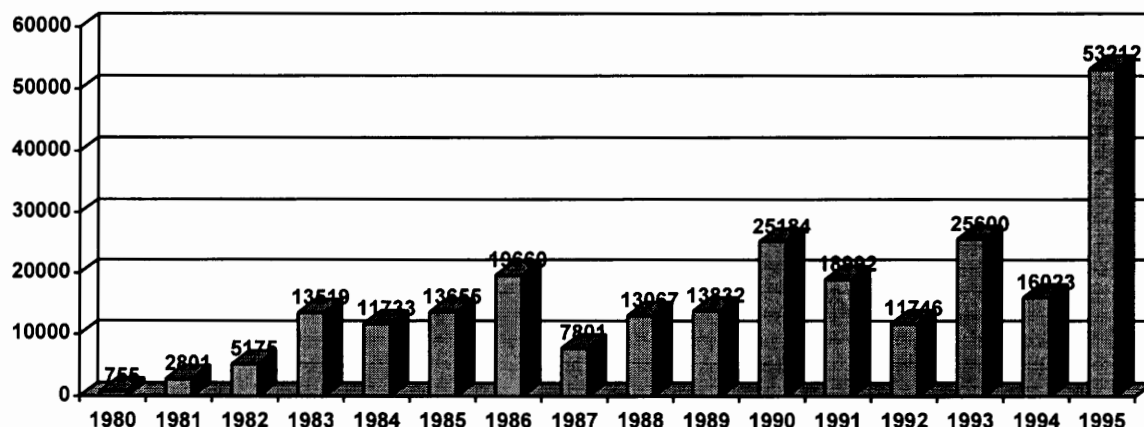
I 1995 ble det beslaglagt 53,2 kg amfetamin i til sammen 1601 beslag, mot 16,0 kg og 817 beslag året før. Dette er over dobbelt så mye i forhold til hva som er beslaglagt noe tidligere år, og nesten en fordobling av antall beslag. Amfetamin er registrert i 52 politidistrikt, og økningen synes å være mest markert i byene. Innholdet av amfetamin i beslagene er i gjennomsnitt ca 55 prosent. Den gjenværende del består av produksjonsmessige forurensninger, løsemidler, fuktighet og utblandingsstoffer. Den gjennomsnittlige renhetsgraden har økt noe. Den høyprosentige kvalitet med lavt innhold av forurensninger, som for noen år siden gjorde sitt inntog i Norden, og som syntes å være karakteristisk for Polen og/eller andre østeuropeiske land, har imidlertid ikke fortsatt å øke like sterkt. Beslagene i 1995 har kvalitetsmes-

sig mye til felles med de produksjoner som tidligere var karakteristiske for Nederland. Det er imidlertid ikke klart om dette skyldes at Nederland har gjenfunnet noe av sin markedsandel eller at kvaliteten på den østeuropeiske produksjonen er synkende. Etterretning tyder på en større grad av internasjonalisering av amfetaminproduksjonen, hvor store og godt organiserte grupperinger styrer aktiviteten i flere land. Produksjonen er mer standardisert enn tidligere, hvilket gjør at det ikke lenger er spesielle geografiske kjennetegn ved amfetamin produsert i de enkelte land. Et annet moment som kan ha påvirket produktene, er den betydelige innsats som internasjonale kontrollmyndigheter legger i overvåkingen av kritiske råvarer og andre kjemikalier. Dette har medført at de store amfetamin-produsentene nå har problemer med å skaffe seg relevante råvarer til sin virksomhet, og at de må bruke betydelige ressurser på å omgå myndighetenes overvåking. Ofte må de enten lage råvarene selv eller benytte alternative fremstillingsmetoder, noe som kan resultere i et dårligere sluttprodukt.

I 1995 ble det registrert tilsammen 1 780 personer i amfetaminsaker. Av disse var 85 prosent menn. Gjennomsnittsalderen var i underkant av 32 år både for kvinner og menn. I forhold registrert som innfør-

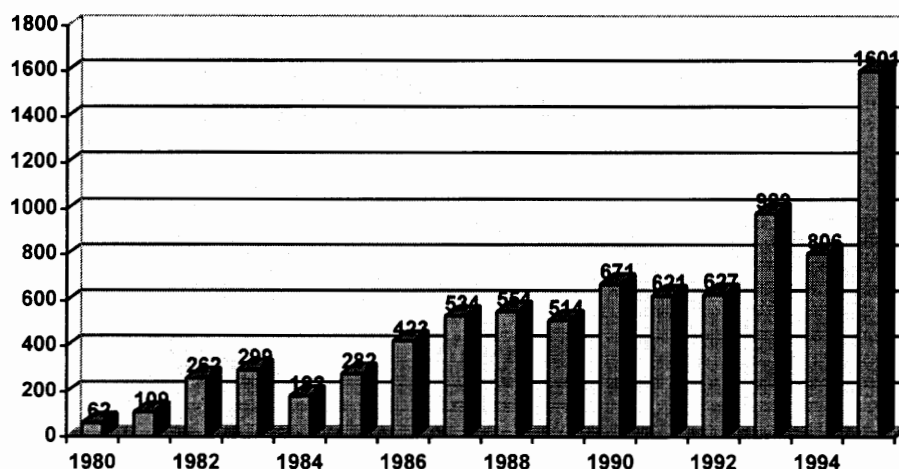
selssaker var 117 personer implisert, hvorav 82 (70 %) var menn. 70 personer (60 %) var norske statsborgere.

Figur 10: Mengde beslaglagt amfetamin i perioden 1980 - 1995, (gram).



Kilde: KRIPOS

Figur 11: Antall beslag av amfetamin i perioden 1980 - 1995



Kilde: KRIPOS

4.3.2 Kokain

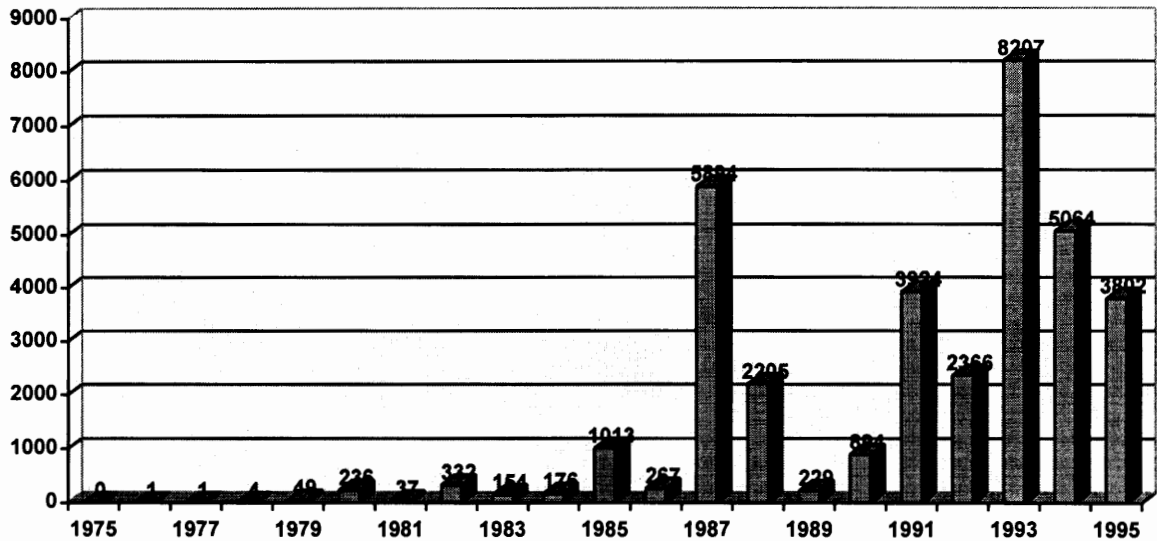
Kokainmiljøet i Norge er ennå lite og forholdsvis lukket. Kokain regnes fremdeles som et «overklasse»-narkotikum, først og fremst på grunn av liten tilgjengelighet og høy pris. Kokain omsettes, etter det man har kjennskap til, i først rekke på «in-steder» og i lukkede miljøer. Dette gjør det vanskelig for politiet å avdekke ulovlig bruk og omsetning. I motsetning til land i Europa som sliter med et stort kokainproblem, synes det fortsatt som om det vil ta tid før kokain blir et vanlig narkotisk stoff i Norge. Det er imidlertid verdt å legge merke til at kokain nå for alvor synes å være introdusert i Danmark. Gjennom det allerede eksisterende amfetaminmarkedet i Norge, er det grunn til å tro at vi også har et potensielt kokainmarked.

I 1995 ble det beslaglagt 3,80 kg kokain fordelt på 54 beslag, mot 4,97 kg fordelt på 34 beslag i 1994. I 3 av beslagene i 1995 er det påvist kokainbase (crack) i en mengde av totalt 84 gram, mot 3 beslag og 3 gram i 1994. Renhetsgraden er generelt større enn for beslag gjort av amfetamin og heroin. Renhetsgraden var i 1995 gjennomsnittlig 83 prosent. Bare i ett beslag ble det påvist identifiserbart utblandingsstoff (melkesukker). Selv om kokain fremdeles er relativt uvanlig i Norge, viser antall beslag og spredningen av disse en tydelig tendens de tre siste år. Mens antall beslag lå mellom 10 og 20 pr år i perioden 1979 til 1992, har tallene i 1993 (36 beslag), 1994 (42 beslag) og 1995 (54 beslag) vist en klar økning. De samme tre år er det beslaglagt kokain i en fjerdedel av politidistriktene, en fordobling fra årene

før 1992. Beslagstallene kan også tyde på at politiet de siste år har fått en bedre oversikt og kjennskap om kokainmarkedet. I kokainsakene ble det totalt registrert 69 personer hvorav 65 (94 %) var menn. I

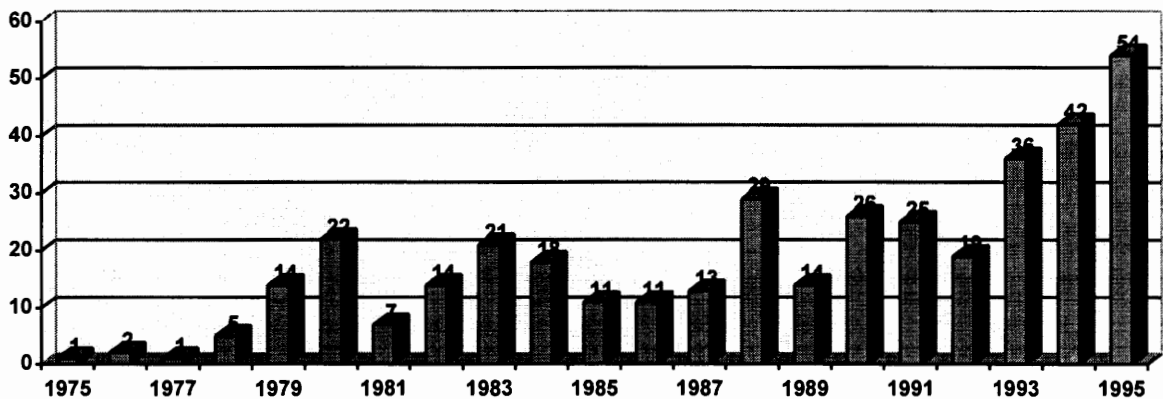
innførselssaker var det registrert 20 personer hvorav 19 (95 %) var menn, og 14 (70 %) norske statsborgere.

Figur 12: Mengde beslaglagt kokain i perioden 1975 - 1995, (gram).



Kilde: KRIPOS

Figur 13: Antall beslag av kokain i perioden 1975 - 1995.



Kilde: KRIPOS

4.3.3 Khat

Khat viser fortsatt en økende tendens både med hensyn til antall beslag og beslaglagt mengde. Fra 30 beslag og 721 kg i 1994 til 73 beslag og 1330 kg i 1995. På tross av de relativt store mengdene som beslaglegges, synes problemet i narkotikapolitisk sammenheng å være beskjedent. Det anses også tvilsomt om khat med sin spesielle konsistens, begrensede holdbarhet og særegne inntaksmåte vil finne noen særlig utbredelse utenfor de innvandremiljøer som gjennom sin kulturelle bakgrunn har tradisjon for denne bruken. Khat er beslaglagt i 6 politidistrikter. De fleste forsendelsene kommer fra England hvor khat ikke er regulert, og som av den grunn synes å

fungere som en leveringsentral for andre europeiske land. I disse sakene ble det registrert tilsammen 76 personer hvorav 63 (83 %) var menn. I innførselssaker ble det registrert 47 personer hvorav 37 (79 %) var menn og 23 (49 %) var norske statsborgere.

4.4 Opioider

Opioider er et samlebegrep for en gruppe sterktvirkende, smertestillende og dempende stoffer som omfatter;

- alkaloidene fra opiumsvalmuen (opiater), dvs naturlig forekommende (eks morfin, kodein og opium),

- syntetiske stoffer tilvirket med et naturlig opiat som utgangspunkt (eks buprenorfin og heroin), og
- helt syntetiske stoffer (eks metadon og petidin).

Virkningsmessig har alle stoffene store likheter.

4.4.1 Heroin

Det er for tiden stor tilgang på heroin de fleste steder i landet. I Oslo er tilgangen større enn etterspørselen. Den kraftige prisnedgangen som vi opplevde i 1993/94 har nå flatet ut, men prisene er fortsatt lave på tross av de store beslagene. Økt tilgjengelighet på heroin har ikke medført noen merkbar økning i tilgangen på nye misbrukere i forhold til tidligere. Gjennomsnittsalderen på de som misbruker heroin er forholdsvis høy, og synes å øke i takt med tiden som går. Oslo politikammer anslår at gjennomsnittsalderen for mannlige heroinister er ca 35 år og for kvinnelige ca 30 år. Tilsiget av nye heroinmisbrukere virker nokså konstant. Det ser forøvrig ut til at enkelte belastede alkoholikere starter et misbruk av heroin fordi heroinprisene er blitt så lave. For øvrig synes det også som om enkelte ungdommer som har brukt ecstasy en periode, og som på grunn av dette har begynt å få skadevirkninger, «roer» seg ned på heroin. Dette er noe man også har erfart i andre vest-europeiske land.

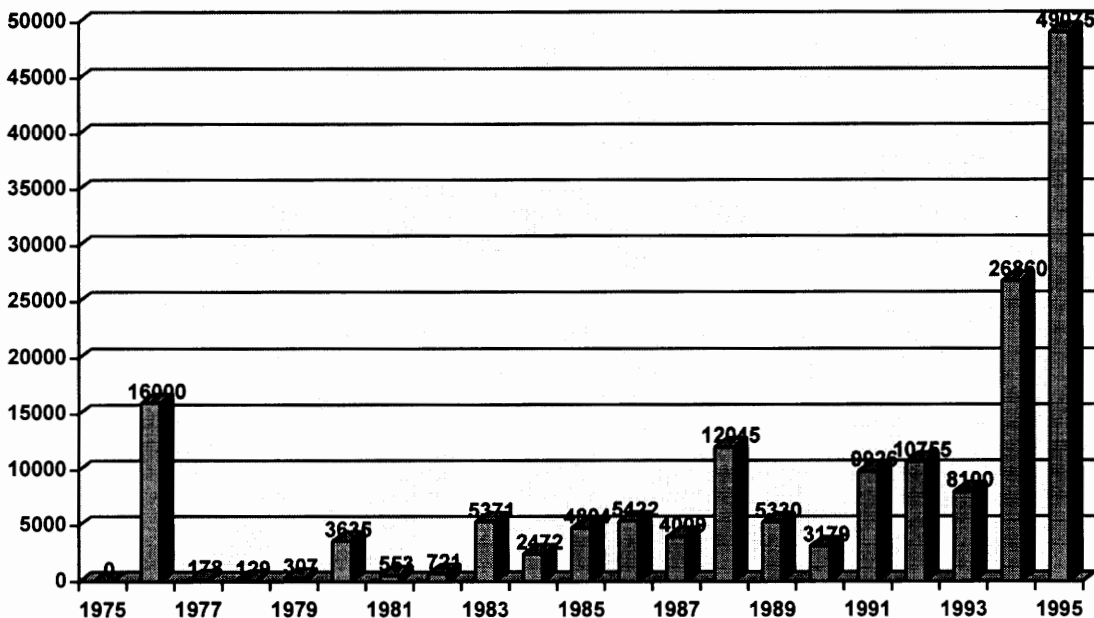
Den økte tilgangen på heroin og de relativt lave

prisene, har ført til at den enkelte misbruker bruker mer heroin enn tidligere. Dessuten er det registrert en vridning av brukermønsteret ved at flere nå røyker eller sniffer dette stoffet. Alt i alt fører dette til økt totalforbruk av heroin og kompenseres gjennom dette noe av «omsetningstapet» av det lave tilsiget på nye heroin-misbrukere.

Både antall heroinbeslag og beslaglagt mengde har økt betydelig fra 1994 til 1995. Det ble beslaglagt 49,1 kg heroin (1994: 26,9 kg) fordelt på ialt 1 913 beslag (1994: 1 389). Mengden heroin er således tilnærmet fordoblet, mens antall narkotikabeslag har økt med nærmere 40 prosent fra 1994 til 1995. Konsentrasjonen av heroin i beslagene ligger i gjennomsnitt på 45 prosent, og har vært stabilt i flere år. Utblandingsstoffer identifiseres bare hvis de inngår i en viss mengde eller hvis det er store beslag. I 169 beslag er det gjort slike registreringer. De hyppigst forekommende utblandingsstoffene er paracetamol, koffein og askorbinsyre. Ca 10 prosent av heroinet er i kloridform og antas å komme fra Sørøst-Asia (Laos, Myanmar og Thailand). Resten er heroinbase som tradisjonelt kommer fra Sørvest-Asia (Afghanistan og Pakistan) eller Tyrkia.

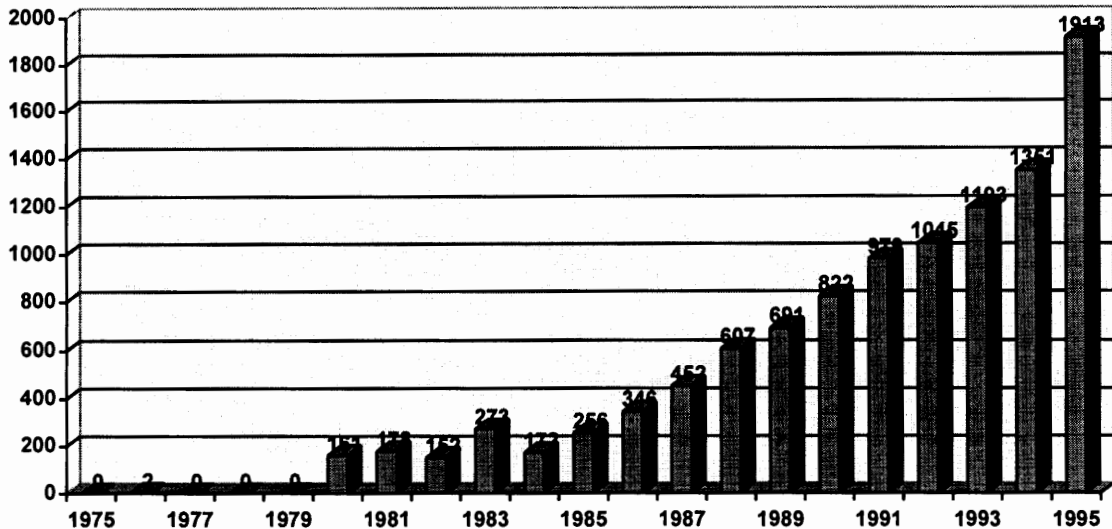
I tilknytning til beslag av heroin er det tilsammen registrert 2039 personer hvorav 1570 (77 %) var menn og 469 kvinner. Gjennomsnittsalderen for menn var 34 år og for kvinner 32 år. I innførselssaker ble det registrert 58 personer hvorav 36 (71 %) er menn og 12 (33 %) er norske statsborgere.

Figur 14: Mengde beslaglagt heroin i perioden 1975 - 1995 (gram).



Kilde: KRIPOS

Figur 15: Antall beslag av heroin i perioden 1975 - 1995.



Kilde: KRIPOS

4.4.2 Opiumsvalmuer/opium

1995 ble et rekordår for beslag av opiumsvalmuer. Det ble beslaglagt 252,8 kg mot 0,3 kg i 1994. Antall beslag var imidlertid stabilt, henholdsvis 10 og 9. Den store mengden opiumsvalmuer er relatert til innførsel av tørkede (og i noen tilfelle fargede) valmuer som i utgangspunktet er tenkt benyttet i dekorasjoner. Selv om deler av opiumsinnholdet er fjernet, vet man at de kjøpes av personer som koker te av valmuene og derved benytter dem som rusmiddel. Opium er sjelden forekommende i Norge. Vi har ingen kultur eller tradisjon for misbruk av denne typen narkotika, og de beslag som gjøres er som oftest relatert til personer med utenlandsk opprinnelse.

I 1995 ble det beslaglagt 83 gram opium mot 2,8 kg i 1994. Tatt i betraktning at ett stort beslag i 1994 var på 2,6 kg, kan man se at opium er et marginalt fenomen i Norge. Antall beslag var 9 i 1995 mot 12 i 1994.

4.4.3 Andre opioider

Beslag av illegal morfin gjøres omtrent ikke lenger. I 1995 ble det bare registrert ett beslag med en ubetydelig mengde, og det har ikke vært mulig å avgjøre om dette er illegalt produsert vare eller om det opprinnelig stammer fra et legalt legemiddel.

Det foregår også et misbruk av legale, norskregistrerte smertestillende legemidler og av illegalt importerte, utenlandske smertestillende legemidler inneholdende opiat. Antall beslag og beslaglagt mengde i 1995 var omtrent som året før. Det ble således beslaglagt 11 325 doser/enheter fordelt på 782 beslag. I 1994 var de tilsvarende tallene 12 253 doser/enheter og 646 beslag. Paralgin forte (5 345 tabletter) og Temgesic (4 296 tabletter) er fortsatt de to dominerende produktene. Paralgin forte synes i ve-

sentlig grad å stamme fra det legale innenlandske marked, mens en del av Temgesicbeslagene åpenbart er smuglet inn i Norge fra land hvor omsetning ikke er underlagt like strenge reguleringer.

4.5 Hallusinogener LSD

4.5.1 LSD

LSD synes å ha fått en ny oppblomstring i 1995 i kjølvannet av ecstasy-bølgen. Antallet beslag økte fra 11 i 1994 til 35 i 1995. Dette er det høyeste antall beslag som noen gang er registrert i Norge. Stoffet ble registrert i 12 politidistrikter i 1995, mens det bare ble gjort beslag i 4 distrikter i 1994. Den geografiske fordelingen viser at bortsett fra et stort innførselsbeslag i Oslo (1000 enheter) så er de største beslagene gjort på Nordvestlandet og i Nord-Norge.

En av grunnene til LSDs nyvunne popularitet kan være at hver enhet nå inneholder mindre virkestoff enn tidligere, og at risikoen for uønskede og ubehagelige bivirkninger dermed er redusert. En typisk misbrukerdose LSD synes idag å være mellom 30 og 50 mikrogram. I hovedsak benyttes fremdeles papirbiter med fantasifulle motiv i sterke farger som bærer for LSD-doser. I LSD-saker ble det i 1995 registrert tilsammen 43 personer hvorav 42 (98 %) var menn. Innførselssakene omhandlet tilsammen 8 personer hvorav 7 (88 %) var menn, og 5 (63 %) var norske statsborgere.

4.5.2 Hallusinogene amfetaminderivater (ecstasy)

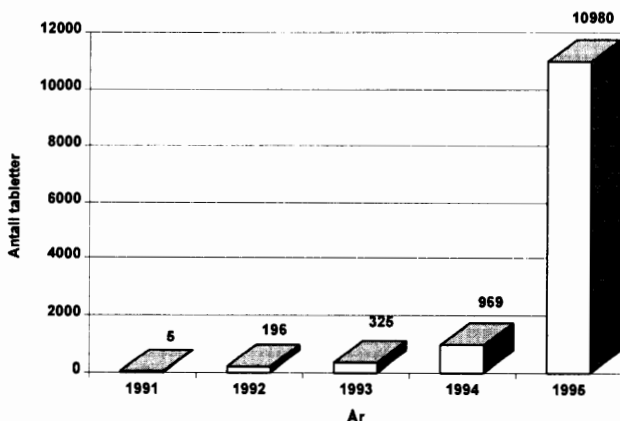
Uttrykket ecstasy ble opprinnelig brukt på stoffet MDMA. Av praktiske årsaker har man imidlertid valgt å behandle alle hallusinogene amfetaminderivater samlet, og å bruke betegnelsen ecstasy for alle disse. I 1995 ble det beslaglagt 10 980 tabletter ecstasy i Norge fordelt på 3 tabletter MDA (metylen-

dioksiamfetamin), 5 171 tabletter MDMA (metylen-dioksi-metamfetamin), 5 774 tabletter MDEA (metylendioksietylamfetamin) og 32 tabletter MBDB (metyl-(metylendioksi-fenyl)-butanamin). Dette var en markert økning fra 1994 hvor det ble beslaglagt tilsammen 969 tabletter. Det er også gjort noen få beslag av ecstasystoffer i pulverform. Det ble i 1995 registrert 157 beslag mot 39 året før. Det ble gjort beslag i 27 av landets 54 politidistrikt, og disse var fordelt over hele landet.

Ecstasy-tablettenes utseende synes å ha blitt et varmerke for denne stofftypen, og et kjennetegn som misbrukerne forholder seg til, på samme måte som man alltid har sett for LSD. De fire påviste stoffene er så like i virkning at det er lite trolig at brukerne kan registrere noen forskjell. Dette bekreftes også av at man ser tabletter med samme preging, men med ulike virkestoff. Det er registrert flere virkestoffer i en og samme tablett, samt at forfalskninger og utblanding med ikke-narkotiske stoffer som feks koffein også har begynt å skje for denne stoffgruppen.

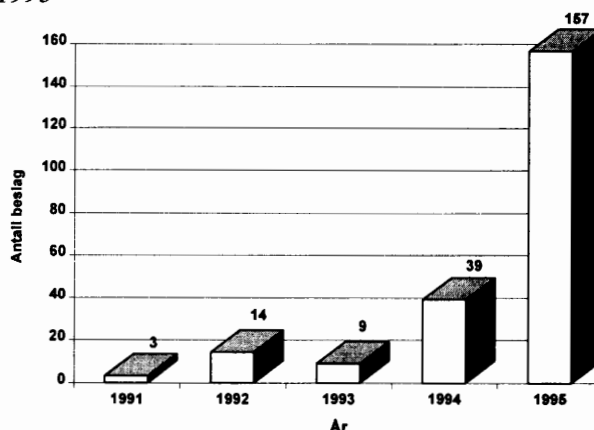
I tilknytning til ecstasy-saker ble det registrert tilsammen 160 personer hvorav 136 (86 %) var menn og 24 kvinner. Gjennomsnittsalderen for menn var 26 år og 24 år for kvinner. Personene involvert i disse sakene er således en del yngre enn dem som er involvert i beslag av andre stofftyper. I innførselssaker ble det registrert tilsammen 21 personer hvorav 17 (82 %) var menn, og 13 (62 %) norske statsborgere.

Figur 16: Antall tabletter ecstasy beslaglagt i perioden 1991 - 1995



Kilde: KRIPOS

Figur 17: Antall beslag av ecstasy i perioden 1991 - 1995



Kilde: KRIPOS

4.6 Sove- og beroligende midler

Benzodiazepiner (søvnfremkallende og/eller beroligende legemidler) står for en betydelig del av narkotikamisbruket i Norge. Mange beslag gjøres av medikamenter som i utgangspunktet er legale, men som av en eller annen grunn blir beslaglagt i en illegal situasjon. Det er også en rekke store beslag av utenlandske legemidler, enten i forbindelse med innsmuglingen til landet eller i tradisjonelle misbruker-miljøer.

I 1995 ble det gjort 1882 beslag av benzodiazepinholdige legemidler i Norge. Dette er en økning fra 1639 beslag året før. Det ble tilsammen beslaglagt 32153 doser/enheter mot 40008 i 1994. De hyppigst forekommende preparatene er fortsatt Valium, Vival, Stesolid og Rohypnol.

4.7 Dopingmidler

I 1993 ble Strl § 162B som rammer tilvirkning, oppbevaring og omsetning av dopingmidler, vedtatt. Forskriftene som definerer hva som er å anse som dopingmidler trådte i kraft fra 1. juli samme år, og dopingmidler har siden dengang utviklet seg til å bli et betydelig arbeidsfelt for Kriminalpolitisen-lens laboratorium. Dopingbeslagene kan inndeles i tre hovedgrupper: anabol/androgene steroider, andre hormoner og stimulerende dopingmidler.

Totalt ble det beslaglagt 181 357 enheter med dopingmidler i 1995 mot 76 346 i 1994. Antall beslag var henholdsvis 170 og 150.

De anabol androgene steroidene som gir økt muskelmasse, synes å være de mest misbrukte. Noen få slike preparater er registrert som legemidler i Norge, men så godt som alle beslag er utenlandske preparater som er innført ulovlig. I 1995 ble det beslaglagt 160 259 (1994: 59 809) enheter anabol androgene steroider i tilsammen 126 beslag (1994: 122).

Gruppen hormoner består av stoffer som påvirker kroppens egne funksjoner. Det kan være stoffer som

Tabell 2: Beslaglagt mengde narkotika i gram fordelt på politidistriktene - 1995 (doser)¹⁾.

Politikammer	Cannabis	Amfetamin	Kokain	Heroin	LSD ¹⁾	Ecstasy ¹⁾
Oslo	1449238	41184,5	360,3	40193,3	1166	5927
Halden	63961	1325,8	0,6	1409,9		1983
Sarpsborg	6554	96,4	2,9	2,3		1
Fredrikstad	1573	76,1	169,6	13,8		1
Moss	482	1002,1		2,3		2052
Follo	1774	66,4		18,8		1
Romerike	3490	585,3		95,2		1
Kongsvinger	137	240,7		0,1		
Hamar	144	45,6		12,9	1	
Østerdal	81	1,7	0,05	1,5		2
Gudbrandsdal	950	4,1		0,7		23
Vestoppland	217	10,3		40,3		1
Ringerike	2444	7,5		10,8		
Asker og Bærum	58418	639,5	3254,7	1811,5	6	127
Drammen	2113	1116,5	0,9	32,9		161
Kongsberg	280	12		2,1		
Nord-Jarlsberg	339	77,9		4,1		
Tønsberg	469	235,4	1,1	16,8		
Sandefjord	220	166		4,4		83
Larvik	20555	480,7		5139,5	1	16
Skien	1342	102,1	1,5	5,8	1	
Telemark	1881	41,4		7,8		
Notodden	18	12,6			1	1
Rjukan	130	185,1		2,3		
Kragerø	16	0,9		0,1		
Arendal	1183	2,3	5	3,9		
Kristiansand	51017	254,2	0,6	6,1	7	20
Vest-Agder	5618	0,05				
Rogaland	1288	243,5		0,3		7
Rana	700	52,5		2,1		
Stavanger	18026808	272,9		1,1	2	10
Haugesund	181139	756,6		19		
Hardanger	76					
Hordaland	188	0,6		3,2		8
Bergen	6365	2380,8	2,6	47,7	23	131
Sogn	89					
Fjordane	117	6				
Sunnmøre	503	147,3				
Romsdal	402	1,5			97	1
Nordmøre	1007	10,5	2,6	1		
Utrøndelag	298	98,4		0,2		
Trondheim	8448	333,9		101,7		21
Inntrøndelag	24219	40,6		0,07		
Namdal	17	44,9		0,2		17
Helgeland	93	108,1				102
Bodø	1133	246,7		5,7		74
Narvik	27917	1,9		2,8		
Lofoten & Vesterålen	801	10,1				
Senja	572	265,5				
Troms	1127	152		51,1	10	
Vest-Finnmark	401	0,5				
Vardø	268				10	
Vadsø	378	56,4				208
Sør-Varanger	97	7,6				1
Fengslene	65	0,8		0,03		
Forsvaret	435	0,05				
SUM	19959595	53212,8	3802,45	49075,4	1325	10980

Kilde: KRIPOS

Tabell 3: Antall narkotikabeslag fordelt på politidistriktene - 1995.

Politikammer	Cannabis	Amfetamin	Kokain	Heroin	LSD	Ecstasy
Oslo	1474	587	25	1375	20	99
Halden	74	22	2	5		1
Sarpsborg	69	25	1	4		1
Fredrikstad	81	43	2	12		1
Moss	46	12		6		1
Follo	98	17		16		1
Romerike	81	41		22		1
Kongsvinger	18	11		2	1	
Hamar	65	31		19		
Østerdal	15	5	1	2		1
Gudbrandsdal	30	8		6		1
Vestoppland	47	8		18		1
Ringerike	65	15		25		
Asker og Bærum	185	47	8	51	2	6
Drammen	118	38	4	48		12
Kongsberg	31	9		5		
Nord-Jarlsberg	52	18		10		
Tønsberg	73	32	1	37		
Sandefjord	56	24		17		3
Larvik	55	15		11	1	1
Skien	87	33	2	31	1	
Telemark	67	16		12		
Notodden	15	6		2	1	1
Rjukan	16	5		3		
Kragerø	11	4		1		
Arendal	73	6	2	7		
Kristiansand	196	56	2	16	2	1
Vest-Agder	13	2				
Rogaland	117	55		5		2
Rana	39	8		2		2
Stavanger	157	51		5	1	3
Haugesund	65	19		15		
Hardanger	8					
Hordaland	58	4		3		1
Bergen	400	134	2	88	3	6
Sogn	9	1				
Fjordane	22	3				
Sunnmøre	61	2				
Romsdal	41	4			1	1
Nordmøre	26	6	1	2		
Utrøndelag	40	17		2		
Trondheim	302	67	1	16		6
Inntrøndelag	42	14		1		
Namdal	4	2		2		1
Helgeland	18	3				1
Bodø	42	11		4		
Narvik	8	2		1		
Lofoten & Vesterålen	32	4				
Senja	22	6				
Troms	90	41				
Vest-Finnmark	31	3			1	
Vardø	8			2		
Vadsø	28	2			1	1
Sør-Varanger	15	2				1
Fengslene	10	2		2		
Forsvaret	35	2				
SUM	4941	1601	54	1913	35	157

Kilde: KRIPOS

stimulerer produksjonen av kjønnshormoner eller stoffer som gir økt vekst (vekst-hormoner). I 1995 ble det beslaga 1 608 enheter fordelt på 16 beslag. Tilsvarende tall for 1994 var 1 280 og 15. Stimulerende dopingmidler er stoffer som gir en oppvirkende og positiv effekt. I tillegg til at de påvirker sinnstemningen kan de også fjerne kroppens signaler på tretthet og utmattelse, og derved gjøre at man bedre kan utnytte kroppens ressurser. Det er en rekke stoffer med disse egenskapene som også er klassifisert som narkotika (feks amfetamin). Slike beslag blir automatisk statistikkført som narkotikabeslag, og er derfor ikke med i dopingstatistikken.

Det ble i 1995 beslaga 19 490 enheter med stimulerende dopingmidler fordelt på 28 beslag. I 1994 var det 15 257 enheter i 21 beslag. Efedrin-tabletter og Clenbuterol-tabletter utgjør hovedmengden av beslagene i 1995, tilsammen 18 500 enheter.

Det ble registrert tilsammen 214 personer i forbindelse med dopingbeslag i 1995. 195 (91 %) av disse var menn. Gjennomsnittsalderen for menn var 27 år og for kvinner 32 år. Dette viser at de som blir tatt for overtredelse av dopinglovgivningen i gjennomsnitt er yngre enn de som er implisert i narkotikaskene, og forteller at bruk av doping er et problem som er utbredt blant yngre mennesker. I saker med innførsel av dopingmidler ble det registrert 81 personer. Av disse var 68 (84 %) menn og 59 (73 %) norske statsborgere.

5. TOLLVESENETS KONTROLLINNSATS OG STRATEGIER

I Tollvesenets handlingsplan mot narkotika for 90-årene framgår det at Tollvesenet gjennom sin kontrollvirksomhet skal prioritere og sette inn ressurser for å avdekke og forhindre inn- og utførsel av:

- narkotika
- utbytte ervervet på narkotikakriminalitet
- dopingmidler
- kjemikalier som nyttes i produksjon av narkotika.

Dette er fulgt opp, men flere av tiltakene er av en slik karakter at de må videreføres i tiden framover. Handlingsplanen fokuserer på strategier som:

- Omstilling
- Målretting
- Samarbeid
- Kompetanseheving
- Tekniske hjelpemidler

Omstilling av kontrollvirksomheten er kommet langt. Det er tatt i bruk mobile enheter («storgrupper») som prioriterer narkotikakontroll, men som også kan settes inn i andre oppgaver.

Fram mot år 2000 vil det bli arbeidet videre med å bygge opp en sterkere underretningstjeneste, ta i bruk analyse for å få sikrere grunnlag for å iverksette

riktige kontrolltiltak og å holde en forsvarlig beredskap på de aktuelle stedene tilpasset trafikkmønsteret. Det vil føre til bedre objektutvelgelse (hvem og hva som skal kontrolleres) slik at Tollvesenet øker treffsikkerheten og at den lovlige trafikk blir mest mulig uhindret.

Samarbeidet nasjonalt og internasjonalt vil bli ytterligere styrket. Det er inngått bilaterale samarbeidsavtaler med en rekke land, og sambandsmenn er utplassert i Spania og Nederland i tillegg til de øvrige nordiske tollsambandsmenn tilknyttet PTN (Nordisk politi- og tollsamarbeid). Norge deltar i prosjekter i regi av Verdens tollorganisasjon og samarbeidet med utenlandske tollmyndigheter fungerer tilfredsstillende.

På det nasjonale plan er samarbeidet med politiet i godt gjenge både på sentralt- og lokalt hold. Samarbeidet med Sjøforsvaret er også høyt prioritert og vil bli styrket ved etablering av «Det stående indre kysttoppsyn».

En stor del av tjenestemennene er gitt kompetanseheving i form av spesialkurs, hospitering og studiereiser. Dette er noe som også vil bli prioritert i tiden framover ved blant annet å gi flest mulig tjenestemenn økt opplæring innenfor områdene narkotikakontroll, spaning, kroppsspråk, samtaleteknikk og opptreden ovenfor reisende generelt.

Det er videre en betingelse at Tollvesenet har moderne og tilstrekkelig tekniske hjelpemidler for å kunne drive en effektiv kontroll. Øremerkede ekstrabevilgninger for å styrke Tollvesenets grensekontroll har gjort det mulig å heve standarden på det tekniske utstyr til et tilfredsstillende nivå. Sammen med bedre driftsbudsjetter, er dette en vesentlig årsak til de gode resultater Tollvesenet kan vise til. Gode arbeidsvilkår virker også motiverende og inspirerende på tjenestemennene.

Man må imidlertid erkjenne at toll og politi ikke alene kan få bukt med narkotikaproblemene. Større grupper av befolkningen må engasjere seg i forebyggende og holdningsskapende arbeid mot narkotika. Også på dette område vil Tollvesenet engasjere seg sterkere og i den forbindelse er det nødvendig å skolele tjenestemenn til å holde foredrag på skoler, messer, organisasjoner m m. Det er videre gjennomført kurs som tar sikte på å skape forståelse mellom Tollvesenet og innvandrere med fremmedkulturell bakgrunn og man har inntrykk av at innvandererorganisasjonene i større grad enn tidligere viser forståelse for Tollvesenets kontrollvirksomhet.

Tollvesenets handlingsplan mot narkotika for 90-årene har vært et nyttig dokument for å styre og videreutvikle narkotikakontrollen. Det er gjort gode erfaringer med å etablere store mobile kontrollenheter i en del distrikter. Kontrollenhetene fører til større fleksibilitet når det gjelder bruk av ressurser og internt samarbeid fører til kompetanseheving i bredden. Det er fortsatt behov for spesialister på enkeltområder for å videreutvikle narkotikakontrollen.

Omorganisering har ført til at Tollvesenet i større grad kan ha større styrker i virksomhet ved fergeanløp, på flyplasser og ved grenseoverganger.

Underretningstjeneste er under stadig utvikling. Det er opprettet underretningstjeneste i hvert tolldistrikt som har ansvaret for sitt distrikt, med et spesielt ansvar for operativ underretning.

Tollvesenet mottar årlig ca. 800 tips av varierende kvalitet via tips-telefonen. Mange slike tips er verdifulle i underretningsøyemed og fører noen ganger til direkte beslag.

Samarbeidet internt i Tollvesenet har utviklet seg i positiv retning. Informasjonsutveksling i form av underretnings- og rapportutveksling er vesentlig bedret, og viser at alle grupper kan bidra til at narkotikakontrollen blir mer målrettet. Også mellom distriktene er det skjedd en positiv utvikling på dette området. Tollvesenet samarbeider videre med politiet når det gjelder informasjonsutveksling og konkret kontrollsamarbeid. Det er også nødvendig å samarbeide med Forsvaret, andre offentlige myndigheter, næringslivet, frivillige organisasjoner m fl. Denne type samarbeid har gitt gode resultater på flere områder.

Tollvesenet må i større grad fange opp og følge pengestrømmen inn- og ut av landet. I kampen mot økonomisk kriminalitet vil Tollvesenet satse på å fange opp pengene som stammer fra narkotikaomsetning og organisert spritsmugling. Et hvitvaskingsprosjekt i regi av Toll- og avgiftsdirektoratet har utredet dette problemkomplekset nærmere og kommet fram til at en effektiv bekjempelse av hvitvasking betinger forpliktende samarbeid både internt og med eksterne samarbeidspartnere. Målet i slike saker vil være inndragelse av penger, eiendeler som er skaffet til veie ved ulovlig virksomhet, inndragelse av eiendeler kjøpt for penger som er generert gjennom ulovlig virksomhet og å få straffet involverte personer.

6. DET INTERNASJONALE SAMARBEIDET MOT NARKOTIKA OG NORGES DELTAKELSE

6.1 Milepæler i FN's arbeid mot narkotika

Det internasjonale samarbeidet mot narkotika går tilbake til begynnelsen av dette århundret. Fra nyere tid skal nevnes:

Narkotikakonvensjonen av 1961 (Single Convention on Narcotic Drugs)

Konvensjonen trådte i kraft i 1964 og har hovedvekt på stoffer som er naturprodukter eller fremstilt av slike (opium, cannabis, kokablader). Tilleggsprotokoll til Narkotikakonvensjonen av 1961 ble vedtatt i 1972.

Psykotropkonvensjonen av 1971 (Convention on Psychotropic Substances)

Konvensjonen kom til som følge av det sterkt økende misbruket av syntetiske, avhengighetsdannende legemidler i 1960-årene. En rekke av disse er nødvendige ved visse sykdomstilstander (barbiturater, benzodiazepiner, amfetamin). Konvensjonen trådte i kraft i 1976.

1988-konvensjonen (Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances)

Konvensjonen er særlig konsentrert om kontroll med ulovlig internasjonal handel og utvider kontrollsystemet til også å omfatte handel med kjemiske substanser (basisstoffer eller «precursors») som brukes i fremstilling av narkotika.

I tillegg til konvensjonene refereres det ofte til:

Den første FN-konferansen på ministernivå om narkotikaproblemene (1987 International Conference on Drug Abuse and Illicit Trafficking; - ICDAIT) holdt i Wien. Konferansen, som hadde deltakelse fra 138 medlemsland, vedtok i tillegg til en politisk erklæring veiledende retningslinjer for en helhetlig narkotikapolitikk (Comprehensive Multidisciplinary Outline of Future Activities relevant to the Problems of Drug Abuse and Illicit Trafficking; CMO). Dette var første gang behovet for etterspørselsreducerende tiltak ble satt på den politiske dagsordenen internasjonalt.

Generalforsamlingen holdt en spesialsesjon om narkotikaproblemene. Sesjonen vedtok et globalt handlingsprogram (Global Programme of Action; - GPA), planen for FN's samlede innsats mot narkotikaproblemene (SWAP), og å gjøre 1990-årene til FN's tiår mot narkotika med årlig markering 26. juni. Den gjorde også vedtak om etablering av FN's Narkotikaprogram (UNDCP).

Generalforsamlingen øremerket fem plenums møter til narkotikaproblemene, blant annet for å vurdere framdriften og gjennomføringen av de nevnte planene. Det er vedtatt å holde en ny spesialsesjon om narkotika i 1998.

6.1.1 FN-samarbeidet

Narkotikaproblemene behandles årlig i Generalforsamlingen etter forutgående behandling i FN's økonomiske og sosiale råd (ECOSOC) og etter tilrådinger fra FN's Narkotikakommisjon som holder til i Wien. Narkotikakommisjonen ble etablert allerede i 1946 som FN's sentrale policy-organ på området. Den er en av seks funksjonelle kommisjoner under ECOSOC, og drøfter årlig narkotikasituasjonen samt avgir råd og forslag til styrking av innsatsen mot narkotikaproblemene. Kommisjonen hadde opprinnelig 15 medlemsland. Antallet medlemsland økte gradvis fram til 1991 da antallet ble satt til 53.

Ved fordelingen av seter ved den siste utvidelsen, fikk de nordiske landene to seter som alternerer. Norge var siste gang medlem i perioden 1992 - 1995, og deltar for tiden som observatør.

Inntil 1991 var det i Wien tre spesialiserte FN-organer på narkotikaområdet; - Narkotikadivisjonen med bla sekretariatsoppgaver for Narkotikakommisjonen, - FN's fond for narkotikakontroll (UNF-DAC), som basert på frivillige bidrag fra medlemsland utviklet og støttet ulike narkotikakontrollprosjekter i produsent- og transitland, og - Det internasjonale narkotikakontrollrådet (International Narcotics Control Board; - INCB). Rådet, som består av 13 uavhengige eksperter valgt av ECOSOC, fører tilsyn med håndhevingen av FN-konvensjonenes kontrollbestemmelser. Rådet fastsetter også tillatte produksjonsmengder og import- og eksportkvoter for internasjonal handel med stoffer underlagt konvensjonenes regelverk. I de senere år har INCB gått særskilt inn i og uttalt seg om tema som for eksempel liberalisering av narkotikapolitikk og legalisering av misbruk. Rådet har blant annet kritisert Nederlands narkotikapolitikk og uttalt seg kritisk til forsøkene med heroinforskrivning i Sveits.

Gjennom år bygget det seg opp misnøye med at disse tre FN-organene overlappet hverandre og at samarbeidet var for dårlig. Resultatet ble at de, ved Generalforsamlingens resolusjon 45/179 av 11. desember 1990, fra og med 1991 ble slått sammen til ett organ; FN's Narkotikaprogram (United Nations International Drug Control Programme; - UNDCP). UNDCP er tillagt den overordnede koordineringen av all innsats mot narkotika innenfor FN-systemet. Innenfor UNDCP har INCB, som nevnt ovenfor, fortsatt visse selvstendige funksjoner hjemlet i konvensjonene.

UNDCP's finansielle situasjon er for tiden bekymringsfull. Organisasjonens inntekter lå i 1995 på 83 millioner US dollar. Det forutses en reduksjon til 64 millioner for 1996 og 56 millioner dollar for 1997. Bare 9,7 % av inntektene kommer fra FN's regulære budsjett. De resterende 90,3 % er basert på frivillige bidrag og akkumulerte midler fra det tidligere UNFDAC. Bidragene fra det regulære budsjettet ventes ytterligere redusert som følge av den finansielle krisen i FN generelt. 90 % av de frivillige bidragene kommer fra syv land samt Europakommisjonen, og de aller fleste er øremerket for konkrete prosjekter.

På samme måte som man i Norge har diskutert spesialiserte tiltak kontra integrering av tiltak mot narkotika i det ordinære, offentlige tiltaksapparatet, har man innen FN diskutert spesialiserte tiltak/organer kontra integrering i de ordinære FN-organene. Som grunnlag for dette ble det i 1990 vedtatt en plan for FN's samlede innsats mot narkotikaproblemene (System-wide Action Plan; - SWAP), som går inn for at samtlige relevante FN-organer skal integrere et narkotikaperspektiv og «yte sin skjerv» i kampen

mot narkotikaproblemene. Det er en rekke FN-organisasjoner som har ytt eller yter narkotikarelevant innsats. Foreløpig er det bare Den internasjonale arbeidslivsorganisasjonen (International Labour Organization; - ILO) og Verdens helseorganisasjon (World Health Organization; - WHO) som har etablert egne alkohol- og narkotikaprogrammer.

I 1987 vedtok ILO-kongressen en resolusjon som gjentok betydningen av myndigheters, arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjoners rolle i arbeidet med å redusere etterspørselen etter rusmidler gjennom tiltak i arbeidslivet (treparts-samarbeid). Med utgangspunkt i denne resolusjonen har ILO arbeidet for å få igang arbeidsplassprogrammer med særlig vekt på policy-utvikling, arbeidsmiljøforbedring, kontrolltiltak, forebyggingsaktiviteter, opplærings- og hjelpetiltak som rådgivning, tidlig problemidentifikasjon, behandling, rehabilitering og oppfølging av arbeidstakere med rusmiddelproblemer.

ILO fokuserer sterkt på betydningen av treparts-samarbeidet i den nasjonale policy-utviklingen på dette området og partssamarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstakere på den enkelte arbeidsplass. Dette samsvarer godt med norske tradisjoner og interesser slik disse er blitt utviklet gjennom Arbeidslivets komite for alkohol- og narkotika problemer (AKAN). Det norske AKAN-arbeidet er i mange sammenhenger blitt fremholdt som et forbilde på hvordan tiltak innen arbeidslivet kan organiseres.

Fra norsk side har samarbeidet med ILO om rusmiddelproblematikken økt vesentlig siden 1990. Det er særlig to temaer som har hatt betydelig interesse for Norge den senere tid. Det ene er ILO's plan for narkotikabekjempelse innen maritim sektor, og det andre er utvikling av policy og prinsipper for narkotikatesting i arbeidslivet.

Norge har støttet et ILO-prosjekt som har bistått land i det sørlige Afrika med å etablere «ressurssentre» for arbeidsplass tiltak og tiltak for å reintegrere rusmiddelmisbrukere i lokalsamfunnet. (Ca 9 millioner kr 1991 - 1995).

WHO er tillagt spesielle oppgaver både i Narkotikakonvensjonen av 1961 og Psykotropkonvensjonen av 1971. Organisasjonen vurderer graden av misbrukspotensiale og terapeutisk nytte av forskjellige substanser og de helsemessige og sosiale konsekvensene av eventuelt misbruk. Til hjelp i dette arbeidet er det etablert en bredt sammensatt, rådgivende ekspertgruppe (WHO Expert Committee on Drug Dependence). WHO avgir sine tilrådinger til FN's Narkotikakommisjon, som ut fra en samlet vurdering av det vitenskapelige materialet fra WHO og relevante økonomiske, rettslige og administrative faktorer, treffer vedtak om hvor vidt bestemte stoffer skal legges inn under en av konvensjonene.

WHO yter også sakkyndig bistand til medlemsland når det gjelder lovgivning og tekniske og administrative tiltak i forbindelse med narkotika. Organisasjonen bidrar videre med opplæring av nøkkelpersoner

sonell og med informasjonsmateriell om forebygging og behandling av narkotikamisbruk. Det særskilte programmet for etterspørselsreduksjon (Programme on Substance Abuse; - PSA) ble etablert i september 1990 og inkluderer tiltak både mot alkohol, narkotika og tobakk. Det har tatt opp en rekke interessante problemområder, som feks kvinner og rusmidler og rusmidler og sport. Et pionerprosjekt blant gatebarn i flere verdensdeler har blitt vist stor oppmerksomhet og er blitt fulgt opp av blant andre UNICEF.

Norge bidro i 1991 med midler til WHO for igangsetting av et narkotika- og HIV/AIDS-forebyggingsprogram i land i Sentral- og Øst-Europa (3 millioner kr). I 1996 har Norge gitt et større beløp (6,5 millioner kr) til et globalt primærforebyggingsprosjekt som skal gjennomføres av WHO og UNDCP i fellesskap.

6.1.2 Norges innsats i FN-samarbeidet mot narkotika

Norge har ratifisert de tre FN-konvensjonene. Narkotikakonvensjonen og Psykotropkonvensjonen ligger til grunn for Helsetilsynets forskrift om narkotika mv av 30. juni 1978. I narkotikalistene er de stoffene oppført som kommer inn under de to konvensjonene, samt enkelte droger (f eks khat og spiss fleinsopp) og stoffer som ikke er internasjonalt regulert.

I henhold til Narkotikakonvensjonen av 1961 er Norge forpliktet til å rapportere til INCB all tilvirkning, import og eksport av de stoffene som omfattes av konvensjonen. Land som produserer slike stoffer, skal hvert år anslå forventet størrelse på produksjonen av de enkelte stoffene i det påfølgende år. Videre skal behovet for import av de enkelte stoffene anslås, og hvilke mengder av stoffene landet forventer å ha på lager ved årets slutt. Ved import og eksport av de stoffene som omfattes av konvensjonen eller av legemidler med innhold av disse stoffene, skal det fra de nasjonale myndighetene utstedes henholdsvis import- og eksportsertifikater. Fra Norges side blir alle de nevnte forpliktelsene fulgt opp. Ved hjelp av kontrollsystemene som er etablert som følge av internasjonale forpliktelser i henhold til Narkotikakonvensjonen, har man oppnådd at lekkasjer fra den internasjonale legale handelen til det illegale markedet er redusert til et minimum.

Forpliktelsene i henhold til Psykotropkonvensjonen av 1971 er i utgangspunktet mindre omfattende enn forpliktelsene som følger av Narkotikakonvensjonen. Det er for eksempel ikke krav om utstedelse av import- og eksportsertifikater for alle stoffene under Psykotropkonvensjonen. Det er følgelig et problem i den internasjonale handelen at det forekommer lekkasjer til det illegale markedet av til dels store kvanta av stoffer som ikke har vært belagt med sertifikatkrav. Med utgangspunkt i de gode resultate-

ne som er oppnådd ved å bruke Narkotikakonvensjonens kontrollsystemer, har ECOSOC de senere år vedtatt flere resolusjoner der landene oppfordres til å innføre mer omfattende reguleringer også for de stoffene under Psykotropkonvensjonen som er minst regulert (feks benzodiazepinene). Norge har som deltaker blant annet i konferanser i regi av Pompidougruppen og INCB, støttet anbefalinger om å innføre mer omfattende kontrollsystemer for flere av stoffene som omfattes av Psykotropkonvensjonen.

Som en konkret oppfølging av ECOSOC's resolusjoner, innførte Norge med virkning fra 1. januar 1996 sertifikatkrav for 9 stoffer som ikke tidligere har vært omfattet av slikt krav. Fra sommeren 1996 er det innført krav om utstedelse av import- og eksportsertifikat for alle stoffene under Psykotropkonvensjonen. Det årlige behovet for å importere de enkelte stoffene vil heretter rutinemessig bli meddelt INCB. ECOSOC's anbefalinger om innføring av strengere reguleringer for flere psykotrope stoffer, er dermed fulgt opp fra norsk side.

Det er Statens helsetilsyn som utsteder import- og eksportsertifikatene og er ansvarlig for den nasjonale rapporteringen til INCB. Sertifikatene skal utstedes for hver enkelt sending som inneholder sertifikatpliktige substanser eller legemidler med innhold av slike substanser. I 1995 utstedte Helsetilsynet ialt 353 importsertifikater og 178 eksportsertifikater. Per 1. juli 1996 var de tilsvarende tallene 266 og 122. Det økende antallet sertifikater skyldes dels at Norge har fulgt opp anbefalingen om å innføre sertifikatkrav for flere substanser, dels at det som følge av avviklingen av Norsk Medisinaldepots enerett til import og eksport av legemidler, er flere aktører i markedet enn tidligere.

Med virkning fra 12. februar 1995 er Norge tilsluttet FN-konvensjonen om ulovlig håndtering av og handel med narkotika og psykotrope stoffer av 19. desember 1988. FN-konvensjonen av 1988 utfyller de tidligere konvensjoner, herunder den Alminnelige Narkotikakonvensjon av 1961 med tilleggsprotokollen av 1972 og Psykotropkonvensjonen av 1971. 1988 konvensjonen kom til etter at FN's Generalforsamling anmodet (i res. 39/141 av 14.12.84) Narkotikakommisjonen (Commission on Narcotic Drugs) om å prioritere utarbeidelsen av et utkast til en konvensjon om ulovlig handel med narkotika som skulle dekke områder av problemet som ikke allerede var dekket av andre samarbeidsinstrumenter på feltet. Dette initiativ kom som en følge av det internasjonale samfunns erkjennelse av narkotikaproblemets globale karakter, og et ønske om ytterligere å effektivisere tiltakene mot dette.

Formålet med 1988-konvensjonen er primært å forsterke det internasjonale samarbeidet innen retts håndhevelsen på narkotikaområdet. De straffebestemmelser partene påtar seg å innføre i sin interne rett er mer vidtrekkende enn bestemmelsene i de tidligere konvensjonene. Herunder skal særlig nevnes:

Partene forplikter seg til innføre straffebestemmelser for hvitvasking av narkotikapenger, og kriminalisere befatning med stoffer som ikke i seg selv er narkotiske, men som kan brukes til framstilling av narkotika. Videre påtar partene seg å etablere jurisdiksjon over de overtredelser konvensjonen omfatter og som begås på deres territorium eller på skip som fører deres flagg. I anledning det siste forplikter partene seg til å etablere et system som kan behandle inn- og utgående anmodninger om bording av skip i åpen sjø, noe som anses viktig for å bekjempe narkotikasmugling til sjøs. Konvensjonen gir også anvisning på et styrket rettslig samarbeid i form av utlevering, overføring av rettsforfølgning, og formidling av rettsanmodninger. Partene skal også foreta årlige rapporteringer om narkotikautviklingen til FN-systemet. Norsk lovgivning anses å tilfredsstille 1988-konvensjonens krav. I denne anledning henvises blant annet til utformingen av strl § 317, som i 1993 ble endret til å omfatte alle praktisk tenkelige former for hvitvasking av utbytte fra straffbare handlinger, deriblant narkotikaheleri (tidligere straffelovens § 162a).

Sammen med de to tidligere FN-konvensjoner om narkotika, Den alminnelige Narkotikakonvensjonen av 1961 (med endringer i 1972) og Psykotropkonvensjonen av 1971, danner FN-konvensjonen om ulovlig håndtering av og handel med narkotika og psykotrope stoffer av 1988, et viktig rammeverk i den internasjonale kampen mot narkotika.

Norge har deltatt aktivt i FN's Narkotikakommisjon siden begynnelsen av 1980-tallet. Fra norsk side er det i Kommisjonen vedvarende pekt på viktigheten av:

- en balansert tilnærming til narkotikaproblemene, der restriktive kontrolltiltak integreres med tiltak for å redusere etterspørselen,
- å se alkohol og narkotika i sammenheng på området etterspørselsreduksjon,
- å gå imot tendenser til liberalisering av narkotikapolitikken og legalisering av narkotikamisbruk,
- at hele FN-systemet engasjerer seg i alkohol- og narkotikaproblemene ved å integrere et rusmiddelperspektiv i egne virksomhetsplaner og aktiviteter, og
- bedre og mer effektiv samordning av den internasjonale innsatsen, for å forebygge dobbeltarbeid og få mer ut av de begrensede ressursene.

Det er åpenbart at alkohol- og narkotikaproblemene i mange land vanskeliggjør sosial og økonomisk utvikling. Norge valgte derfor å rette oppmerksomheten mot rusmiddelproblemene under FN's Sosiale toppmøte i København i mars 1995. Betydningen av innsats mot disse problemene reflekteres i den politiske erklæringen og handlingsplanen som ble vedtatt i møtet.

I tillegg til den økonomiske støtten til de forannevnte prosjektene i regi av ILO og WHO, har Norge helt siden tidlig på 1970-tallet vært en betydelig bidragsyter til FN's arbeid mot narkotika (tilsammen ca 175 millioner kr siden 1972). De fleste norskstøttede prosjektene har vært integrerte distriktsutviklingsprosjekter som søker å legge forholdene til rette for alternative inntekter for bønder som dyrker opiumvalmuer.

6.2 Annet internasjonalt samarbeid mot narkotika

6.2.1 Dublingruppen

Dublingruppen er et uformelt, konsultativt organ for de største bidragsyterne til FN's Narkotikaprogram (UNDCP). Den ble etablert etter initiativ fra USA og vedtak i Det europeiske råd i Dublin i juni 1990. Gruppen har pr idag følgende medlemmer: de 15 EU-landene, Australia, Canada, Japan, USA, Europakommisjonen, UNDCP og Norge. I tillegg til uformell og åpen informasjonsutveksling og policydiskusjoner, spiller gruppen på et samarbeid mellom medlemslandenes ambassader i produksjons- og transitland, blant annet ved felles henvendelser til vedkommende lands myndigheter.

6.2.2 ICPO/Interpol

ICPO/Interpol er hovedelementet i det internasjonale politisamarbeidet. Organisasjonens historie går tilbake til 1923, og har i dag en noe uklar rettslig status. Informasjonsutvekslingen er derfor basert på nasjonal lovgivning.

Som ledd i en moderniseringsprosess er det satset mye på innføring av informasjonsteknologi og etablering av ulike spesialenheter. En av disse enhetene (Drugs Sub-Division) konsentrerer seg utelukkende om narkotikaproblemene. Dens formål er blant annet å arbeide for tettere samarbeid mellom medlemslandenes politimyndigheter om narkotikakontroll og stimulere til bedre informasjonsutveksling.

Narkotikaenheten er oppdelt i to grupper hvorav den ene konsentrerer seg om å legge forholdene best mulig til rette for samarbeidet mellom medlemslandene. Representanter fra gruppen foretar undersøkelser om situasjonen i sine tildelte geografiske regioner, analyserer felles problemer og kommer med forslag til bedre koordinering. Den andre gruppen arbeider med etterretning. Dens oppgave er blant annet å samle all relevant informasjon for å vurdere situasjonen til enhver tid, registrere større beslag og analysere trender når det gjelder nye smuglerruter og -metoder. Gruppen er ansvarlig for å sende ut oppdatert informasjon om sitt arbeid hver uke.

Norge har for tiden tre polititjenestemenn ved Generalsekretariatet for ICPO/Interpol i Lyon, Frankrike.

6.2.3 Verdens tollorganisasjon (WCO)

WCO er verdensomspennende med sine 142 medlemsstater pr juni 1996. Samarbeidet baserer seg på en konvensjon av 1952 som også Norge har tiltrådt. Sekretariatet holder til i Brussel. Det produserer blant annet strategisk og taktisk narkotika-etterretning basert på informasjonen fra medlemslandene. Norsk tollvesen er knyttet direkte til WCO's databaser. Et regionalt sambandskontor for Øst-Europa er plassert i Warszawa og konsentrerer oppmerksomheten mot narkotikatrafikk i landene i Sentral- og Øst-Europa. Norsk tollvesen har bistått WCO med instruktører til opplæringsprogrammer i narkotikakontroll for tolladministrasjonene i utviklingsland og i sentral- og østeuropeiske land.

6.3 Det europeiske samarbeidet mot narkotika og Norges deltakelse

6.3.1 Europarådets samarbeidsgruppe om narkotikaspørsmål; - Pompidougruppen

Den franske president Georges Pompidou tok i 1971 initiativ til en uformell «Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs», - derav populærbetegnelsen «Pompidougruppen». Tilknyttingen til Europarådet ble formalisert gjennom et «partial agreement» i 1980. Gruppen har nå 28 land og Europakommisjonen som medlemmer. Det er for tiden bare Albania, Belarus, Bosnia-Herzegovina, Kroatia, Latvia, Litauen, Makedonia, Moldova, Romania, Russland og Ukraina som ikke er medlemmer. Disse er imidlertid invitert til å søke medlemskap i tillegg til å delta på ad hoc-basis i gruppens tekniske aktiviteter.

Pompidougruppen sorterer ikke under noen av de faste ministerkomiteene i Europarådet. Gruppen består av medlemslandenes ministre med et særlig narkotikapolitisk ansvar; sosial-, helse-, justis- og/eller innenriksministre. Disse møtes med 2 - 3 års mellomrom for å drøfte narkotikasituasjonen og tiltak mot narkotikaproblemene, samt styrke grunnlaget for et tettere samarbeid på europeisk nivå. Møtene munner ut i en politisk erklæring og et konkret arbeidsprogram for kommende 2 - 3 årsperiode. Det neste ministermøtet er vedtatt holdt som et all-europeisk møte i Tromsø 15. - 16. mai 1997. En fast embetsmannsgruppe har ansvaret for å følge opp vedtakene gjort i ministermøtene, assistert av sekretariatet i Strasbourg.

Arbeidsprogrammet for perioden 1994 - 97 har følgende hovedinnsatsområder;

- epidemiologi og statistikk for bedre å kunne følge misbruksutviklingen i Europa,
- hensiktsmessige former for bla systematisk erfaringsutveksling om forebyggende tiltak,
- politiets rolle i forebygging av narkotikamisbruk,
- behandlingsrelaterte spørsmål, herunder problemer knyttet til barn av stoffmisbrukere, kvinneli-

ge stoffmisbrukere og misbrukere med HIV/AIDS,

- alternativer til fengsling av stoffmisbrukere og styrking av samarbeidet mellom rettshåndhevelsessystemet og helse- og sosialmyndighetene,
- etterutdanningsprogram for personell som arbeider med rusmiddelproblemer i Øst-Europa,
- rettshåndhevelsesspørsmål, herunder kontrollen med kjemiske stoffer som nyttes i framstillingen av narkotika og kontrollen med avhengighetsskapende legemidler,
- kontroll i internasjonale lufthavner og i havner med internasjonale skipsanløp, og
- styrking av samarbeidet med landene i Sentral- og Øst-Europa.

De politiske omveltningene i landene i Sentral- og Øst-Europa samt nye smuglerruter i Europa brakte på slutten av 1980-tallet økt kontakt og samarbeid med disse landene øverst på Pompidougruppens dagsorden. Et første, konkret tiltak var den aller første all-europeiske ministerkonferansen om narkotikaproblemer, som ble holdt i Oslo i mai 1991. Den politiske erklæringen fra konferansen uttrykte bred enighet om viktigheten av økt innsats innenfor områdene epidemiologi, rettshåndhevelse, andre forebyggende tiltak, behandling og rehabilitering. Den understreket dessuten betydningen av å videreutvikle det all-europeiske samarbeidet mot narkotikaproblemene. På grunnlag av den politiske erklæringen ble det utarbeidet en handlingsplan.

Med utgangspunkt i den samme erklæringen har Pompidougruppen trappet opp sitt tekniske samarbeid med landene i Sentral- og Øst-Europa, dels gjennom aktiviteter innenfor rammen av Europarådets Demosthenes-program (bistandsprogram for landene i Sentral- og Øst-Europa) og Demosthenes Bis-program (for landene i den tidligere Sovjetunionen), dels gjennom sitt eget etterutdanningsprogram for personell i disse landene.

Norge har bidratt aktivt til å sette viktige narkotikapolitiske tema på Pompidougruppens dagsorden og til å omsette dem i konkrete aktiviteter. Eksempler på dette er forebyggende tiltak overfor ungdom i faresonen og rusmiddelmisbruk blant kvinner. Etter et norsk initiativ holdt Pompidougruppen i februar 1993 i Os ved Bergen et symposium om oppsøkende virksomhet i arbeidet mot rusmiddelmisbruk. Norge inviterte i den forbindelse de sentral- og østeuropeiske deltakerne til et kurs om norsk alkohol- og narkotikapolitikk og tiltak mot rusmiddelmisbruk, i forkant av symposiet. Norge tok også initiativ til det forannevnte etterutdanningsprogrammet for personell som arbeider med rusmiddelproblematikk i Sentral- og Øst-Europa, og samfinansierer i all hovedsak dette med Sverige og Europakommisjonen. Norge har, ved sosialministeren, hatt formannskapet i Pompidougruppen siden november 1990.

6.3.2 Den europeiske union

I traktaten om Den europeiske union, som trådte i kraft 1. november 1993, er kampen mot narkotika spesielt omtalt i de nye kapitlene om folkehelsen og det mellomstatlige samarbeidet om justis- og innenriksaker innenfor de såkalte «første» og «tredje søyle». Det refereres ikke direkte til narkotikapolitikken i traktatens «andre søyle»; det felles utenriks- og sikkerhetspolitiske samarbeidet. Det europeiske råd har imidlertid vedtatt å gjøre arbeidet mot narkotika til et område for felles handling også under denne søylen.

Europakommisjonen la i juni 1994 fram forslag til en handlingsplan for EU-landenes innsats mot narkotika for perioden 1995 - 1999. Planen har tre hovedelementer: forebygging av narkotikamisbruk, reduksjon av ulovlig narkotikahandel og internasjonale samarbeidstiltak.

Et europeisk senter for overvåking av narkotikasituasjonen og misbruksutviklingen (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; - EMCDDA) er etablert i Lisboa. Senteret blir etter alt å dømme viktig for utvikling av en felleseuropeisk kunnskapsbase når det gjelder narkotika og misbruksproblemer. Senteret skal samle og analysere eksisterende data, forbedre sammenlignende metoder, spre data og samarbeide med europeiske og internasjonale organisasjoner, herunder Pompidougruppen, og altså også med land som ikke er medlemmer av EU. Ikke-medlemsland kan søke medlemskap i senteret. Sosialministeren rettet på denne bakgrunn i januar 1994 en henvendelse til Kommisjonen og senterets styre, som i generelle vendinger uttrykte interesse for norsk deltakelse i senteret. Styret har uttalt seg positivt til henvendelsen, og forhandlinger om medlemskap vil innledes 1997.

På oppdrag av Det europeiske råd (medlemslandenes stats- og regjeringssjefer) utarbeidet medlemslandenes justis- og innenriksministre i 1991 en rapport med forslag om å opprette Europol, et internasjonalt etterretningsorgan på bla narkotikaområdet. Etableringen av Europol i Haag, Nederland, er ett av flere tiltak som skal kompensere for større bevegelsesfrihet innen unionen.

Europols enhet for narkotikabekjempelse - European Drugs Unit (EDU) - fungerer som en etterretningsenhet i narkotikasaker for EU-landenes politi- og tollmyndigheter. For å sikre effektiv informasjonsutveksling vil hvert medlemsland stasjonere representanter ved enheten. I tillegg vil utveksling av informasjoner foregå via European Information System (EIS), et EDB-basert nettverk med forgreninger til hvert medlemsland. Europol vil også etablere sin egen database, Europol Information System, til bruk i sitt arbeid med krimanalyser sentralt ved hovedkvarteret.

Politisamarbeidet er knyttet til traktaten om Den europeiske unions «tredje søyle». Det ledes av Mini-

sterrådet for justis- og innenriksaker som har til oppgave å koordinere og stake ut en helhetlig kurs. Innen EU-området er grensekontrollen blitt styrket på unionens ytre grenser mot 3. land, dvs landegrenser, sjøhavner og kystområder samt internasjonale lufthavner. Som erstatning for bortfallet av kontrollen på de indre grenser er EU i ferd med å komme fram til andre kontrollmåter som er felles for alle land. I tillegg er tollvesenet i de enkelte land fortsatt representert ved fellesskapets indre grenser for å utøve kontroll med blant annet narkotika. Grunnlaget for kontroll må være kvalifisert, det vil si at det må foreligge mistanke eller indikasjoner på narkotikasmugling, i motsetning til ytre grenser hvor kontroll kan iverksettes uten mistanke.

EU's regelverk gir ikke noe klart svar på hvordan nasjonale myndigheter skal overvåke etterlevelsen av de restriksjoner som er fastsatt med hjemmel i Romatraktatens artikkel 36, jf traktatene artikkel 223b. Narkotikakontroll anses derfor som et nasjonalt anliggende. Organisasjon og arbeids- og kontrollmetoder er imidlertid endret. Kontrollen er fortsatt mest effektivt ivaretatt i tilknytting til grenseoverskridelser. Kravet til beslutningsgrunnlaget er skjerpet. Dette er tilfredsstillende gjennom et styrket narkotikaetterretningssamarbeid mellom toll og politi innen unionen.

I tilknytting til EØS ble det forhandlet to særavtaler som inngår som integrerte deler av EØS-avtalen. Den ene avtalen fremgår av avtalens Protokoll 10 om forenkling av tollformaliteter og kontrollprosedyrer i forbindelse med godstransport over landegrensene. Den andre avtalen fremgår av Protokoll 11 om samarbeid mellom tollmyndighetene i EØS-området for å sikre at tollovgivningen blir effektivt overholdt. EØS-avtalen medførte ikke endringer i narkotikakontrollen i forbindelse med trafikken til og fra utlandet. Kontrollen er opprettholdt og styrket gjennom økt administrativt samarbeid og nye metoder for avdekking av bla narkotikasmugling.

Ca 60 - 80% av all narkotika som beslaglegges i Norge har passert gjennom eller har opprinnelse i EU-området. Politi- og tollmyndigheter har derfor etablert et nært samarbeid med sine samarbeidspartnere innen unionen. For ytterligere å styrke grensekontrollen er Norge invitert til et narkotikaetterretningssamarbeid mellom tolladministrasjonene.

Norsk tollvesen samarbeider med EUs organisasjon som har ansvaret for teknisk bistand til oppbygging av nasjonale tollorganisasjoner og opplæring av tolltjenestemenn i Sentral- og Øst-Europa (EURO-CUSTOMS). Norge bidrar først og fremst med instruktører og veiledere, og står som vertskap for hospitanter fra tolladministrasjoner i land som inngår i opplæringsprogrammet. Norge gir spesiell prioritet til de land det er inngått bilaterale samarbeidsavtaler med. Norsk tollvesen har gjennomført kompetansehevende kurs for tolltjenestemenn fra land i Sentral- og Øst-Europa.

Norsk tollvesen er på forskjellige måter engasjert i de aktiviteter som skjer innen EU's organer som behandler tollvesenets narkotikakontrolltiltak. Tollvesenet har således kommet med i EU's operative kontrollaksjoner mot bla sjøverts- og lufttrafikk i Europa. I tillegg er EFTA-landene invitert til å delta i EU's samarbeid om tollkriminalitetsetterretning. Det arbeides bla for å komme frem til en konvensjon om felles utnyttelse av et tollkriminalitetssystem, Customs Information System (CIS) innenfor EU/EFTA-regionen.

Som nevnt tidligere, har Det europeiske råd vedtatt å gjøre arbeidet mot narkotika til et område for felles handling også innen den felles utenriks- og sikkerhetspolitikken. Det betyr at man i sterkere grad enn tidligere kan benytte alle sider ved fellesskapets politikk til å påvirke tredjelandets holdning til den ulovlige narkotikahandelen. Dette gjelder særlig i utviklings- og handelspolitisk sammenheng, hvor EU kan kreve samarbeid mot narkotika som en del av bilaterale avtaler. Man kan også i sterkere grad benytte seg av de muligheter som ligger i Lome-konvensjonen (EU's avtale med ca 70 u-land), som nevner bekjempelse av ulovlig narkotikahandel spesielt, og gjennom det generelle preferansesystemet for handel med u-landene. Dette siste har EU allerede benyttet til å gi full tollfrihet ved import av industrivarer fra en del sør- og mellom-amerikanske land. Hensikten er å gjøre disse landene mindre avhengige av fortjenesten fra narkotikahandelen.

Etter vedtak i Europakommisjonen i november 1992, ble EU's engasjement og bistand på narkotikaområdet utvidet til å omfatte også seks land i Sentral- og Øst-Europa. Narkotikaprogrammet overfor disse landene omfatter tiltak rettet mot både etterspørsels- og tilførselssiden. I desember 1993 vedtok Kommisjonen å utvide programmet slik at det nå omfatter 11 sentral- og østeuropeiske land, herunder de baltiske statene. Den økonomiske rammen for programmet tilsvarer ca 100 millioner kroner. Deler av de etterspørselsreducerende tiltakene som inngår i det utvidete programmet, blir gjennomført i samarbeid med Pompidou-gruppen. Programmet ble i 1996 vedtatt ytterligere forlenget frem til 1999, med en foreløpig finansieringsramme på omlag 130 millioner kroner.

Narkotikaprogrammet er en integrert del av EU's omfattende program for økonomisk gjenreising og demokratisering i landene i Sentral- og Øst-Europa; PHARE-programmet. EU har undertegnet vennskaps- og samarbeidsavtaler med de fleste land i Sentral- og Øst-Europa samt flere av de tidligere sovjetrepublikkene. Avtalene omfatter også felles innsats på narkotikaområdet.

Det europeiske råd vedtok i 1996 et femårig program for forebygging av narkotikamisbruk innenfor rammene av EU's Folkehelseprogram. Den totale kostnadsrammen vil trolig bli omlag NOK 225 millioner. Norge tar sikte på å delta i programmet in-

nenfor rammene av EØS-avtalen. Når en eventuell beslutning om dette er fattet i EØS-komiteen, vil spørsmål om godkjenning av beslutningen forelegges Stortinget som egen sak.

6.3.3 All-europeisk politi- og tollsamarbeid

Interpols generalsekretariat i Lyon og Verdens tollorganisasjon (WCO) i Brussel, samarbeider om felles europeiske spesialkonferanser for politi/toll som avholdes ca hvert annet år. De europeiske HONLEA-møtene (Heads of National Drug Law Enforcement Activities) under FN's Narkotikakommisjon, ble arrangert første gang i 1990. Hittil er det avholdt 2 europeiske HONLEA-møter. FN, ICPO/Interpol og WCO samarbeider med EU om koordinering av de forskjellige tiltak mot narkotikasmugling i Europa.

Tollsamarbeidet innen den all-europeiske regionen reguleres stort sett gjennom WCO. Norsk tollvesen deltar i tollsamarbeidet om informasjonsutveksling vedrørende narkotikasmugling som følger spesielle landverts ruter (feks BALKAN-INFO) eller sjøverts trafikk (MAR-INFO). Det tas også initiativ til felles europeiske tollkontrollaksjoner mot narkotikasmugling. Slike initiativ kan komme fra nasjonale tolladministrasjoner eller internasjonale tollorganisasjoner.

6.3.4 Schengen-samarbeidet

Schengen-samarbeidet mellom Benelux-landene, Frankrike, Tyskland, Spania og Portugal trådte i kraft 26. mars 1995. Italia, Hellas og Østerrike har sluttet seg til Schengen-konvensjonen med sikte på medlemskap, mens Norge og de øvrige nordiske land er med som observatører fra 1. mai 1996. Samarbeidet tar sikte på å etablere et reisefrihetsområde mellom medlemslandene gjennom bortfall av obligatorisk passkontroll ved passering av indre grenser, lik den pass- og reisefrihet som har eksistert mellom de nordiske land siden 1954. Dette forutsetter at landene foretar en effektiv kontroll på yttergrensene på vegne av hverandre, og at politisamarbeidet mellom landene styrkes.

Schengen er et mellomstatlig samarbeid, alle avgjørelser treffes ved konsensus. Formannskapet går på omgang mellom landene. Styringen av arbeidet foregår innen flere arbeidsgrupper, med eksekutivkomiteen av justis- og innenriksministre fra de forskjellige land som høyeste besluttsende organ. Blant arbeidsgruppene er: Politi og sikkerhet, fri personbevegelse, rettslig samarbeid, og utenriksforhold, med tilhørende undergrupper. En egen undergruppe under arbeidsgruppen for politi og sikkerhet arbeider med spørsmål i tilknytning til narkotikabekjempelsen. Gruppen er sammensatt av representanter fra politi, påtalemyndighet og tollvesen fra de enkelte deltakende land.

Innenfor rammene av det enkelte lands nasjonale

lovgivning og den kompetanse politiet har i det enkelte land, har medlemslandene en generell plikt til å yte bistand over landegrensene for å forebygge og oppklare alvorlige straffbare handlinger, som narkotikasmugling. Gjennom et felles datasystem, Schengen Information System (SIS), informerer Schengen-landene hverandre om personer som er mistenkt for å ha begått alvorlige forbrytelser og som er uønsket i det enkelte land, i overensstemmelse med de krav til personvern og datasikkerhet som er nedfelt i Europarådets konvensjon av 28. januar 1981 om personvern i forbindelse med elektronisk behandling av personopplysninger. Alle land som deltar i Schengen-samarbeidet forplikter seg til, i samsvar med de tre FN-konvensjonene, å treffe ethvert tiltak som er nødvendig for å bekjempe ulovlig narkotikahandel og å forebygge narkotikaetterspørsel, bla å vedta lovbestemmelser som hjemler beslag og inndragning av utbytte fra ulovlig handel med narkotika.

Schengenkonvensjonen gir videre anvisning på en rekke tiltak av betydning for narkotikabekjempelsen, herunder forfølgning og observasjon over grensene, tilrettelegging for gjennomføringen av kontrollerte leveranser og utplassering av sambandsmenn. Det siste er noe vi i Norge har gode erfaringer med fra det nordiske PTN-samarbeidet, som et meget viktig tiltak for bedre kommunikasjonen mellom de nasjonale politimyndigheter.

Narkotikakriminaliteten er i stor grad grenseoverskridende, og representerer dermed et særlig problem for toll-, politi- og påtalemyndighet som er bundet av nasjonale grenser i sin myndighetsutøvelse. Et styrket internasjonalt politisamarbeid er derfor av sentral betydning for oppnå virkelig framgang i bekjempelsen av smugling og ulovlig omsetning av narkotika. Schengensamarbeidet er i denne sammenheng av stor betydning da det representerer det hittil mest ambisiøse forsøk på å etablere et forpliktende internasjonalt politisamarbeid.

Konvensjonen om gjennomføring av Schengenavtalen gir bestemmelser om medbringning av legemidler som inneholder narkotika eller psykotrope stoffer. Slike legemidler til personlig bruk kan medbringes ved reiser til Schengen-stater forutsatt at det foreligger en attest som er utstedt eller bekreftet fra «en kompetent myndighet» i den reisendes hjemland. Følgelig er Schengen-reglene mht attestkrav til dels strengere enn bestemmelsene som er nedfelt i narkotikaforskriften. I henhold til Schengen-bestemmelsene kan det medbringes nødvendige legemidler med innhold av narkotika eller psykotrope stoffer for inntil 30 dagers forbruk. I Schengen-bestemmelsene skilles det mao ikke mellom strengt regulerte og mindre strengt regulerte narkotika/psykotrope stoffer slik det gjøres i narkotikaforskriften.

6.4 Det nordiske samarbeidet mot narkotika og Norges deltakelse

6.4.1 Nordisk kontaktmannsorgan

Nordisk samarbeid om bekjempelse av narkotika-problemene har helt siden begynnelsen av 1970-tallet vært høyt prioritert av Nordisk Råd, Nordisk Ministerråd og de nordiske lands regjeringer.

Nordisk kontaktmannsorgan for narkotikaspørsmål, et tverretatlig (helse-, sosial-, politi-, toll) utvalg under Nordisk Ministerråd, opprinnelig etablert som et uformelt kontaktorgan etter norsk initiativ i 1970, har de siste 10 år hatt ansvar for å gjennomføre flere konkrete, fellesnordiske handlingplaner mot narkotika. Den siste handlingsplanen (1995-97) ble vedtatt av de nordiske narkotikaansvarlige ministrene i februar 1995. En sentral komponent i Kontaktmannsorganets mandat er samarbeidet om internasjonale narkotikaspørsmål. Eksempelvis holdt kontaktmannsorganet et nordisk-baltisk møte i Tallinn i 1993. Kontaktmannsorganet har vist seg velegnet for drøfting også av samarbeidet i internasjonale fora. Fra 1. januar 1997 ble kontaktmannsorganet erstattet av en tverrsektoriell embetsmannskomite for narkotikaspørsmål (EK-Nark). Embetsmannskomiteen er direkte underlagt Ministerrådet.

6.4.2 Politi- og tollsamarbeidet i Norden

Det operative samarbeidet mellom politi- og tollmyndighetene er velutviklet og fungerer godt. Siden 1982 samordnes dette gjennom Politi- og tollsamarbeidet i Norden (PTN), formalisert av de nordiske justisministrene i 1984. PTN har vært et aktivt pådriverorgan, initiert en rekke fellesnordiske tiltak og bidratt til ressursinnsparing og effektivisering av politi- og tollinnsatsen i de nordiske landene. Løsningen av flere av de mer omfattende narkotikasakene de senere år kan tilskrives dette samarbeidet.

Felles sambandsmenn utstasjonert i viktige produsent- og transitland har bidratt vesentlig til de oppmuntrende resultatene. Disse arbeider for hele Norden, ikke bare for det land de er utstasjonert fra. De er knyttet til sine respektive lands ambassader i utstasjoneringslandene. Hovedoppgaven er å etablere og opprettholde gode forbindelser til vertslandets myndigheter med ansvar for narkotikaspørsmål, for på den måten å få tilgang på opplysninger av betydning for aktuelle saker i Norden. Foruten å innhente opplysninger etter ønske fra nordiske etterforskere, skal de også være behjelpelige i de tilfeller vertslandet ønsker informasjon fra nordiske myndigheter.

Det er utarbeidet en felles nordisk instruks for sambandsmennene, standardiserte blanketter for utveksling av etterretningsopplysninger mv. Samarbeidet har vakt internasjonal oppmerksomhet, og flere land arbeider nå med å etablere lignende ordninger. Norge har for tiden utstasjonert sambandsmenn i: Pakistan (1 polititjenestemann i Islamabad og 1 i

Karachi), Spania (2 polititjenestemenn og 1 tolltjenestemann i Madrid), Storbritannia (1 polititjenestemann i London), Nederland (1 tolltjenestemann i Haag) og Russland (1 polititjenestemann i Moskva.) Det arbeides med å få utplassert en polititjenestemann i Murmansk og en tolltjenestemann i Wien. Enkelte av sambandsmennene er også akkreditert til flere land.

Forøvrig er nordiske sambandsmenn utstasjonert i Ankara, Athen, Bangkok, Bonn, Budapest, Haag, Lisboa, London, Moskva, Nicosia, Roma, Tallinn, Vilnius, Warszawa, Wien og Wiesbaden.

Selv om alle våre nordiske naboland nå er EU-medlemmer, vil det nordiske politi- og tollsamarbeidet fortsatt stå sentralt i kampen mot narkotika.

6.4.3 Nordisk tolladministrativt råd (NTR)

Nordisk tolladministrativt råd består av de nordiske tolldirektørene og har ansvaret for tilrettelegging av tollsamarbeidet i Norden. Gjennom en av rådets permanente arbeidsgrupper; «kontrollutvalget», og ad hoc-grupper drøftes blant annet samarbeid om bekjempelse av narkotikasmugling. Tollkontrollsamarbeidet i Norden domineres av narkotikabekjempelse og reguleres blant annet gjennom den nordiske tollsamarbeidsavtalen av 11. september 1981. I tillegg har norsk tollvesen undertegnet separate samarbeidsavtaler om grensekontroll med Finland og Sverige. Felles tiltak mot blant annet narkotikasmugling over riksgrensene drøftes mellom partene i årlige møter i Grensetollsamarbeidsnemnda.

De nordiske landene er enige om en felles strategi i tollsamarbeidet med de øvrige landene i Østersjøområdet. Danmark, Finland, Sverige og Norge sluttførte i 1994 forhandlinger om bilaterale tollsamarbeidsavtaler med de baltiske statene. Man har også drøftet felles strategier når det gjelder hjelp til oppbygging av tollvesenet i de øvrige land i dette området.

6.4.4 Nordisk nemnd for alkohol- og narkotikaforskning (NAD)

Nordisk nemnd for alkohol- og drogforskning (NAD) ble opprettet av Nordisk ministerråd i 1978 etter en sammenslåing av Nordisk nemnd for alkoholforskning og Nordisk samarbeidsorgan for drogforskning. NAD's arbeidsområde er i hovedsak innrettet på den samfunnsvitenskapelige delen av alkohol- og narkotikaforskningen, selv om også andre fagområder som har relevans for rusmiddelfeltet inngår i virksomheten. I følge vedtektene har NAD til oppgave å fremme og utvikle tverrvitenskapelige kontakter innen alkohol- og narkotikaforskningen og forskning om avhengighetsskapende midler i de nordiske land. Videre skal NAD initiere og planlegge samnordiske forskningsprosjekt som belyser viktige alkohol- og narkotikapolitiske spørsmål, fremme nordisk informasjons- og dokumentasjonssamar-

beid, arrangere nordiske forskerkonferanser og bidra til utdanning og utveksling av rusmiddelforskere i Norden.

NAD er i sin helhet finansiert gjennom Nordisk ministerråd og har fram til nå vært organisert med en nemnd bestående av tre representanter fra hvert av de nordiske land. Fra 1997 er nemnden etter vedtak i Nordisk ministerråd, redusert til et medlem fra hvert land. NAD's sekretariat har tre ansatte med fast base i Helsingfors.

En evaluering av NAD's virksomhet i 1995 konkluderer med at NAD spiller en betydningsfull rolle for kontakten mellom nordiske forskere på rusmiddelfeltet. Dessuten bidrar NAD også til verdifull internordisk kontakt mellom praktikere og beslutningstakere på feltet. I gjennomgangen av ulike nordiske samarbeidsorganer i forbindelse med «Nordisk nytte» var NAD således et av de samarbeidsorganene som kom positivt ut.

NAD driver en utstrakt publiseringsvirksomhet og har med bakgrunn i samnordiske forskningsprosjekt og forskningskonferanser utgitt nærmere 30 større publikasjoner om ulike tema innen rusmiddelfeltet. Blant annet foreligger det publikasjoner om det internasjonale samarbeidet innen narkotikafeltet, bruk av tvang i behandling av rusmiddelmisbrukere og barn av rusmiddelmisbrukere.

6.5 Det internasjonale samarbeidet mot doping og Norges deltakelse

Internasjonalt samarbeid mot doping skjer i størst grad mellom idrettsorganisasjonene. Imidlertid skjer det også et visst samarbeid mellom statlige organ. Fra norske myndigheters side er det arbeidet i Europarådet, samt arbeidet i forbindelse med en sek-slandsavtale, som er det sentrale.

6.5.1 Nordisk samarbeid

På nordisk nivå ble det i 1982 etablert et nært samarbeid mellom idrettsorganisasjonene på dette feltet. I 1983 ble det inngått en avtale mellom de nordiske lands idrettsforbund. Avtalen ble videreutviklet til en egen nordisk antidopingkonvensjon som ble vedtatt i 1986. I 1993 ble konvensjonen gjort om til en avtale som andre land kan slutte seg til.

6.5.2 Europarådet

Siden 1982 har Europarådets idrettskomite arbeidet med anti-dopingspørsmål. Utgangspunktet for arbeidet har vært behovet for harmonisering av prinsipper og bestemmelser.

I 1984 vedtok Europarådets idrettsministerkonferanse «European Anti-Doping Charter for Sport». Dette ble utviklet til en bindende konvensjon, som ble åpnet for ratifisering i november 1989. Konvensjonen trådte i kraft 1. mars 1990. Norge var ett av de første land til å ratifisere konvensjonen. Pr. 1. juli

1996 har 39 stater undertegnet konvensjonen, hvorav 30 har ratifisert konvensjonen.

6.5.3 Sekslandssamarbeidet

Våren 1992 sluttet Norge seg til en avtale mellom regjeringene i Australia, Canada, og Storbritannia. Senere har også Frankrike og New Zealand kommet med i samarbeidet. Gruppen har de to siste årene søkt å utarbeide internasjonale standarder for dopingkontrollprosessen. Målet er at alle elementene i dopingkontrollen skal kvalitetssikres gjennom å bruke det internasjonale standardiseringsystemet ISO 9000 som verktøy. I tillegg åpner avtalen opp for kontroll av de andre land sine utøvere, samt bred erfarings- og informasjonsutveksling innenfor hele feltet. Norge har hatt lederskap og sekretariat for dette samarbeidet i 1995 og 1996.

6.6 Samspill mellom offentlig og frivillig innsats i det internasjonale narkotikasamarbeidet

I en helhetlig narkotikapolitikk er det også når det kommer til det internasjonale samarbeidet viktig med et samspill mellom offentlig og frivillig innsats for å forebygge og redusere narkotikaproblemer. Frivillige organisasjoner utgjør en viktig ressurs i det holdningsskapende arbeidet og i en rekke av de etterspørselsreduserende tiltakene som settes i verk. I Norge har vi gode tradisjoner på dette området der organisasjoner spiller på lag med myndighetene også for å ta vare på en restriktiv og helhetlig narkotikapolitikk. Dessuten har mange organisasjoner en pådriverrolle for at narkotikaproblemene skal mestres og minkes.

I det internasjonale narkotikasamarbeidet, særlig i FN, har det siden ICDAIT-konferansen i 1987 vært en økende forståelse for og anerkjennelse av at fri-

villige organisasjoners innsats har stor verdi i forebygging og bekjempelse av narkotikamisbruk. FN har etablert komiteer av frivillige organisasjoner (NGO) både i Wien og New York som drøfter og samarbeider om narkotikasporsmål. I slutten av 1994 ble det arrangert et World Forum om frivillige organisasjoners rolle i det forebyggende narkotikarbeidet.

Norge har i mange år støttet ulike rusmiddelprosjekter gjennom bistandsarbeidet til frivillige organisasjoner. Kirkens Nødhjelp var den første frivillige organisasjonen som ble godkjent av FN (UNFDAC) til å gjennomføre et norskfinansiert narkotikakontrollprosjekt i Thailand. FORUT har lenge drevet et rusmiddelinformasjonssenter (ADIC) på Sri Lanka. Dette er blitt modell for lignende tiltak i blant andre India og Tanzania. Senere har også Det Norske Totalavholdsselskaps Ungdomsforbund fått statlige midler til forebyggende tiltak på Sri Lanka. Blå Kors har etablert et behandlings- og rehabiliteringstiltak i Lesotho.

I 1996 ble det avholdt en nasjonal konferanse om rusmiddelarbeid i bistandssammenheng med deltakelse fra berørte myndigheter og frivillige bistandsorganisasjoner som arbeider med narkotikasporsmål. Formålet med konferansen var å drøfte erfaringer fra norskstøttede, rusmiddelrelaterte bistandsprosjekter og hvordan dette arbeidet kan utvikles. Konferansen viste at interessen for å ta med et rusmiddelperspektiv i bistandsarbeidet er økende i mange miljøer og at det ligger et uutnyttet potensiale i norske bistandsorganisasjoner for større engasjement på dette området. Det er et ønske fra disse organisasjonene om at Norge både i multilateral og bilateral sammenheng blir mer bevisst rusmidlenes betydning for den sosiale og velferdsmessige utvikling.

Vedlegg 2**Nye ungdomskulturelle utviklingstrekk og misbruksmønstre****1. UNGDOM OG NARKOTIKA**

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, SIFA, har fra 1968 foretatt årlige undersøkelser om bruk av rusmidler blant ungdom i Oslo. De to første årene ble det bare stilt spørsmål om cannabis. Undersøkelsene ble så utvidet til også å omfatte bruk av andre narkotiske stoffer, alkohol og tobakk. I 1986 ble det for første gang foretatt en tilsvarende undersøkelse på landsbasis der Oslo også inngår. Fra og med 1990 har både Oslo-undersøkelsen og den landsomfattende undersøkelsen blitt gjennomført hvert år. Den følgende beskrivelse av ungdommens forhold til narkotika baseres på disse undersøkelsene sammenfattet i publikasjonen «Ungdom og Rusmidler», utgitt av Rusmiddeldirektoratet og SIFA 1996 og resultater fra 1996-undersøkelsen.

Generelt er spørreskjemaundersøkelser om bruk av ulike rusmidler forbundet med visse typer feilkilder. En feilkilde er at ikke alle som får spørreskjemaet, svarer på undersøkelsen. En annen feilkilde er at mange - bevisst eller ubevisst - gir feilaktige opplysninger. Det er også rimelig å anta at ungdom som regelmessig bruker narkotika er noe underrepresentert i undersøkelsene. Dersom formålet er å belyse utviklingen over tid, er det imidlertid ikke avgjørende at data fra hvert enkelt år gir det helt korrekte bildet. Etter all sannsynlighet vil feilkildene tilnærmesvis være de samme fra år til år, så lenge svarprosenten er omtrent den samme og utvalgene ellers er tilnærmet like. En vurdering av tendenser over tid skulle derfor være forholdsvis pålitelig.

1.1 Hvor stor andel av ungdommen har brukt rusmidler?

Tabell 1 viser hvor stor andel av ungdom i Oslo og på landsbasis som oppgir at de noen gang har brukt alkohol, tobakk og ulike andre stoffer.

Tabell 1 Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Norge og i Oslo som oppgir at de noen gang har brukt forskjellige rusmidler (1996).

	Norge 1996	Oslo 1996
Alkohol	83	86
Tobakk	48	53
Cannabis	12,3	23,7
Sniffet løsemidler eller lign.	6,2	5,9
Amfetamin eller lignende	2,2	5,5
Kokain eller crack	0,6	2,9
Heroin eller lignende	0,6	0,9
LSD	0,8	1,7
Ecstasy	1,7	4,2
Narkotika med sprøyte	0,3	0,1
Beroligende midler	3,2	4,4
N	2040	759

Kilde: SIFA

Som det framkommer av tabell 1 har de fleste ungdommer i Norge i aldersgruppen 15-20 år erfaring med bruk av alkohol. Videre oppgir omkring halvparten at de har røykt tobakk noen gang. Ikke uventet er prosentandelen som har brukt legale stoffer som alkohol og tobakk, langt høyere enn andelen som noen gang har brukt illegale narkotiske stoffer og sniffet løsemidler.

Det kan være verd å merke seg at det så å si ikke er noen forskjell mellom landet som helhet og Oslo på hvor mange som har drukket alkohol, mens det er en litt høyere andel hjemmehørende i Oslo enn på landsbasis som har erfaring med tobakksrøyking. Andelen som oppgir at de har sniffet løsemidler er omtrent den samme på landsbasis som i Oslo. Når det gjelder det å noen gang ha brukt narkotika, er det imidlertid for noen av stoffene en markant forskjell mellom ungdom i Oslo og ungdom i Norge som helhet. Mens det i 1996 var 23,7 prosent i Oslo som oppga at de noen gang hadde brukt cannabis (hasj/marihuana), var det 12,3 prosent på landsbasis. Det er med andre ord en nær dobbelt så stor andel blant ungdom hjemmehørende i Oslo som har brukt cannabis, enn det vi finner i Norge som helhet. Omtrent den samme tendens gjør seg gjeldende for noen av de øvrige narkotiske stoffene.

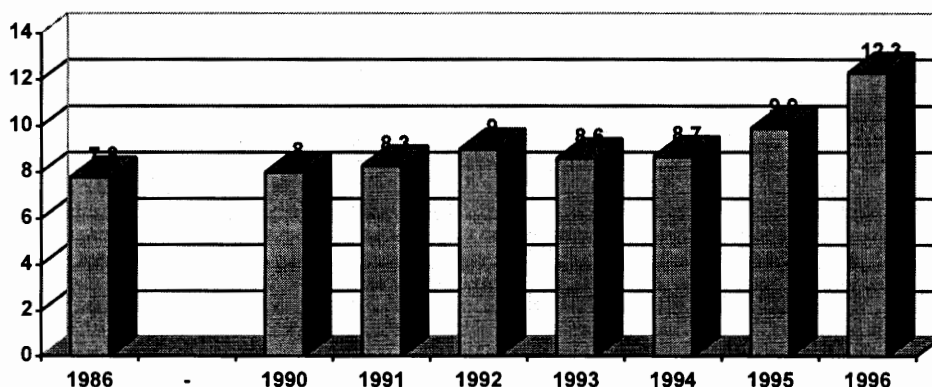
Den store forskjellen mellom Oslo og Norge som helhet når det gjelder bruk av narkotiske stoffer som cannabis og amfetamin, er ikke overraskende siden

det i store byer gjerne er større tilgang på illegale stoffer, og lettere å finne miljøer der det å eksperimentere med bruk av slike rusmidler er en del av livsstilen. At det er mer vanlig å bruke illegale rusmidler i storbyer enn på landsbasis finner man også i andre land.

1.1.1 Cannabis

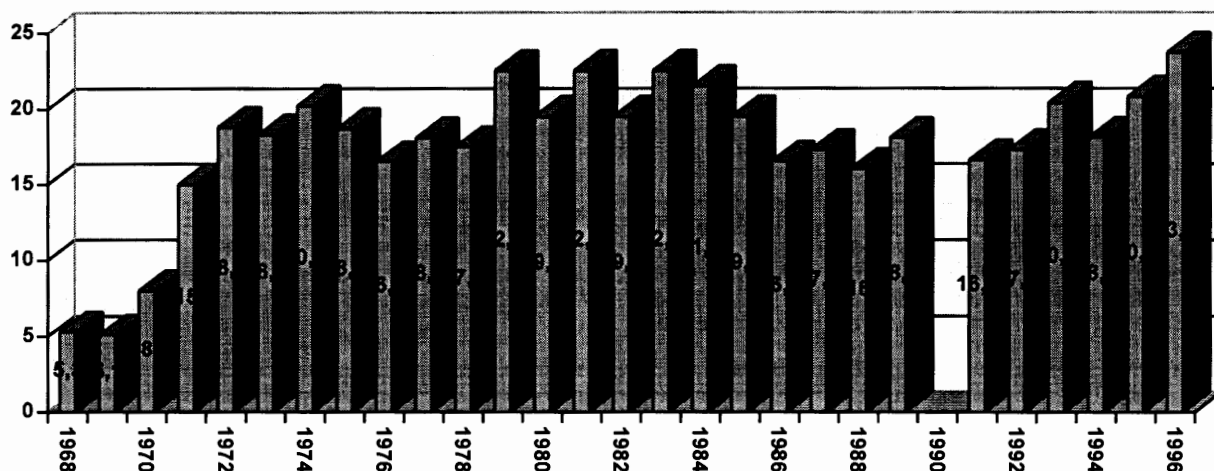
Figur 1 viser utviklingen i andelen av ungdom som oppgir at de noen gang har brukt cannabis på landsbasis, og figur 2 viser utviklingen i Oslo. På landsbasis kan vi beskrive utviklingen fra 1986, mens vi for Oslo har data tilbake fra 1968.

Figur 1 Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Norge som oppgir at de noen gang har brukt cannabis, (1986-96)



Kilde: SIFA

Figur 2 Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Oslo som oppgir at de noen gang har brukt cannabis (1968-96)



Som det framgår av figur 1 var det i årene fra 1990 til 1996 mellom 8 og 12 prosent av ungdom i Norge i alderen 15-20 år som oppga at de hadde brukt cannabis noen gang. Det er med andre ord omlag hver tiende ungdom på landsbasis som på 1990-tallet oppgir at de har hatt erfaring med bruk av cannabis. De siste par år har det funnet sted en viss økning.

De spesielle undersøkelsene fra Oslo som gir et mer langsiktig bilde, tyder på at i årene før 1970 var bruken av cannabis beskjeden. Bare fem prosent oppga at de hadde brukt cannabis i 1968 og 1969.

Fra og med 1970 fram til 1974 fant det imidlertid sted en klar økning, i 1974 var andelen i Oslo 20,2 prosent. Økningen kan etter alt å dømme tilskrives en såkalt kumulativ effekt. Det vil si at i årene mens bruk av cannabis fremdeles var et nytt fenomen blant ungdom, steg andelen som noen gang hadde brukt dette stoffet, etter som de første 15-16-åringene som hadde brukt cannabis ble eldre og nye brukere kom til blant de yngste. I årene etter 1974 var det så en liten nedgang, mens det helt i slutten av 1970-årene igjen var en viss økning. Denne økningen stoppet imidlertid opp i begynnelsen av 1980-

årene og andelen holdt seg på vel 20 prosent til midten av 1980-tallet. Deretter var det igjen en liten nedgang, mens det i et par av de senere år igjen kan synes å ha vært en økning. I 1995 og 1996 oppga henholdsvis 20,8 og 23,7 prosent at de hadde brukt hasj eller marihuana. Stort sett må man imidlertid kunne si at andelen av ungdom hjemmehørende i Oslo i aldersgruppen 15-20 år som har erfaring med bruk av cannabis, har vært relativt stabil de siste 20-25 årene.

Som tidligere nevnt er andelen ungdom som oppgir å ha brukt cannabis omtrent dobbelt så høy blant ungdom hjemmehørende i Oslo som blant ungdom på landsbasis. Det viser seg også å være til dels betydelige forskjeller mellom mange av landets fylker. Utenom Oslo er det, for årene 1990-96 samlet, Akershus som har den høyeste andelen ungdom som har brukt cannabis noen gang. Den laveste andelen finner vi i Sogn og Fjordane og Oppland, der det var

mindre enn fem prosent som oppga at de hadde brukt cannabis noen gang. Det er som regel forholdsvis flere som har brukt cannabis i de større byene enn ut over landet.

Det er viktig å understreke at de tall vi her har presentert, dreier seg om dem som noen gang har forsøkt cannabis. Dette innebærer naturligvis ikke at det er en så stor andel av ungdommen i alderen 15-20 år som bruker cannabis regelmessig. I 1996 var det bare 7,2 prosent av ungdom på landsbasis og 14,6 prosent av ungdom i Oslo som oppga at de hadde brukt cannabis i løpet av de foregående seks månedene. Flertallet av disse hadde bare brukt cannabis 1-4 ganger i løpet av denne tiden (tabell 2). Det var bare en liten gruppe - 2,1 prosent på landsbasis og 4,6 prosent i Oslo - som oppga at de hadde brukt cannabis mer enn 10 ganger i løpet av siste halvår. Det er med andre ord bare et mindretall som kan sies å bruke cannabis mer jevnlig.

Tabell 2 Antall ganger ungdom i alderen 15-20 år i Norge og i Oslo har brukt cannabis i løpet av de siste seks måneder (1996), prosent

	Antall ganger siste seks måneder					Til sammen
	0	1-4	5-10	11-25	26+	
Norge	92,8	4,1	1,0	0,8	1,3	100,0
Oslo	85,4	7,4	2,6	1,6	3,0	100,0

Kilde: SIFA

Da de første tilfeller av bruk av cannabis ble registrert i Norge på 1960-tallet, var dette i hovedsak blant ungdom som fulgte med i de nye hippie-aktige motestrømningene. De første undersøkelsene om cannabisbruk i Oslo kunne også tyde på at andelen som hadde forsøkt cannabis var størst blant dem som hadde fedre med akademisk utdanning. Dette varte imidlertid bare kort tid. Også ungdom fra andre miljøer fikk snart kontakt med hasj og marihuana. Det viste seg etter hvert at det ofte var ungdom med vanskelige oppvekstvilkår som utviklet misbruksproblemer knyttet til bruk av narkotiske stoffer. En rekke undersøkelser tyder på at mer varig bruk og misbruk av illegale rusmidler kan henge sammen med visse bakgrunnsfaktorer og problemer i hjem og skole. I de årlige ungdomsundersøkelsene ser det eksempelvis ut til at hvorvidt ungdom bor sammen med begge foreldrene eller ikke, har betydning. I årene 1993-95 samlet var det på landsbasis 6 prosent av dem som oppga at de hadde brukt cannabis som bodde sammen med begge foreldrene, mens det var 14 prosent av dem som bodde sammen med bare en av foreldrene og 15,3 prosent av dem som enten bodde alene, sammen med venner eller andre steder. I Oslo var det 12,5 prosent av dem som oppga at de hadde brukt cannabis som bodde sammen med begge foreldrene, mens det var 25,5 prosent av dem som

bodde sammen med bare en av foreldrene og hele 40,3 prosent av dem som ikke bodde sammen med noen av foreldrene.

Cannabis berører på ulike måter ungdomsgenerasjonens hverdag. Det skrives mye om hasj og hasjbruk i aviser, det snakkes om det på fjernsyn og på skolen. Flertallet av ungdommen har imidlertid ikke selv brukt cannabis. De kan likevel ved en eller flere anledninger ha fått tilbud om å kjøpe eller bruke hasj og marihuana, og det kan også være grunn til å tro at ganske mange ungdommer vet hvordan de kan få tak i cannabis hvis de skulle ønske det. Det blir i SIFAs undersøkelse stilt følgende spørsmål:

«Er du noen gang blitt tilbudt marihuana eller hasjisj?»

«Hvis du selv ønsket å få tak i litt marihuana eller hasjisj, tror du at du vil kunne klare å skaffe deg stoffet i løpet av 2-3 dager?»

Det er ikke spesifisert om det dreier seg om tilbud om kjøp eller om tilbud om å prøve hasj eller marihuana vederlagsfritt. I første halvdel av 1990-tallet var det omkring halvparten av ungdom på landsbasis som mente at de kunne skaffe seg cannabis i løpet av 2-3 dager, og rundt en fjerdedel som oppga at de no-

en gang var blitt tilbudt cannabis. I Oslo var det omkring to-tredeler som mente de kunne skaffe cannabis, og noe under halvparten som oppga at de var blitt tilbudt cannabis. De siste par år ser det imidlertid ut til å ha vært en økning. I 1996 var andelen som er blitt tilbudt cannabis steget til 31 og 53 prosent for henholdsvis hele landet og Oslo, mens tilsvarende 60 og 73 prosent mente de kunne skaffe stoffet i løpet av 2-3 dager.

Norge har en restriktiv narkotikapolitikk, med strenge strafferammer for brudd på narkotikalovgivningen - både sammenlignet med andre land og sammenlignet med andre lovbrudd. Stort sett har det vært og er bred enighet både blant politikere og blant folk flest i dette spørsmålet. I andre europeiske land er det imidlertid i stadig større grad blitt stilt spørsmål ved hensiktsmessigheten av å kriminalisere bruk og innehav av mindre kvanta narkotiske stoffer.

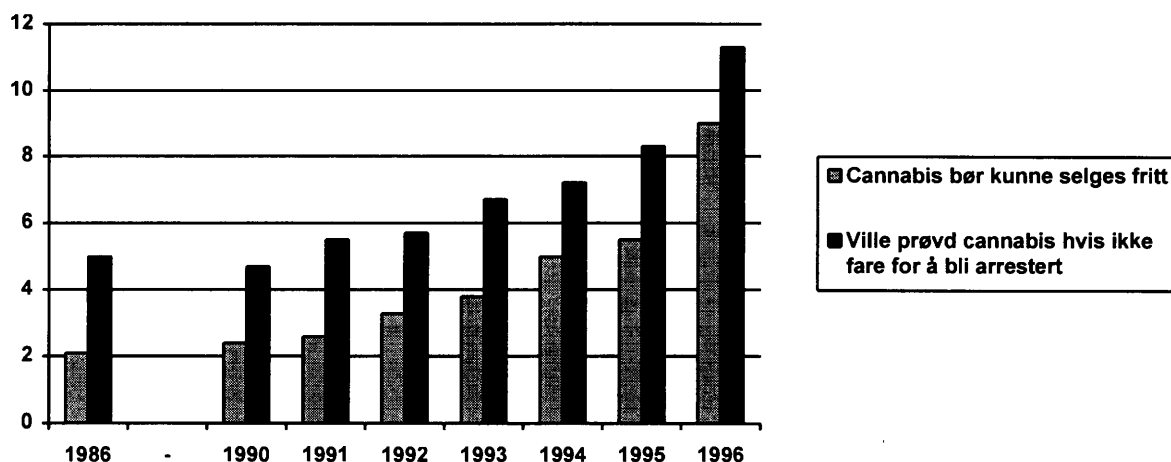
Hva mener så ungdom i Norge om dette spørsmålet? Støtter de opp om at vi i Norge skal ha en restriktiv holdning til bruk og salg av cannabis? Kan vi spore noen endring i holdninger over tid? I de foreliggende undersøkelser blir det stilt to spørsmål om hvordan ungdom stiller seg til cannabis:

«Mener du at marihuana og hasj bør kunne selges fritt her i landet?»

«Hvis du selv fikk anledning til å prøve marihuana eller hasj uten fare for å bli arrestert, ville du prøve det?»

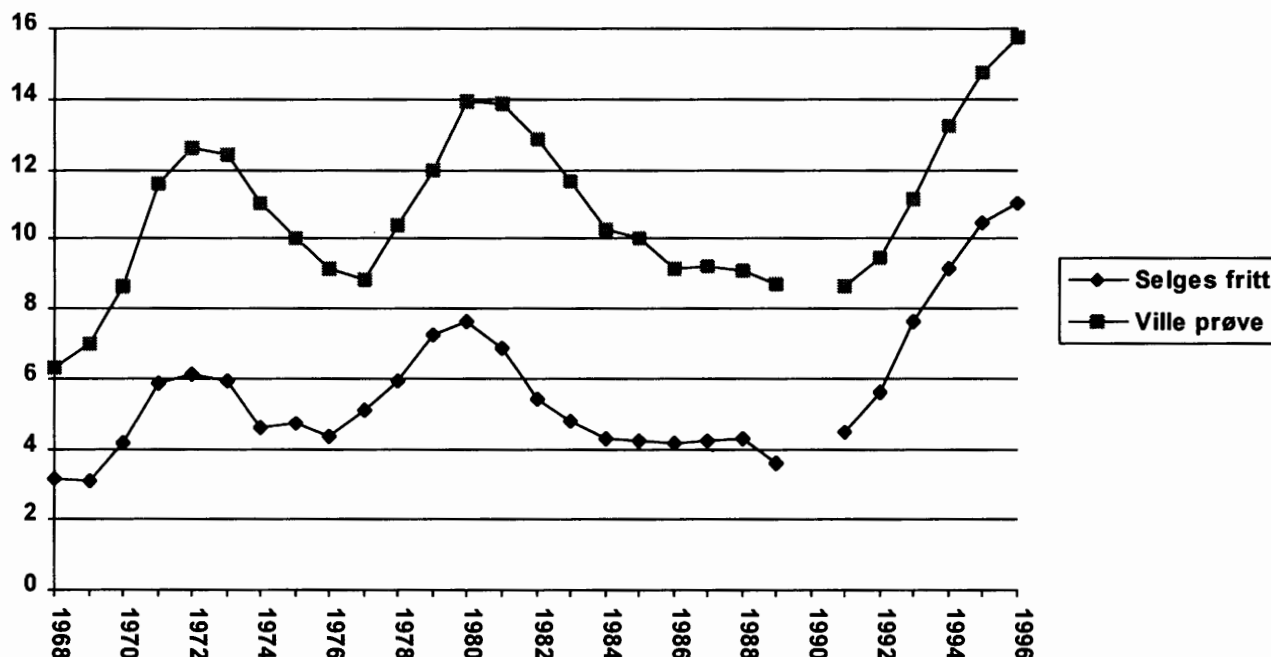
Det fremgår av figur 3 at det altoverveiende flertall av ungdom i alderen 15-20 år er av den oppfatning at cannabis ikke bør kunne selges fritt i Norge. Det er også bare et mindretall som sier at de kunne tenke seg å prøve cannabis hvis de kunne gjøre det uten fare for å bli arrestert. Det kan imidlertid spores en viss utvikling i mer liberal retning. Andelen ungdom på landsbasis som mener cannabis bør kunne selges fritt her i landet, har økt fra 2,1 prosent i 1986 til 9,0 prosent i 1996, med en markert stigning fra 5,5 prosent i 1995. Tilsvarende finner vi at det har vært en klar økning i andelen som oppgir at de selv ville prøve cannabis hvis det ikke var noen fare for å bli arrestert, fra 5,0 prosent i 1986 til 11,3 prosent i 1996.

Figur 3 Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Norge som sier at cannabis bør kunne selges fritt her i landet og prosentandel som sier at de ville prøve cannabis hvis de fikk anledning til det uten fare for å bli arrestert, 1986-96.



Kilde: SIFA

Figur 4 Prosent blant ungdom i Oslo i alderen 15-20 år som sier at cannabis bør kunne selges fritt og som kunne tenke seg å prøve cannabis hvis det ikke var fare for å bli arrestert (3-årig glidende gjennomsnitt)



Kilde: SIFA

Utviklingen i Oslo har gått i bølger, både når det gjelder andelen som sier at cannabis bør kunne selges fritt og andelen som sier at de ville prøvd cannabis hvis det ikke var fare for å bli arrestert (figur 4). Det var en økning fram til 1972-73, deretter en nedgang fram til 1976-77, hvorefter det igjen var en økning. Fra begynnelsen av 1980-tallet var det så en nedgang fram til begynnelsen av 1990-tallet. I de senere år har det igjen vært en markert økning, både i andelen som mener at cannabis bør kunne selges fritt og i andelen som ville prøvd cannabis hvis det ikke var fare for å bli arrestert. Tallene for 1996 viser at blant ungdom i Oslo var det 11,4 prosent som mente at cannabis bør kunne selges fritt, mens 16,6 prosent oppga at de ville prøvd cannabis dersom det ikke var fare for å bli arrestert.

Det er med andre ord visse tegn til at ungdom både på landsbasis og i Oslo i løpet av de senere år har fått et noe mer liberalt syn på bruk av cannabis enn hva som tidligere var tilfelle. Det kan imidlertid være verd å merke seg at det er færre som sier at cannabis bør kunne selges fritt og at de vil prøve cannabis hvis det ikke var fare for å bli arrestert - enn som sier

at de har brukt stoffet. Dette kan tolkes i retning av at en del av dem som har brukt cannabis etter alt å dømme ikke har planer om å gjøre dette igjen, selv om det ikke ville være forbundet med noen fare for straffeansvar. Det kan i denne sammenheng være verd å minne om at en relativt stor andel av dem som noen gang har brukt cannabis bare har gjort dette en eller noen få ganger.

1.1.2 Andre narkotiske stoffer

De årlige undersøkelsene om bruk av rusmidler blant ungdom gir også et visst grunnlag for å vurdere hvor mange unge som noen gang har brukt det som ofte kalles «harde» stoffer - som heroin, amfetamin, kokain ol. Det kan her igjen være på sin plass å minne om at når det gjelder slike «harde» narkotiske stoffer, er disse spørreskjemaundersøkelsene først og fremst beregnet på å beskrive i hvilken grad ungdom i sin alminnelighet har prøvd slike stoffer. Når en skal beskrive omfanget av misbruk, må en i tillegg også ha andre datakilder.

Tabell 3 Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Norge som noen gang har brukt forskjellige narkotiske stoffer, 1986-96.

År	Amfeta- min-	Kokain, crack	Heroin	Sprøyte	Ecstasy	LSD
1986	1,0	—	0,5	0,4	—	0,5
—	—	—	—	—	—	—
1990	1,0	0,5	0,5	0,2	—	—
1991	0,9	0,3	0,5	0,2	—	—
1992	1,0	0,3	0,9	0,4	—	—
1993	1,2	0,3	0,8	0,4	—	—
1994	1,1	0,3	0,6	0,3	0,3	0,4
1995	1,6	0,4	0,8	0,4	0,9	0,3
1996	2,2	0,6	0,6	0,3	1,7	0,8

Kilde: SIFA

Tabell 3 gir en oversikt over andelene på landsbasis og tabell 4 over andelen i Oslo som rapporterer at de har brukt ulike andre narkotiske stoffer i de årene undersøkelsene har funnet sted. Det er, som vi tidligere har nevnt, bare en liten andel av ungdom mellom 15-20 år som noen gang har brukt narkotiske stoffer som amfetamin, kokain, heroin, LSD og ecstasy. I Oslo er andelene høyere. Det ser ut til at andelen som har brukt slike stoffer noen gang har vært relativt stabil siden begynnelsen av 1980-tallet, men, ikke minst i Oslo, med en klar økning i 1996. Tallene er imidlertid små, og som vi har vært inne på flere ganger tidligere, må de derfor tolkes med forsiktighet.

Tabell 4 Prosent av ungdom i Oslo som oppgir at de noen gang har brukt forskjellige stoffer

År	Amfeta- min	Kokain/ Crack	Heroin	Ecstasy	LSD
1975	5,9	—	—	—	3,4
1976	4,8	—	—	—	2,2
1977	3,9	—	1,4	—	1,2
1978	3,2	—	1,2	—	1,6
1979	4,1	—	2,2	—	2,3
1980	3,1	—	1,7	—	0,6
1981	3,0	—	1,2	—	1,2
1982	3,4	—	1,3	—	1,4
1983	2,4	—	1,6	—	0,9
1984	4,0	—	1,4	—	0,6
1985	1,8	—	1,3	—	0,7
1986	2,2	—	0,5	—	0,6
1987	3,3	—	1,6	—	0,7
1988	2,5	1,5	1,0	—	0,5
1989	2,3	1,5	1,4	—	0,3
1990	—	—	—	—	—
1991	2,3	0,8	0,6	—	—
1992	2,2	0,7	1,4	—	—
1993	3,9	0,9	2,5	—	—
1994	4,4	1,7	1,3	2,1	1,9
1995	3,5	1,1	0,9	1,5	1,3
1996	5,5	2,9	0,9	4,2	1,7

Kilde: SIFA

1.1.2.1 Amfetamin

Amfetamin ble først tatt i bruk som rusmiddel blant ungdom i Norge på slutten av 1960-tallet. Det er imidlertid lite som tyder på at amfetamin har fått noen større utbredelse blant ungdom her i landet. Det er bare rundt to prosent av ungdom på landsbasis som oppgir at de noen gang har brukt amfetamin (tabell 3).

Utviklingen i Oslo framgår av tabell 4. Tidlig på 1970-tallet var det to prosent som oppga at de hadde brukt amfetamin, mens andelen på midten på 1970-tallet var steget til omkring seks prosent. Deretter sank den noe, og på slutten av 1970-tallet oppga omkring fire prosent at de noen gang hadde brukt amfetamin. På 1980-tallet var det omkring to-tre prosent og andelen holdt seg på dette nivået fram til de siste par år, hvor det har funnet sted en økning til omkring 5,5 prosent som sier at de noen gang har brukt amfetamin. Det er imidlertid langt færre som har brukt amfetamin i løpet av de siste seks måneder. På 1990-tallet har det vært omkring en halv prosent på landsbasis og omkring to prosent i Oslo som sier dette.

På samme måte som det er en større andel som oppgir at de har brukt amfetamin enn heroin noen gang, er det også flere som sier at de har blitt tilbudt amfetamin enn heroin. Dette gjelder både for landet som helhet og for Oslo. I 1996 var det omtrent dobbelt så mange i Oslo (omlag 20 prosent) som på landsbasis (9 prosent) som oppga at de var blitt tilbudt amfetamin. Det ser ut til at det har vært en økning i andelen som har blitt tilbudt amfetamin de siste år, spesielt i Oslo.

1.1.2.2 Heroin

Heroin er i dag det «harde» illegale narkotiske stoffet som brukes mest blant dem som gjerne kalles de etablerte stoffmisbrukere i Norge. Heroin tas i Norge i all hovedsak i sprøyte, men kan også røykes - en bruksmåte som observeres stadig hyppigere i enkelte andre europeiske land. Selv om prisen på heroin i Norge er høy sammenlignet med land lenger sør i

Europa, er prisen de senere år blitt forholdsvis mye lavere. Dette framkommer i så vel samtaler med misbrukere som i rapporter fra politiet. Både politiet og misbrukere rapporterer at det også er mye heroin i omløp, spesielt i Oslo. For dem som ønsker det, er det således blitt lettere å skaffe seg heroin enn tidligere.

Selv om det som nevnt er blitt forholdsvis lett tilgang på heroin, spesielt i Oslo, er det ikke noe som tyder på at det er flere unge i alderen 15-20 år som har forsøkt å bruke heroin i dag enn i tidligere år. Det er mindre enn én prosent på landsbasis og mellom én og to prosent av ungdom i Oslo som oppgir at de noen gang har brukt heroin eller et annet opiat. Som det framgår av tabellene 3 og 4 har det bare vært små endringer fra år til år, både i landet som helhet og i Oslo. I den forbindelse kan det være verd å merke seg at det heller ikke synes å ha blitt flere ungdommer som oppgir at de er blitt tilbudt heroin de senere år enn tilfellet var tidligere. På landsbasis har det gjennom flere år vært tre-fire prosent som oppgir dette, og i Oslo seks-åtte prosent.

1.1.2.3 Kokain, crack

Fra midten av 1980-tallet har det vært mye oppmerksomhet omkring kokain og crack både i USA og i Europa. Fra USA har det for eksempel vært rapportert at crack er et rusmiddel som spesielt appellerer til ungdom, og at brukerne ofte får store problemer. Kokain har i større grad blitt brukt som et rusmiddel av voksne, gjerne etablerte kvinner og menn. I Norge er det i følge politiet ikke blitt funnet crack blant ungdom, og også kokain synes å være sjeldent forekommende i misbruksmiljøene. Prisen på kokain i Norge er høy sammenlignet med f.eks. amfetamin.

Heller ikke SIFAs undersøkelser tyder på at kokain eller crack har fått noe fotfeste blant ungdom i Norge. Tabell 3 viser at på landsbasis har omlag en halv prosent av ungdommen i de senere år oppgitt at de har brukt kokain eller crack. I Oslo har den tilsvarende andelen vært på omkring én prosent, men steg i 1996 til 1,9 prosent (tabell 4). Det er også forholdsvis få som er blitt tilbudt kokain/crack, på landsbasis var det i 1996 i underkant av fire prosent og i Oslo omkring ti prosent.

1.1.2.4 Narkotika med sprøyte

Å ta et narkotisk stoff med sprøyte vil for de fleste være en forholdsvis mer dramatisk handling enn å røyke, sniffe eller svelge det samme stoffet. Bruk av sprøyter vil derfor sannsynligvis for mange være et langt mer alvorlig skritt på en mulig vei mot stoffmisbruk enn f.eks. å røyke hasj. Både heroin, amfetamin, legemidler og kokain er narkotiske stoffer som kan brukes i sprøyter. Av de ungdommene som inngår i undersøkelsene, er det mindre enn en halv prosent på landsbasis og mindre enn én prosent i Oslo

som rapporterer at de noen gang har tatt narkotika med sprøyte. Prosentandelen har vært nokså stabil med bare små endringer fra et år til et annet.

1.1.2.5 Sniffing av løsemidler

Sniffing av løsemidler blir ofte omtalt sammen med bruk av illegale rusmidler, selv om bruk av lynol, tynner, lim osv. til beruselse ikke er straffbart og dermed heller ikke kommer inn under narkotikalovgivningen. De senere år har det vært i underkant av syv prosent som oppgir at de har sniffet løsemidler noen gang, både på landsbasis og i Oslo. Sniffing av løsemidler og lignende stoffer blant barn og yngre ungdom er et fenomen som fra tid til annen slås opp i pressen. Ser vi på hvor mange som har sniffet i løpet av de siste seks måneder, finner vi at det er flere i de yngste enn i de eldste aldersgruppene. Det er med andre ord mye som tyder på at sniffing av løsemidler er et fenomen som kommer og går i enkelte barne- og ungdomsmiljøer, og at langt de fleste slutter etter en eller noen få ganger. Noen fortsetter imidlertid å sniffe løsemidler, og i Oslo har det i mange år vært en mindre gruppe «sniffere» som er svært forkomne.

1.1.2.6 Psykofarmaka

Bruk av beroligende midler i berusningsøyemed er utbredt blant norske misbrukere. For å få et bilde av bruken av slike legemidler blant ungdom i sin alminnelighet er det derfor i de siste årene blitt stilt følgende spørsmål:

«Har du noen gang brukt beroligende midler (f.eks. Valium, Vival, Stesolid, Rohypnol) uten at det hadde vært foreskrevet av lege?»

Det ser ikke ut til at ureglementert bruk av denne typen legemidler er særlig utbredt blant ungdom i sin alminnelighet, og i de årene vi har opplysninger fra har tallene vært omtrent de samme. På 1990-tallet har det vært omkring tre prosent på landsbasis og fem prosent i Oslo som oppga at de noen gang hadde brukt beroligende legemidler uten at det har vært foreskrevet av lege. Etter som vi bare har informasjon om hvorvidt ungdommene har brukt beroligende midler noen gang, er det naturlig nok flere blant de eldste enn blant de yngste. Resultater fra andre undersøkelser viste at ungdom som hadde brukt legemidler stort sett hadde fått disse fra foreldre til såkalt terapeutisk bruk, slik at det i liten grad var snakk om å bruke legemidler for å oppnå rus.

1.1.2.7 Sammenhengen mellom bruk av cannabis og andre stoffer

Cannabis er uten sammenligning det illegale stoffet som er mest brukt blant ungdom. Det er imidlertid en tydelig sammenheng mellom bruk av cannabis og bruk av andre narkotiske stoffer og det å sniffe løse-

midler. Tabell 10 viser hvordan den prosentvise andel som har brukt forskjellige illegale stoffer øker

med et økende forbruk av cannabis. Det samme gjelder for sniffing.

Tabell 5 Prosentandel som har brukt forskjellige narkotiske stoffer og sniffet, blant ungdom i aldersgruppen 15-20 år som har brukt cannabis forskjellige antall ganger i Norge og i Oslo (1993-95 samlet).

Antall ganger brukt cannabis	Brukt amfetamin		Brukt kokain		Brukt heroin		Tatt stoff med sprøyte		Sniffet		Antall	
	Norge	Oslo	Norge	Oslo	Norge	Oslo	Norge	Oslo	Norge	Oslo	Norge	Oslo
0	0,3	0,7	0,0	0,0	0,1	0,3	0,0	0,1	4,1	3,6	6 718	1 163
1-5	1,9	5,2	1,4	2,2	0,8	0,7	0,6	0,8	25,1	16,5	363	134
6-50	11,1	11,5	3,1	1,1	3,7	3,4	1,6	0,0	30,5	14,9	189	87
51+	47,1	65,9	14,9	29,5	28,7	27,3	17,2	13,6	56,3	43,2	87	44
I alt	1,2	3,8	0,4	1,2	0,6	1,4	0,3	0,6	6,4	6,7	7 357	1 428

Kilde: SIFA

Blant dem som har brukt cannabis mer enn 50 ganger, eller det man i denne sammenheng vil kalle «storforbrukere» av cannabis, finner man at på landsbasis har nesten halvparten også brukt amfetamin, 29 prosent har brukt heroin, 15 prosent har brukt kokain, 17 prosent har tatt et narkotisk stoff med sprøyte - og mer enn halvparten har sniffet løsemidler. De tilsvarende tall for Oslo er: 66 prosent har også brukt amfetamin, 27 prosent heroin, 30 prosent kokain, 14 prosent har tatt et narkotisk stoff med sprøyte og 43 prosent har sniffet løsemidler. Det er med andre ord en større andel av dem som har et høyt forbruk av cannabis i Oslo enn på landsbasis, som også har brukt amfetamin og kokain. Når det gjelder bruk av heroin, sprøyter og sniffing av løsemidler, ser imidlertid denne andelen ut til å være større på landsbasis enn i Oslo. Denne forskjellen kan tyde på at det på landsbasis i større grad er de samme gruppene av ungdom som bruker alle typer illegale rusmidler, mens man i Oslo i større grad kan finne grupper av ungdom som holder seg til et «smalere» spekter. Det må imidlertid tas forbehold da tallene som danner bakgrunn for beregningene er små - noe som innebærer at de er forbundet med stor usikkerhet.

Utover at bruk av cannabis kan være bekymringsfullt i seg selv, ser det altså ut til at et høyt forbruk av cannabis øker sannsynligheten for også å ha prøvd andre «harde» stoffer. Det er så godt som ingen som ikke har brukt cannabis som har brukt amfetamin, heroin, kokain eller tatt et narkotisk stoff med sprøyte. Med andre ord kan man med relativt stor sikkerhet si at hvis en ungdom ikke har brukt cannabis har

han eller hun heller ikke brukt andre narkotiske stoffer. Omvendt finner vi at så godt som alle som har brukt «harde» narkotiske stoffer også har brukt cannabis. Dette stemmer overens med andre norske og amerikanske undersøkelser.

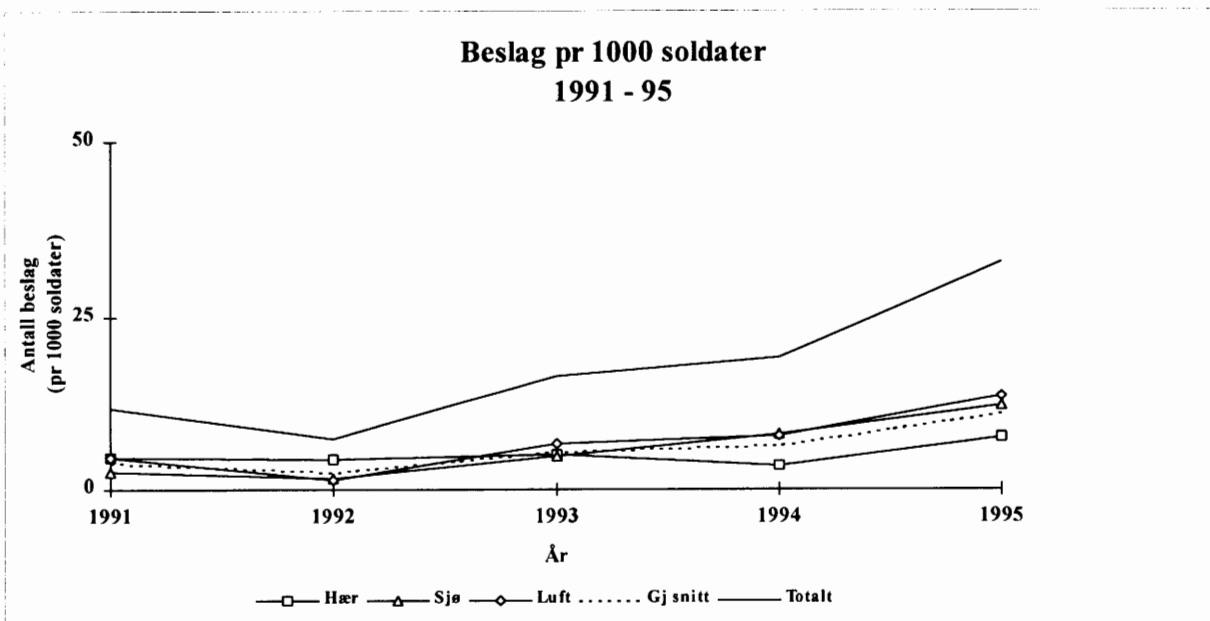
1.2 Omfanget av narkotikamisbruket i Forsvaret

De utviklingstrekk man finner i survey-undersøkelsene til SIFA gjenfinnes i Forsvaret. Hvert år utarbeides det en rapport om rusmiddelsituasjonen i Forsvaret, som behandler følgende områder:

- den generelle situasjonen i samfunnet og i Forsvaret
- aktivitetsdata fra Forsvarets Rusmiddelutvalg, kontaktnemndene og Forsvarets narkotikagrupper
- som vedlegg; statistikk fra Forsvarets narkotikagrupper og resultat av årlig undersøkelse om rusmiddelvaner blant vernepliktige soldater, samt statistikk fra Rusmiddeldirektoratet og Kriminalpolitisen.

Utviklingen i antall beslag pr 1000 vernepliktige soldater i perioden 1991-95 viser en markant økning fra 1993 til 1995 (figur 5). Økningen kan ha sammenheng med en bedre utnyttelse av ressursene og vektlegging av innrykkskontroller, og derved økt oppdagelsesrisiko. I tillegg kan en bredere innsats fra en større andel personell i Forsvaret ha bidratt til å gjøre gruppene mer effektive med hensyn til å oppdage misbruk på et tidlig tidspunkt.

Figur 5 Antall beslag pr 1000 vernepliktige soldater i perioden 1991-95.



Kilde: Forsvarets overkommando

Forsvaret gjennomfører hvert år en spørreundersøkelse blant vernepliktige soldater vedrørende rusmiddelmisbruk. I 1996 omfattet undersøkelsen ca 2 700 soldater. 14,2 prosent opplyste at de hadde misbrukt hasj før frammøte til tjeneste (tabell 5). Tilsvarende tall for 1995 var 13,2 prosent. For amfetamin 3,4 prosent i 1996 mot 2,7 prosent i 1995. Omkring 2 prosent oppga at de hadde brukt cannabis etter frammøte til tjeneste.

Undersøkelsen viser videre at det er en økende andel blant soldatene som opplyser at de har sluttet med narkotika (hasj og andre narkotiske stoffer) etter frammøte til tjeneste. I 1996 svarte 7,6 prosent at de hadde sluttet.

Tabell 6 Misbruk av hasj før og etter frammøte til tjeneste i perioden 1991-96. Prosentvis andel av soldater som opplyser at de har sluttet med narkotika (hasj og andre narkotiske stoffer) etter frammøte til tjeneste i perioden 1991-96.

	Før frammøte (%)	Etter frammøte (%)	Sluttet etter frammøte (%)
1991	9,3	3,8	4,4
1992	9,6	2,9	6,1
1993	11,5	2,8	5,7
1994	10,0	1,6	4,4
1995	13,2	2,7	7,4
1996	14,2	1,9	7,6

Kilde: Forsvarets overkommando

1.3 Narkotika i trafikken

Statens rettsstoksikologiske institutt (SRI) analyserer blodprøver i tilfeller der det er mistanke om bilkjø-

ring under påvirkning av rusmidler. SRI har i løpet av de siste år registrert en stor økning av prøver fra bilførere mistenkt for kjøring under påvirkning av andre rusmidler enn alkohol. Mens antall tilfeller med mistanke om kun alkoholpåvirkning er halvert i løpet av de siste 12 år (fra 10 500 prøver i 1983 til 5 448 i 1995), er antall tilfeller med mistanke om andre rusmidler i samme tidsperiode tredoblet (fra ca 900 prøver i 1983 til 3 329 prøver i 1995). Andre rusmidler enn alkohol representerer nå nærmere 40 prosent av det totale antall tilfeller med mistanke om påvirket kjøring. De hyppigst påviste stoffene er tetrahydrocannabinol (THC, aktivt virkestoff i cannabis), amfetamin, benzodiazepiner og opiater. Også i trafikksammenheng er cannabis det mest utbredte rusmidlet etter alkohol, men bruk av tyngre narkotiske stoffer er blitt mer vanlig i trafikksammenheng, og antall positive tilfeller har økt betydelig mer enn antall saker. Fra 1994 til 1995 økte antall positive amfetaminprøver med 75 prosent (fra 533 til 937) og antall positive heroinprøver med 87 prosent (fra 92 til 172). Analyser av prøver utført av SRI viser også at det er vanlig med bruk av flere stoffer samtidig, over 60 prosent av sakene i 1995 var positive på mer enn ett stoff, og da er alkohol ikke medregnet.

1.4 LSD, Ecstasy og House-problematikken

Mens LSD har vært kjent i misbruksmiljøene fra tidligere år, synes bruken av ecstasy (MDMA) å være et relativt nytt fenomen. I følge SIFAs undersøkelser og politiet var LSD fra midten av 1980 og fram til de par siste år så godt som fraværende i Norge og spørsmål om LSD ble derfor tatt ut av undersøkelsen. I den senere tiden er det imidlertid mye som ty-

der på at LSD på nytt er blitt et stoff som brukes av ungdom. Dagens bruk av LSD - og også det nye stoffet ecstasy - er i følge politiet i stor grad knyttet til de såkalte «house- og ravemiljøene» i de større byene. Vinteren 1995 var det i den forbindelse mye oppmerksomhet i massemedia om bruken av ecstasy. De siste årene har politiets beslag av ecstasy og lignende stoffer steget betydelig. På det illegale markedet kan det være svært tilfeldig hva som blir solgt som ecstasy. Innholdet av MDMA kan være lite, eller i noen tilfeller helt fraværende. Eksempler fra utlandet viser at både LSD og heroin, blandet med amfetamin og ulike bedøvelsesmidler selges som ecstasy.

Fra 1994 er det i SIFA-undersøkelsene stilt spørsmål om bruk av ecstasy og LSD. Det var bare 1,7 prosent på landsbasis og 4,2 prosent i Oslo som i 1996-undersøkelsen oppga at de noen gang hadde brukt ecstasy, og 0,8 prosent på landsbasis og 1,7 prosent i Oslo som oppga at de noen gang hadde brukt LSD (tabell 3 og 4).

Som for de andre stoffene er det flere som oppgir at de er blitt tilbudt LSD og ecstasy enn det er som har brukt dem. I 1996 var det på landsbasis fem prosent og i Oslo ti prosent som hadde blitt tilbudt LSD, mens det var henholdsvis ni prosent på landsbasis og tyve prosent i Oslo som sa at de hadde fått tilbud om ecstasy. Ikke siden hippie-epoken på 1960-tallet har vi hatt en kombinasjon av rus- og musikkultur blant ungdom som det vi har sett de senere år i forbindelse med ecstasymisbruk knyttet til houseparties og rave-musikken. Denne spesielle rus/musikkulturen kom til Norge fra England tidlig på 1990-tallet.

Massemedia har de siste årene vært opptatt av housekulturen. Det har vært gitt uttrykk for at denne nye ungdomskulturelle trend kan representere fare for en ny oppblomstring av en narkotikakultur, med derav følgende narkotikaproblemer blant ungdom. Housekulturen innebærer ikke i seg selv noen føringer om bruk av narkotika. Det er også lite bruk av alkohol på såkalte raveparties. Men i kulturens vektlegging på å sprengre grenser, ekshibisjonisme, frihet, kreativitet og nysgjerrighet ligger det et potensiale for at bruk av f.eks. ecstasy kan bli en mote-sak. Uteseksjonen i Oslo har i 1994 og 1995 hatt et kartleggingsprosjekt på raveparties, hvor de oppgir å ha snakket med ca 300 ungdommer. Av dem oppga ca 40 å ha brukt narkotika. Dette utgjør ca. 13 prosent. De fleste som hadde brukt narkotika var over 20 år. Mistanken om at brukere av designerdrugs (som ecstasy og LSD) ofte rekrutteres fra ungdomsmiljøer med høy status, kan skape frykt for en imitasjonseffekt som på sikt kan føre til større spredning. Fra å være illegale fester i nedlagte industrilokaler, er raveparties og tilsvarende arrangementer nå blitt «stuerene» i den forstand at det blir søkt om nødvendige tillatelser for hvert tilfelle. Bakgrunnen for dette er i første rekke den aktivitet og fokusering Oslo politikammer har rettet mot de illegale festene. Re-

presentanter fra Narkotikaseksjonen har også gjennomført studiebesøk til Edinburgh, og har etter modell fra kolleger der utarbeidet en arbeidsmal for politiet i Norge for hvordan man kan stille krav til arrangører av houseparties. Hovedformålet er på best mulig måte å hindre ulovlig omsetning av narkotika i og omkring festlokalene.

Av narkotiske stoffer som omsettes i forbindelse med houseparties, synes ecstasy å være det mest populære. I tillegg er det beslaglagt cannabisstoffer, amfetamin, LSD og kokain. Politiet anser i dag housepartiene for å være den største rekrutteringssentral for narkotika blant ungdom. Erfaringene så langt tilsier at flere og flere unge i dag går raskere over fra hasj som introduksjonsstoff til hardere stoffer som nevnt ovenfor. Noen begynner også direkte med ecstasy.

Arrangørene av houseparties er avhengig av et stort antall gjester, gjerne 3 - 5000, for at det skal være økonomisk lønnsomt med slike fester. Dette skyldes i første rekke omkostninger knyttet til leie av lyd- og lysutstyr, samt lokalleie. Blant arrangører blir det uoffisielt uttalt at omsetning/misbruk av narkotiske stoffer er nødvendig for å lokke flest mulig ungdommer til festene, slik at det økonomiske overskuddet blir størst mulig.

I dag omsettes stadig mer av disse stoffene også på vanlige diskotek. Dette henger i stor grad sammen med at flere og flere diskotek spiller «techno/rave»-musikk. Dette gjelder særlig i de større byene. Såkalte private parties - «loftsfester» - som består av en engere krets av tilfeldig inviterte gjester fra «rette» miljø, blir stadig mer populært. Alt i alt medfører dette problemer for politiet i arbeidet med å avdekke den ulovlige omsetningen og bruken av disse stoffene, fordi miljøene blir mer lukket og vanskeligere tilgjengelig.

Foruten politiets operative og forebyggende arbeid rettet mot dopomsetningen og misbruket i disse miljøene, er Uteseksjonen i Oslo kommune også sterkt engasjert i det forebyggende arbeidet. Uteseksjonen har i samarbeid med Rusmiddelsekretariatet (Oslo kommune), og med støtte bla fra staten, iverksatt kampanjen «Stopp dopet - ikke dansinga», hvor det legges vekt på housekulturens positive sider, men hvor bruk av ecstasy og andre stoffer blir motarbeidet. Oslo politikammer har aktivt støttet kampanjen «Stopp dopet - ikke dansinga», og det er avholdt flere samarbeidsmøter hvor framtidige strategier har vært drøftet. Det viktigste ved denne aksjonsgruppen er at det er ungdom selv som driver aktivt informasjonsarbeid om skadevirkninger osv til annen ungdom. Så langt blir kampanjen oppsummert som positiv når det gjelder oppmerksomhet og oppslutning. Samtidig konstateres det at det etter Uteseksjonens erfaring blir mer rus på partyene, og spesielt i enkelte klubber. Det hevdes at housekulturen er i ferd med å gå over fra å være en subkultur til å bli en motekultur for vanlig ungdom. Det er dess-

uten antatt at housekulturen etterhvert er blitt et viktig innslag i ungdomskulturen også andre steder i landet enn Oslo. Dermed blir oppgaven å motarbeide narkotikainnslaget i housekulturen, på samme måte som i annen ungdomskultur.

Gjennom dokumentasjon fra blant annet England, ser man nå langtidsskadevirkninger av ecstasymisbruk. Foruten de psykiske skadevirkningene har rettsmedisinsk institutt i Sheffield offentliggjort en studie der det fastslås at langvarig bruk av ecstasy kan ødelegge leveren, samt gi hjerte- og hjerneska-der. Undersøkelsen er basert på obduksjon av 7 personer som døde som følge av ecstasyinntak. I Norge er vi så langt skånet for ecstasydødsfall, men vi ser at ungdom får psykiske skadevirkninger som følge av misbruket. Blant annet har man sett tilfeller der heroin blir brukt for å «roe» seg ned når virkningene av ecstasy/LSD blir problematiske. Denne utviklingen gjør seg også gjeldende i f eks Nederland og England. En undersøkelse i Sveits viste at 94% av ecstasy-brukerne også brukte andre ulovlige narkotiske stoffer, som cannabis, kokain, LSD og heroin.

Etter alt å dømme vil det gå enda noen år før housekulturen vil kulminere. Men selv om musikkulturen etterhvert vil forsvinne som fenomen, er det fare for at ecstasy er kommet for å bli. Det er allerede tegn til at misbruket er i ferd utvikle seg vekk fra de tradisjonelle, og i omfang begrensede miljøene knyttet til house/rave-scenen, til å bli et rusmiddel i blant ungdom i sin alminnelighet. Undersøkelser foretatt i England viser at opp mot halvparten av ungdommene i enkelte distrikter har eksperimentert med eller jevnlig bruker ecstasy eller lignende stoffer. Bruk av disse stoffene synes å ha blitt en del av den almenne ungdomskulturen.

Økt forståelse av og innsikt i nye ungdomskulturelle strømninger og misbruksmønstre er viktige i det narkotikaforbyggende arbeidet. På denne bakgrunn, dels basert på data fra undersøkelsen Ung i Oslo 1996, har UNGforsk på oppdrag av Sosial- og helsedepartementet og Barne- og familiedepartementet sett nærmere på enkelte markerte ungdomskulturelle utviklingstrekk og den rollen disse kan ha som innfallsporter til misbruk av narkotiske stoffer.

UNGforsk: «Ungdomskulturer og narkotikabruk»

Viggo Vestel, Geir H. Moshuus, Tormod Øia og Anders Bakken.

1. Ungdomskulturer og narkotikabruk

«Unge folk idag vokser opp i et samfunn der mange normer ikke er fornuftige - ting blir ugyldige, og det finnes uholdbare tradisjoner som ikke endrer seg.... du ser at mange ting ikke er sånn som du blir fortalt de er... For eksempel det der med dop. Her har det vært masse tåpelig skremselspropaganda. Jeg har sjøl blitt fortalt at røyker du hasj mer enn fire ganger, så blir du avhengig. Når du så opplever at dette langt fra stemmer i virkeligheten, ser du at dette bare er svada. Du mister respekten for dem som snakker sånn. Mange foreldre snakker sånn. Foreldre som aldri har skjont bæra av for eksempel musikkens betydning, eller andre ting som handler om ungdomskultur. Problemet er at de rett og slett ikke har troverdighet, de veit ingenting om hva de snakker om..... Men «gutta», de har troverdighet. Folk som har prøvd sjøl. Kompisene som er inni hva det du driver med handler om. Dette er faktisk veldig viktig. Cannabis blir putta i samme bås som heroin, kokain og LSD. Ingen trur på det der tullet lenger...» (snowboardkjører)

Det kan synes underlig å påstå at man bør kjenne til en del sentrale punkter om hvordan verden ser ut fra synsvinkelen til for eksempel en snowboardentusiast for å kunne legge opp en fornuftig narkotikapolitikk for Norge. Sitatet retter søkelyset mot noe som antakelig har vært et problem for alle samfunnets velmente og velbegrunnede forsøk på å forhindre at ungdom ruser seg på uønskete stoffer: man blir ikke trodd. Foreldrene, lærere, ungdomsarbeidere og offentlige kampanjer har «ingen troverdighet». De som ungdom stoler på i slike saker, er derimot dem som selv står midt inne i ungdomskulturene, det vil si ungdom selv.

Sosialantropologer har lenge hatt som ideal å beskrive verden fra de «innfødtes synsvinkel» («from the natives point of view»). Å anlegge et slikt perspektiv, tror vi, vil kunne være et nyttig utgangspunkt for arbeidet med å forebygge og motvirke bruk av narkotika. En slik tilnærming innebærer at man tilstreber å forstå hvilken plass eventuelle narkotiske stoffer har for deltakerne selv innenfor de respektive ungdomskulturelle fellesskapene, og at man er villig til å gå nærmere inn på stoffenes betydning i de aktuelle ungdomskulturenes historie og konkrete innhold - slik dette fremstår for ungdommene som assosierer seg med dem. Dette perspektivet har vært en viktig rettesnor for arbeidet med denne rapporten.

Hovedlinjene i kapitlene vil være som følger. I kapittel 1 presenteres de mer teoretiske forståelsesrammene, og begrepsbruken vi har lagt til grunn for arbeidet. Kapittel 2 består av en kort presentasjon av data som antyder en sammenheng mellom ungdomskulturelle bølger og holdninger til rusmidler. Kapittel 3 gir en beskrivelse av noen dagsaktuelle ungdomskulturelle kjernemiljøer og hvilken plass ulike rusmidler har innenfor disse fellesskapene. Kapittel 4 gir et bilde av utbredelsen av stoffbruk på landsbasis og i Oslo, og av hvilke brukerprofiler som led-

sager dette bildet. Kapittel 5 omhandler bruk av illegale rusmidler blant innvandrerungdom. I kapittel 6 foretar vi en oppsummering av rapportens hovedpunkter.

1.1 Dagens narkotikasituasjon - en forståelsesmodell

Dagens narkotikasituasjon kan illustreres med følgende statistikk. Prosentandelen av norsk ungdom i alderen 15-20 som oppgir å ha prøvd ulike rusmidler noen gang, i perioden 1993-1995 er basert på SIFAs undersøkelser. Tallene fra Oslo viser prosentandelen 16-17 åringer som oppgir å ha prøvd illegale rusmidler de siste 12 måneder i en spørreundersøkelse utført av UNGforsk i 1996.

Tabell 1 Omfang av illegale rusmidler blant ungdom i Norge og Oslo

	Landet som helhet	Oslo
Cannabis	9,0	20,4
Ecstasy	0,4	4,5
LSD	0,6	2,7
Amfetamin e.l.	1,3	5,1
Kokain el. crack	0,4	2,9
Heroin e.l.	0,7	1,6
Opium	-	1,1
Morfin	-	1,5
Khat	-	1,5
Fleinsopp	-	1,9
Sprøytebruk	0,4	-

Kilde: Skretting/SIFA (1995) (landet som helhet)/Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996

Det er her viktig å merke seg at tallene er hentet fra to typer spørreundersøkelser som både i type og svarprosent er nokså ulike. Begge presenteres nærmere under pkt. 1.3. Trolig innebærer postenquete-metoden, som SIFA bruker i sin undersøkelse, at brukerprosentene er noe underestimert. Likevel illustrerer tabellen hovedpoenget at antall brukere i Oslo er betydelig høyere enn for landet som helhet. Formålet med analysene og beskrivelsene nedenfor er å synliggjøre noen hovedtrekk ved de sosiale prosessene som disse tallene skjuler.

Som utgangspunkt for beskrivelsen av dagens narkotikasituasjon vil vi dra nytte av en tilnærming som særlig tar hensyn til det ungdomskulturelle aspektet ved stoffbruk. Ungdomskulturer forstås her som fellesskap som karakteriseres ved estetikker, væremåter og verdisyn som ikke, eller bare i liten grad deles med andre alderskategorier, og som ofte utvikles rundt bestemte aktiviteter som for eksempel musikk, idrett, motor, friluftsliv og liknende.

Med «estetikker» mener vi her de til enhver tid gjeldende oppfatningene om hvordan de ulike fellesskapenes sentrale verdier skal uttrykkes - hva som er «tøffest», «stiligst», «coolest» i henhold til hva de ulike ungdomskulturene dyrker. Heavy metal-fans

har feks en forkjærlighet for nagler, svart læran-trekk, dødningehoder og skrekksymboler. Housekul-turens representanter derimot foretrekker fargerike, lette, syntetiske tekstiler, og symboler assosiert med datateknologi og østlige religioner, mens idrettsung-dom gjerne ifører seg merkeklær som refererer til populære idrettshelter, og som kommuniserer even-tuell sunnhet, treningsiver og kunnskap om hva som skjer på de arenaene som denne ungdomsgruppen anser som viktige. Alt dette er eksempler på bruk av estetiske virkemidler for å kommunisere tilhørighet til ulike ungdomskulturer. Ungdomskulturene inklu-derer både fellesskap som markerer sterk opposisjon og forskjellighet overfor andre aldersgrupper, og fel-lesskap som ikke gjør det. Fiolinspill og frimerke-samling kan altså betraktes som ungdomskulturelle ytringer på lik linje med dyrking av housemusikk og skateboard kjøring, forutsatt at aktivitetene også danner grunnlag for et fellesskap som markerer en viss avstand til andre aldersgrupper. Narkotikabruk har vært særlig aktuelt innenfor de opposisjonelle ungdomskulturene. Men det finnes også viktige unn-tak fra denne regelen. En rekke ungdomskulturelle fellesskap avgrenser seg fra hverandre ved hjelp av ulike identitetsmarkører og tegn som sammen dan-ner en mer eller mindre helhelig stil. Her kan rus-midler inngå som en blant flere bestanddeler. Etter-som aksept og bruk av narkotiske stoffer for mange unge vil være en del av en slik stilpakke som støtter opp om og legitimerer slik bruk, vil det være nød-vendig å se nærmere på de prosessene som kan gi stoffbruk en slik plass i det ungdomskulturelle land-skapet. Slike prosesser utvikles ved et samspill mel-lom tre sentrale grupperinger hvis egenskaper be-skrives nedenfor.

1. *Elite*ne er relativt små kjernemiljøer som i særlig grad står for innovasjon og utvikling av spiss-kompetanse. Med betegnelsen «elite» mener vi her grupper som «går foran», som introduserer nye verdier, symboler og adferdsformer til større ungdomsgrupper. Ordet «elite» vil i manges ører ha en nokså entydig positiv klang. Man tenker for eksempel på «sportselite», «næringslivselite» eller kunstneriske eliter som innehar en ver-difull ekspertise som mange andre vil og eventu-elt bør hige etter. Betegnelsen «elite» i denne rap-porten, brukes derimot i en nøytral betydning som ikke hentyder til verken positive eller negative vurderinger av hva disse ungdomskulturelle grup-peringene representerer. Elite (slik vi her be-nytter ordet) har en særlig oppmerksomhet rettet mot impulser fra internasjonale ungdomskulturel-le strømninger og står til tider i direkte kontakt med representanter for disse. Impulsene herfra danner utgangspunkter for lokal videreføring og nyskaping. Disse innovatørgruppene danner alt-så en slags kreativ «undergrunn», og utvikler sen-trale identitetsmarkører som bærer fram stilene og tilhørende budskap. Frisyre, klesdrakt, musi-kalske uttrykk, adferdsformer, gjenstander og symboler og i visse tilfeller utvalgte rusmidler kan her inngå som slike markører. Disse danner en slags identitetsbærende «hinne» rundt kjerne-miljøene, og «viser hvem de er» vis a vis omver-den. Elite tenderer også til å dyrke en viss eksklusivitet. Det eksisterer en rekke slike eliter i dagens ungdomskulturelle landskap.

2. *Tilhengerne*. Dette er større ungdomsgrupper som mottar, fascineres av og tar i bruk de mest karakteristiske stiltrekkene og identitetsmarkø-rene som innovatørgruppene har utviklet, gjerne i en noe mer statisk og karikert form. De «kjøper

pakka», så å si, men er i mindre grad med på å ut-vikle selve innholdet. Det er når kulturelle uttrykk utviklet av de elitepregede kjernemiljøene får gjennomslag til bredere miljøer, at større ung-domskulturelle strømninger utvikles. Det er like-vel viktig å understreke at «tilhengerne» likefullt foretar aktive og kreative valg idet de velger å identifisere seg med ett bestemt ungdomskulturelt fellesskap, blant flere mulige alternativer. Gjen-nomslag til større grupper vil forøvrig ofte føre til en viss «forsteining» av innholdet over tid. Når denne prosessen har gått langt nok og budskapet er kommet i utakt med de sosiale endringsproses-sene som til enhver tid skjer, vil fellesskapet for-vitre, og nye former vil kunne oppstå.

3. *Mainstreamgruppene* utgjør hva vi kan kalle «gjennomsnitts ungdommen» og karakteriseres ved å hente impulser litt «herfra og derfra». De har en mer mangfoldig og heterogen profil enn 1 og 2. De velger i sterkere grad ut visse enkeltele-menter -for eksempel artister, noen klesplagg, el-fra det til enhver tid eksisterende repertoaret av identitetsmarkører som omgir de aktuelle tilhen-gergruppene. Mainstream ungdom foretar også en rekke kreative valg, blant annet ved eksplisitt å ta avstand fra de mer helhetlige stilpakkene. De omtaler gjerne seg selv, i tråd med dette, som «vanlige» ungdommer, og befinner seg i tilsva-rende stor avstand til elitene som avvises som ekstreme. Mainstreamgrupperingene utgjør den desidert største ungdomsgruppen.

Elite utviker et repertoar av identitetsmarkører. Disse uttrykker et mer eller mindre helhetlig bud-skap. Noen av disse markørene velges ut, registreres og benyttes av Tilhengerne som deres identitetsmar-kører. Enkelte av disse trekkene vil så igjen velges ut av mainstreamgrupperingene, men vil i slike tilfeller være relativt fri for de ideologiske føringene som det opprinnelig var en del av. På denne måten skjer det altså en gradvis «fortynning» av budskapet i proses-sen der et stiltrekk går veien fra Elitegruppene via Tilhengerne til å nå Mainstreamgrupperingene.

Det må presiseres at grensene mellom disse tre grupperingene i mange tilfeller er flytende. Ofte er det fra Tilhengergruppene at nye eliter utvikler seg. Og når dagens eliter ikke lenger har et publikum, mister de sin kraft og forsvinner ut av «scenen». Li-keledes skjer det til tider store lekkasjer fra Main-stream til Tilhengergruppene hvis budskapene har stor nok gjennomslagskraft. Bildet er med andre ord i kontinuerlig forandring, noe som selvsagt gjør det desto vanskeligere å forstå det til enhver tid eksiste-rende landskapet av ungdomskulturer.

Forutsetningen for at slike prosesser skal skje, er imidlertid at elitegruppene budskap (som uttrykkes gjennom stil, symboler, verdier, adferd) har en viss appell til større ungdomsgrupper. Årsakene til at et budskap faktisk viser seg å ha en slik appell, er kom-pliserte, og vil være nært knyttet til en rekke forhold forbundet med stilhistorie, samfunnsutvikling, tek-nologi og økonomi. Det faller utenfor denne fram-stillingens rammer å gå nærmere inn på slike årsaks-sammenhenger (se også pkt 3.8.1.). I mange tilfeller vil slike prosesser utnyttes og stimuleres i samspill med sterke kommersielle interesser. Ofte vil nettopp de opprinnelige innovatørgruppene mest karakteris-tiske identitetsmarkører velges ut og markedsføres overfor et større ungdomspublikum som så får ser-vert disse stilpakkene via konsumerbare varer. På denne måten vil det bli mulig for store ungdoms-grupper «å kjøpe seg identitet» ved å velge ut de rik-

tige markørene som kommuniserer tilhørighet til fellesskapet. Dette betyr langt fra at slike ungdomskulturer primært må betraktes som «skapt av kommersielle interesser». Ungdomskulturenes særlig kreative perioder kjennetegnes tvert i mot ved at de store aktørene i markedet ofte har store problemer med å forstå hvilke strømninger som er på gang, og dermed hvordan bølgene best mulig kan utnyttes. Likevel vil de kunne spille en meget viktig rolle, når større ungdomskulturelle strømninger først har fått et visst feste.

Ettersom ulike holdninger for eller imot forskjellige narkotiske stoffer inngår som bestanddel i flere av ungdomskulturene som idag har vist seg å ha kommersielle potensialer, vil et fokus på denne typen ungdomsbaserte fellesskap være særlig viktig. Men det finnes også andre ungdomskulturer som har stor appell, men som bare i liten grad inngår i et slikt samspill med kommersielle krefter. Dette gjelder bla fellesskap rundt forskjellige typer organisasjoner (miljøvern, politikk, friluftsliv, religion), eller mer lokale fellesskap som faller inn under begreper som bygdekulturer, nabolagskulturer ol.

Gjennom cannabisbrukets historie i Norge vil vi også rette oppmerksomheten mot framveksten av en brukergruppe som i liten grad har sin motivasjon forankret i ideologi og estetikk, og tiltrekning til ungdomskulturelle eliter.

1.1.1 Cannabisbrukets historie i Norge

Opprinnelsen til nyere tids narkotikaproblemer i de fleste vestlige land, var nært forbundet med det såkalte ungdomsopprøret som fant sted fra siste halvpart av 60 tallet. Flesteparten av stoffene som inntas av dagens misbrukere ble introdusert til Norge av representanter for noen av datidens sentrale ungdomskulturelle eliter. Særlig cannabisbruk inngikk som en viktig ingrediens i ungdomsbaserte fellesskap som dengang stod i opposisjon til samfunnet omkring. For kjernemiljøene blant de tidlige «langhårede», som i ettertid er gitt sekkebetegnelsen «hippier», var cannabis nærmest å betrakte som hva vi kan kalle et «emblem». Med dette menes at stoffet ble en av gruppens særlig framtreddende identitetsmarkører, det ble et tegn som viste hvilken gruppe man identifiserte seg med. Stoffbruk var i denne tidlige fasen sterkt ideologisk farget, og inngikk i en serie livsstilseksperimenter utført av en forholdsvis liten, men ressurssterk gruppe unge. Cannabis (hvis virkninger i brukerkretser ble ansett som en mildere utgave av det hallusinogene stoffet LSD) ble betraktet som «bevissthetsutvidende», noe som representerte en motsats til hva som ble ansett for å være «de straightes» (de 'normales') mer innsnevrede virkelighetsoppfatning. Ved å bruke cannabis, eller ved å kommunisere en positiv holdning til slik bruk, kunne man kommunisere tilhørighet til disse grupperingene; man fikk innpass til «freaksen»/ «motkulturistene» og man bekjente seg som en som valgte å plassere seg i opposisjon til «de straightes» som for de fleste var ensbetydende med «de voksne» («de over 30»), «det etablerte», «autoritetene» etc. Men store deler av dette «budskapet» som den lille, marginale gruppen (eliten) representerte (og som kom til uttrykk gjennom klesstil, estetikk, musikksmak, og væremåter) viste seg å ha appell til adskillig større ungdomsgrupper (Tilhengere), noe som ytterligere ble forsterket ved at en rekke av disse uttrykksformene ble utnyttet kommersielt. Selv om dette langt fra betydde at flertallet av norsk ungdom gjorde hasjbruk til en del av sin livsstil, kan vi likevel si at

det for mange utviklet seg en atmosfære som gav cannabis et fascinerende og «alternativt» skjær. På denne måten fungerte altså en liten, marginal gruppering som spydspisser for en større sosial bølge, der bruken av et narkotisk stoff ble gitt en ideologisk betont aura, som mange fant tiltrekkende og som inngikk i en større, ideologisert stilpakke.

1.1.2 Nye brukergrupper

Ifølge flere forskere foregikk det imidlertid en endring i brukerrekutteringen rundt første halvdel av 70 tallet. I dette tidsrommet nådde stoffbruket også andre ungdomsskikt og man fikk en viss deling i brukergruppene. På den ene siden fantes brukere for hvem stoffbruk inngikk i ideologiske og opposisjonspregede eksperimenter. På den andre siden vokste det fram et brukermiljø der stoffene i liten grad var forbundet med ideologi og «alternativ» livsstil. Det er trolig denne gruppen cannabisbrukere som ifølge forskere på 90 tallet etterhvert har fått følgende kjennetegn:

«irregulære avbrudd i skolegangen, skilte foreldre, dårlig integrasjon i familie og fritid, langtidsarbeidsledighet, misnøye med livet, dårlig mental helse» (Pedersen 1992:56)

Trolig er det herfra det skjer en viss glidning over til gruppen av tyngre brukere der narkotika, psyko-farmaka og alkohol brukes om hverandre. For disse er rusen blitt et mål i seg selv, blottet for ideologiske overtoner.

Dette eksemplet viser også at et narkotisk stoff som opprinnelig ble introdusert av en liten ideologisert ungdomskulturell elite, gradvis også er blitt absorbert, riktignok i noe mer avideologisert form, inn i en tredje, større gruppe av brukere som er nærmere «mainstream» ungdom.

1.1.3 To overordnede motivasjonsmønstre

Stoffbruk befinner seg her i en skala med glidende overganger i spenningen mellom to ytterpunkter. I den ene er stoffbruket plassert inn i en sterkt ideologisert sammenheng båret fram av toneangivende grupper av ungdomskulturelle innovatører og ideologer, som omgir seg med attraktive, identitetsbærende budskap og symboler. Her er bruken av ulike rusmidler en del av en mer kulturbevisst livsstil, som inkluderer holdninger, interesser og væremåter som kretser rundt visse kjerneaktiviteter og som bindes sammen av stilpreferanser og ideologisk fargede legitimeringer. Det motiverende tyngdepunktet er forankret i ideologi og estetikk.

Andre elitegrupperinger som i mindre grad, eller på andre måter inngår i samspill med kommersielle interesser vil imidlertid også kunne spille en tilsvarende rolle som opinionsdannere. Dette gjelder for eksempel bruk av illegale rusmidler innenfor for eksempel idrett, og i miljøbevegelsen.

I den andre enden av skalaen er bruken av stoff nærmest avideologisert og har i sin ytterkant forbindelse til bla kriminalitet, små ressurser og psykososiale problemer. også i slike miljøer kan det dannes sterke grunnlag for fellesskap og ulike kulturuttrykk, men disse vil i mindre grad være orientert mot mer helhetlig og iøynefallende estetikk og ideologi. Det motiverende tyngdepunktet er her forbundet med psykososiale problemer. Men det finnes bevegelser mellom disse ytterpunktene. Dette vil si at for eksempel høyt konsum og asosial livsstil i de kreative kjernemiljøene kan skape så store problemer for bru-

kerne at motivasjonen bak bruken av stoff i stedet vil forskyve seg i retning av en forankring til psykososiale problemer. Likeledes vil ungdom med et stoffbruk motivert av en «problemprofil», i endel tilfeller også kunne føle seg tiltrukket av de kulturelle elite-ene, og benytte kjernemiljøenes ideologi for bla å legitimere sitt eget bruk.

I en tredje posisjon som markerer avstand fra begge disse to polene finner vi «vanlig stofffri mainstream-munddom», som altså vil kunne «lekk» i begge disse retninger («problemprofil», «ideologisert bruk»). I tillegg finnes også en rekke mellomposisjoner som representerer ulike blandingsforhold mellom de tre hovedposisjonene.

Denne beskrivelsen avdekker to overordnede, men ulike «veier»/motivasjonsmønstre for stoffbruk. Det ene vil ha sitt tyngdepunkt forankret i fascinasjonen for subkulturell estetikk og ideologi, mens det andre vil ha sin primærføringskraft i psykososiale problemer. Det må understrekes at dette ikke nødvendigvis er «rene» typer, og at begge i mange tilfeller vil inngå i ulike kombinasjoner med hverandre. En forståelse av betydningen av ideologi og normer som motivasjonsfaktor for stoffbruk har i liten grad vært tilstede i den aktuelle forskningen rundt bruk av illegale rusmidler (se Pedersen i Waal og Middelthun 1992). Vi vil i denne framstillingen derfor legge særlig vekt på å belyse de mer ideologiserte motiveringene for bruk av stoff, ved blant annet å rette søkelyset mot slike rusmidlers plass i noen av dagens aktuelle ungdomskulturelle eliter.

1.2 Motivasjonsprofiler

Spørsmålet om hva som motiverer menneskelig adferd er meget komplisert, og forskning som fokuserer mer eksplisitt på hva som motiverer rusmiddelbruk, ser ut til å være lite utviklet. Vi vil likevel rette oppmerksomheten mot fem ulike profiler som kan ansees som særlig aktuelle. Disse vil bare unntaksvis opptre i rene utgaver, men inngår i stedet i ulike blandingsforhold med hverandre. På tross av denne overlappingen, kan vi skille ut følgende motivasjonsprofiler som beskrives nærmere nedenfor.

1.2.1 Jakten på spenning

Bruk av rusmidler vil ofte kunne ha et framtrædende element av s k «stimulussøking» («sensation seeking») som utgangspunkt. Forskere anser dette for å være et s k «personlighetstrekk» som kan ligge til grunn for en rekke former for adferd, hvorav rusmiddelbruk bare er en. Stimulussøking er forklart som «et personlighetstrekk definert av behovet for varierende, nye og komplekse sanseinntrykk og erfaringer, og villigheten til å ta fysisk og sosial risiko for å oppnå slike opplevelser» (Zuckerman 1979). Stimulussøkerne grupperes gjerne i henhold til tre ulike profiler. For en gruppe vil spenning og lystfylte stimuli dyrkes ved oppsøking av fysisk risiko og mestring for eksempel forbundet med aktiviteter som fjellklatring, dykking, fallskjermhopping, ol. For en annen dreier det seg om fravær av sosiale hemninger forbundet for eksempel festing, spill, eller seksualitet. Den tredje gruppen søker spenning gjennom non-konformitet, sosial opposisjon, og fascinasjon for annerledeshet generelt, gjerne knyttet til livsstil, musikk, kulturbakgrunn ol. (Pedersen i Waal og Middelthun 1992). Her kan vi antakelig også inkludere spenningen, stimuleringen og annerledesheten som knyttes til selve rusopplevelsen. Dette er forøvrig en motivasjonsfaktor som i sterkere grad bør integreres i forskning om rusmiddelbruk.

1.2.2 Jakten på identitet og livsstil

En rekke forskere hevder at dagens vestlige samfunn karakteriseres ved at tradisjoner i høy grad har mistet sin ledende kraft. Som følge av dette opplever dagens unge krav om stadig å måtte foreta valg. Dette gjelder nok i første rekke utdanningsløp og yrkeskarriere, men også mer vanskelig håndterbare størrelser som «identitet», og gruppetilhørighet. Aksepterer man denne samfunnsdiagnosen, vil situasjonen som mange unge befinner seg i preges av krav om å «skape sitt eget liv», man skal velge «hvem man er», hvor man hører til, og hvilken livsstil man ønsker å assosiere seg med. Dette har på den ene siden sammenheng med at samfunnsmedlemmer i en rekke land opplever nærværet av borgere som tilhører andre kulturelle fellesskap enn ens eget, og som har sitt opphav i til dels fjernliggende geografiske områder. I denne situasjonen konfronteres man med det faktum at det finnes en rekke andre kulturelle fellesskap enn det man selv tilhører. Blant innvandrergruppene vil særlig de unge lett kunne oppleve tunge dilemmaer knyttet til identitet. Her vil valgene kunne stå mellom å assosiere seg med foreldrenes kulturelle fellesskap, med det mer allment norske, eller med alternative, internasjonale ungdomskulturer. Det vanligste vil trolig være ulike kombinasjoner av disse alternativene.

I tillegg fokuserer media og konsumpsjonssamfunnet i økende grad på livsstilsaspektet ved markedsføringen av et økende mangfold av varer. Ulike livsstiler markeres ved at gjenstander og varer assosieres med mer overordnede holdninger, væremåter, verdier og kulturelle fellesskap. Med denne utviklingen kan vi snakke om et «livsstilsmarked» som utgjør en betydelig ingrediens i unge menneskers hverdag. Alle disse formene for fellesskap, enten det gjelder ulike innvandrergupper, internasjonale eller mer lokalt fargede ungdomskulturer, eller fellesskap basert på yrke, religion, organisasjonstilhørighet ol, vil tilby en eller annen form for identitet. I noen av disse fellesskapene vil også ulike former for rusmiddelbruk være innkludert.

1.2.3 Budskapenes appell

Selv om både stimulussøking og jakten på fellesskap i identitet og livsstil kan ha avgjørende betydning for rekrutteringen, er det viktig å ikke undervurdere tiltrekningskraften som ligger i selve innholdet i ulike ungdomskulturer. Muligheten til å oppleve spenning eller fellesskap kan i enkelte tilfeller være tilstrekkelig, men for andre vil selve budskapet kunne være det utslagsgivende. Dette kan være klart og uttalt, eller det motsatte. Mange vil likevel ha en nokså sterk følelse av at slik tilhørighet faktisk handler om «noe», som ofte er meget vanskelig å sette ord på. Dette «noe» må altså på en eller annen måte oppleves som attraktivt og relevant for den som ønsker å assosiere seg med det. Dette kan være alt fra musikalske uttrykk, symbolbruk, ideinnhold, politiske budskap - til klesstil, ganglag eller frisyre. Noen tiltrekkes av helheten, mens andre nøyer seg med deler: man kan med andre ord utmerket godt for eksempel like housemusikk uten å akseptere bruk av ecstasy. For dem som derimot velger å gå nærmere inn i de ulike ungdomskulturenes stilpakker, vil det derimot være sjanser for at man i større grad aksepterer helheten («pakka») disse miljøene står for. I hvilken grad dette inkluderer stoffbruk, vil selvsagt variere.

1.2.4 Elitene som rollemodeller

Representanter for de mer elitepregede kjernemiljøene er ofte eksponert i media, og nyter gjerne stor status i deler av ungdomsmiljøene. De vil dermed kunne fungere som rollemodeller for store ungdomsgrupperinger som følger seg tiltrukket av disse ungdomskulturene. Et ønske om å gjøre som «de store», vil derfor kunne være en ytterligere motiverende faktor for bruk av illegale rusmidler.

1.2.5 Rusmidler som problemløser - og problemskaper

Som tidligere nevnt vil motivasjonen bak stoffbruk for noen ha en mer entydig forankring i ulike typer problemer. Dette kan være vanskeligheter knyttet til familieforhold, marginaliseringen i forhold til skole og arbeidsliv, mental helse, mistilpasning og generell misnøye med livet (Pedersen 1996, Irgens-Jensen 1990, Hammer & Vaglum 1990, Lavik m fl. 1987). Her vil stoffbruk kunne ha karakter av selvmedisinering, flukt fra en problemfylt hverdag, eller former for selvdestruksjon.

I slike tilfeller kan det imidlertid være vanskelig å vite sikkert om problemene i hovedsak skyldes den marginalisering som gjerne følger med stoffbruk, eller om bruken av rusmidler snarere må betraktes som uttrykk for et ønske om å døyve problemer som allerede er der på forhånd. Det kan altså være vanskelig å vurdere om bruken for de involverte primært inngår som en slags «problemløser», eller om den snarere må betraktes som opphavet til problemene (Pedersen 1996 - under utgivelse). Sannsynligvis vil det her være snakk om onde sirkler der begge disse funksjonene griper inn i og forsterker hverandre. Dette gjelder særlig høyforbrukere av stoff. Her er det viktig å understreke at selv sterkt stigmatiserende roller som «taper», «problemungdom», «versting», «narkoman» ol paradoksalt nok også kan ha en viss appell (se Goffman 1975). Og som vi seinere skal se, eksisterer det en viss dyrkning av slike roller bla i rock'ens mytologi. Dette viser at stoffbruket som vi her har omtalt som «problemorientert», også har en viss ideologisert aura rundt seg, og at de to «hovedveiene» til stoffbruk, slik de er fremstilt tidligere, heller ikke her består av «rene» typer.

1.3 Om datagrunnlaget

Datagrunnlaget for rapporten baserer seg i hovedsak på følgende undersøkelser:

1. «Ungdomskulturelle eliter og holdninger til illegale rusmidler»

Data om særlig aktuelle ungdomskulturer, og deres holdninger til stoff, er innhentet gjennom en serie dybdeintervjuer med representanter for flere ungdomskulturelle kjernemiljøer i Oslo, og foregikk fom april tom juni 1996. Resultatene herfra er så supplert med analyser av hvordan disse ungdomskulturene har presentert seg selv i media, på cd plater, i «fagblader» ol. Dette danner bla grunnlaget for «portrettene» av ungdomskulturene som presenteres i del. 3. Denne undersøkelsen er blitt gjennomført spesielt for arbeidet med narkotikameldingen.

2. «Ung i Norge»

Dette er en longitudinell spørreundersøkelse der rundt 10000 ungdommer deltok. De samme ungdommene ble spurt i både 1992 og i 1994. Aldersgruppen som inngikk ved starten var fra 13-19 år.

Utvalget er trukket representativt for landet som helhet på grunnlag av skoler. Det betyr at den delen av ungdomskullet som ikke gikk på skole i 1992 mangler. Dette tilsvarer ca 15 prosent av 17, 18 og 19 åringene. Svarprosenten i undersøkelsen utført i 1992 var på 97 %, mens den var på 80,1 % blant ungdommene som deltok i 1994.

3. «Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996»

Dette er en tverrsnittsundersøkelse gjennomført i Oslo skolene i april 1996 der alle ungdommer i 8. og 9. klasse i grunnskolen og grunnkurselever i videregående skole deltar. Av disse presenteres bare resultater fra de omlag 3500 grunnkurselevne i denne rapporten. De fleste ungdommene er 17 år. Svarprosenten var her på 94 %. Også i Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996 er det et frafall av ungdommer som ikke går på skole på tidspunktet da spørreskjemaene ble utfyllt.

SIFA: «Ungdom og rusmidler»

Statens institutt for alkohol og narkotikaforskning (SIFA) har siden 1968 foretatt årlige undersøkelser av rusmiddelbruk blant ungdom i Oslo, i alderen 15-20 år. Siden 1986 har det vært gjennomført tilsvarende undersøkelser på landsbasis. Stort sett har 70 prosent (svarprosenten) returnert skjemaene i utfyllt stand. Svarprosenten har imidlertid gått noe ned de siste årene. Dette gjelder særlig Oslo, der den i 1995 var på 60 prosent (Skretting 1996). Dette har sammenheng med at undersøkelsen ble utført «postalt», dvs at spørreskjemaene sendes pr post. I motsetning til undersøkelsene «Ung i Norge» og «Ung i Oslo», der skjemaene utfylles på skolen, gjør postale undersøkelser det lettere å glemme, eller la være å sende tilbake skjemaene. Dermed blir altså svarprosenten lavere.

2. Ungdomskulturelle bølger og holdninger til illegale rusmidler

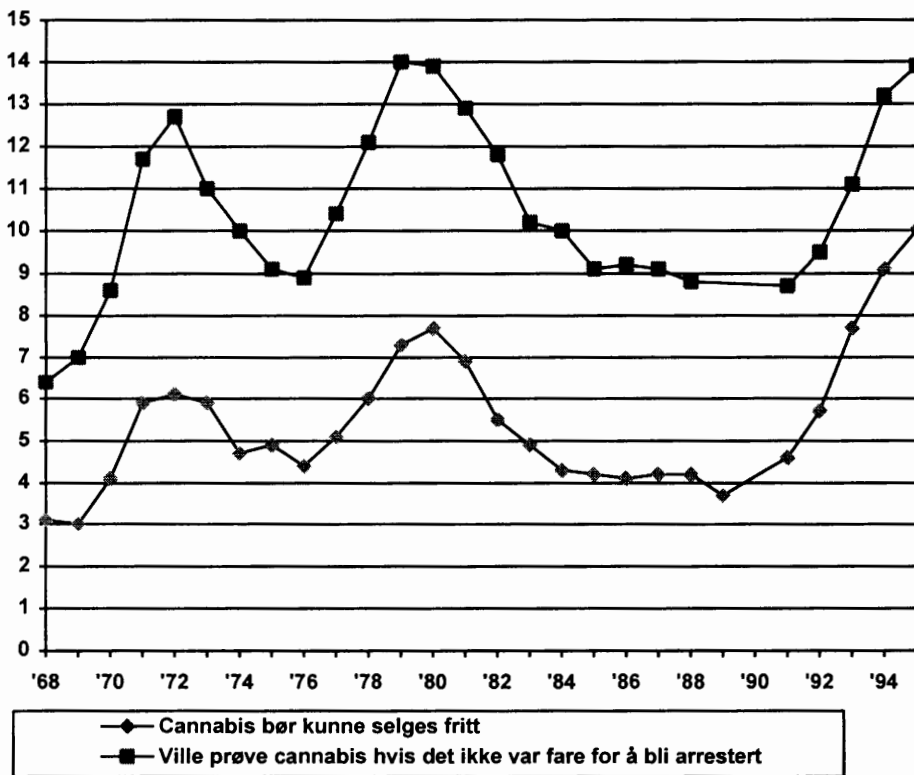
Under pkt 1.1.3. presenterte vi en modell som innebærer at bruk av visse illegale stoffer lanseres av en ungdomskulturell elite, for så å bre seg utover til større ungdomsmiljøer etter en viss tid. I det følgende skal vi rette søkelyset på visse forhold som ser ut til å bekrefte at det eksisterer en slik forbindelse mellom ungdomskulturelle bølger og bruk av og positive holdninger til illegale rusmidler, slik disse holdningene er indikert i henhold til SIFAs undersøkelser.

I etterkrigstidens ungdomsoffentlighet har særlig de musikkbaserte ungdomskulturene spilt en viktig rolle som bærere av livsstiler der bruk av illegale rusmidler har hatt en plass. Utviklingen av disse ungdomskulturene har hele tiden gått i bølger. Det er hovedsakelig fire slike bølger som det vanligvis refereres til. De har alle hatt sitt primære opphav i amerikanske og engelske storbyer, og nådd sine respektive høydepunkt med hensyn til utbredelse på noe varierende tidspunkter i ulike land. Høydepunkt-sangivelsene nedenfor er anslått med særlig tanke på Norge. Tidfestingen er vanskelig å gjøre nøyaktig, men i henhold til samtaler med nøkkelpersoner som kjenner den norske utviklingen, foreliggende skriftlige kilder om både norsk og internasjonal utvikling, kan disse ungdomskulturelle bølgene tidsbestemmes på følgende måte (se f.eks. Kureishi og Savage 1995, Berkaak 1993, Tegner i Chaib 1995, Berg i musikkavisen Puls nr 17 juni 1996):

1. Den første er 50-tallets rockn'roll. Her spilte imidlertid narkotiske stoffer liten rolle.
2. Den andre bølgen, der slike stoffer særlig ble lansert, fikk sitt gjennomslag i 1968 og nådde et høydepunkt rundt 1970-72.
3. Den tredje som ble dominert av punk, reggae og såkalt New Wave slo igjennom i 1977-78, og nådde toppen rundt 1981-82.
4. På tross av at 90 tallets ungdomskulturer ser ut til å danne et noe mer uklart bilde, sammensatt av flere tildels sterkt innbyrdes forskjellige ungdomskulturer enn tidligere, blir særlig house/techno musikkens gjennombrudd til større ungdomsmasser sett som uttrykk for at vi igjen er inne i en ny, stigende bølge.

Sommeren 1988 regnes for øvrig som denne ungdomskulturens gjennombrudd i Europa (Tegner i Fornæs 1994). Det er imidlertid først rundt 93-94 at den for alvor har nådd ut til større ungdomsgrupper i Norge. Om denne bølgens høydepunktet kan sies å være nådd, er imidlertid vanskelig å si. Hvis vi sammenlikner utviklingen av disse ungdomskulturelle bølgene med følgende grafiske fremstilling fra SIFA, som gir et meget godt mål på hvordan holdninger til cannabis har endret seg over tid, ser vi at det her eksisterer et påfallende sammenfall:

Figur 1 Prosentandelen blant ungdom i alderen 15-20 år i Oslo som sier at cannabis bør selges fritt, og som kunne tenke seg å prøve cannabis hvis det ikke var fare for å bli arrestert, 1968-1995. (Glidende 3-årig gjennomsnitt).

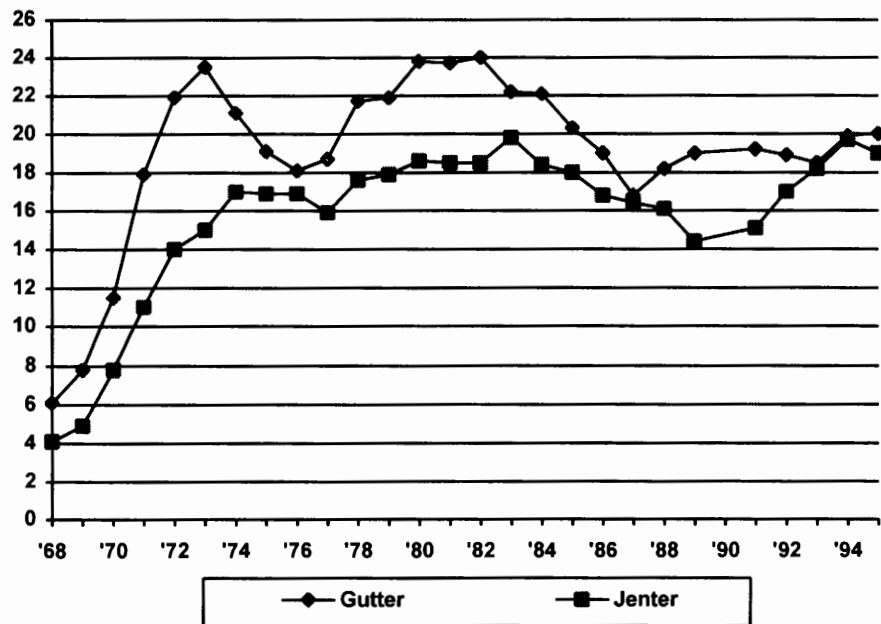


Kilde: Skretting/SIFA (1996)

Vi ser altså at positive holdninger til cannabis er nokså klart sammenfallende med tidspunktene for de ulike musikkbaserte ungdomskulturenes høydepunkter siden 1968 og fram til idag. Dette sammenfallet er en sterk indikasjon på at det eksisterer en forbindelse mellom de kommersielt støttede, musikkbaserte ungdomskulturelle bølgenes høydepunkter og ungdomsmiljøenes holdning til stoff. Figur 2

markerer svingningene i rapportert bruk av cannabis blant 15-20 åringer i Oslo. Her vises i grove trekk en tilsvarende bølgestruktur. Rapportert bruk er imidlertid betydelig høyere enn prosentandelene som uttrykker ønske om at «cannabis bør kunne selges fritt». Bruk er altså langt fra ensbetydende med en oppfatning av at stoffene som brukes burde legaliseres.

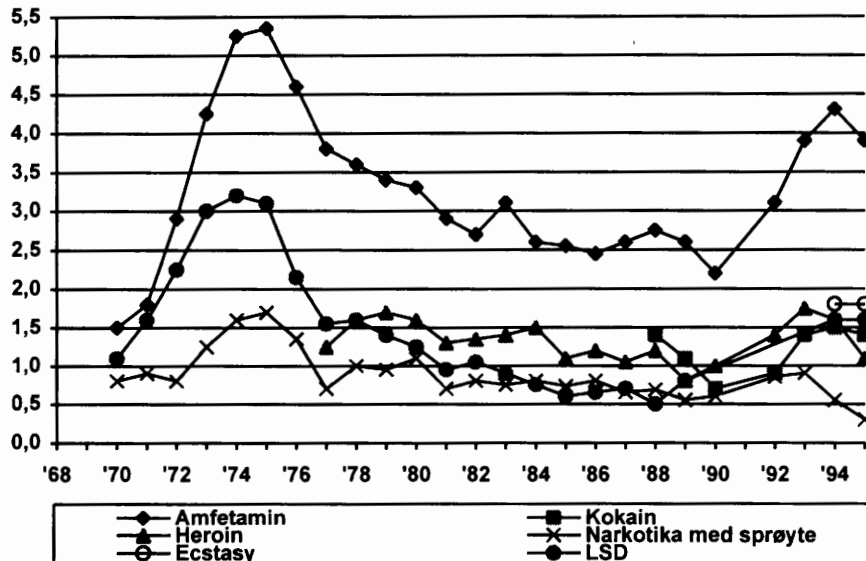
Figur 2 Prosentandel av gutter og jenter i alderne 15-20 år i Oslo som har brukt cannabis noen gang, 1968-1995. (Glidende 3-årig gjennomsnitt)



Kilde: Skretting/SIFA (1996)

Sammenlikner vi disse figurene med prosentandelene som viser bruk av tyngre narkotiske stoffer, får vi imidlertid et noe forskjellig bilde:

Figur 3 Prosentandel av ungdom i alderen 15-20 år i Oslo som noen gang har brukt forskjellige narkotiske stoffer, 1970-1995. (Glidende 3-årig gjennomsnitt).



Kilde: Skretting/SIFA (1996)

For det første ser vi at bruken av tyngre narkotiske stoffer stort sett når sitt toppunkt rundt 1974/75. Dette er ca 2 år etter cannabisbrukens toppår som ser ut til å ha inntruffet i 1973. Dette indikerer vel en noe større nøling overfor bruk av tyngre stoffer sammenliknet med cannabis. Mer påfallende er det vel at mens cannabisbrukens når en ny topp rundt 1982, er bruken av tyngre stoffer på dette tidspunktet klart avtagende, og viser ikke på langt nær den parallelli-

teten som karakteriserte 60/70-tallets kulturelle bølger. Den tredje bølgen (representert ved musikkformene punk og new wave) utmerker seg altså ved en positiv holdning til cannabis, mens bruken av tyngre stoffer derimot karakteriseres ved tilbakegang. På slutten av 80-tallet og henimot 1993 ser vi så igjen en viss økning i bruken av hardere stoffer. Likevel merker vi oss en viss nedgang i bruken av heroin og annen narkotika satt med sprøyte fra 1993 til 1995.

Dette kan kanskje sees i sammenheng med sterkere bevissthet om faren for HIV smitte. Samtidig antyder det fra flere hold, fortrinnsvis i ungdomsrettede musikkbaserte magasiner, at bruk av heroin i enkelte kretser nærmest har fått et visst motepreg (se feks Puls nr 17, 1996). Selv om bruken av sprøyter ser ut til å være på retur, bør kanskje oppmerksomheten istedet rettes mot andre måter å innta slike stoffer. Hvilken plass stoffer av denne typen har i 90-tallets nye ungdomskulturelle bølge er foreløpig vanskelig å si.

Amfetaminbruken har gått betydelig opp fra 1990 til 1994. I tillegg har to stoffer, LSD og ecstasy blitt registrert som aktuelle fra og med 1994 - som er tidspunktet da man tok spørsmål om disse stoffene inn i spørreskjemaet. Ifølge informanter blir særlig disse tre stoffene benyttet innenfor house/teknokulturens brukermiljøer. At det ifølge figur 3 nettopp er amfetamin, LSD og ecstasy som i dagens Oslo peker seg ut som de hyppigst brukte av yngre narkotiske stoffer, peker igjen i retning av at stoffenes rolle innenfor ulike ungdomskulturer har en stor betydning for bruken av slike rusmidler. Utfra totalbildet vi kan danne oss på dette grunnlaget, ser det også ut til at utviklingen av både de mest aktuelle ungdomskulturelle strømningene, og den ledsagende interessen for særlig cannabis, amfetamin, LSD og ecstasy representerer retninger innenfor en bølgebevegelse som kanskje ennå ikke har nådd sin topp. Resultatene fra SIFAs undersøkelser ser altså langt på vei ut til å bekrefte de ungdomskulturelle elitenes rolle som spydspisser i utviklingsforløp der positive holdninger til illegale rusmidler introduseres.

3. Holdninger til stoff i noen ungdomskulturelle eliter

For å få et mer utdypende bilde av situasjonen i dagens Norge, skal vi derfor i det følgende se nærmere på hvilke holdninger til stoff som kommer til uttrykk innenfor noen av de mest aktuelle av dagens ungdomskulturelle eliter.

Det ungdomskulturelle landskapet er i dagens utgave blitt stadig mer sammensatt. I det følgende skal vi risse opp noen enkle «portretter» av de mest fremtredende ungdomskulturene i dette landskapet, og holdningene til rusmidler som her er aktuelle. De musikkbaserte ungdomskulturene vil stå i en særstilling. Vi skal først ta for oss sekkegenren «rock» som utgjør det store bakteppet som de fleste dagens musikkorienterte ungdomskulturer på et eller annet vis relaterer seg til. Vi skal så gjennomgå genrene «heavy metal», «hip hop», «house/techno», og fellesskapene rundt «skateboard», og «snowboard». Dette er ungdomskulturer som er særlig iøynefallende, helhetlige, estetisk gjennomførte og lett identifiserbare. De har vist seg å ha store kommersielle potensialer, og de spiller en viktig rolle i det offentlige rommet som ungdom forholder seg til.

Vi skal også presentere visse skikt innen henholdsvis miljøbevegelsen, og innen idrett. Dette er også grupperinger som har stor tiltrekningskraft og som derfor og faller inn under paraplybegrepet «ungdomskulturelle eliter».

Det vil først og fremst være kjernemiljøenes spisskompetanse og ideologiske budskap vi referer til (dette gjelder i mindre grad de aktuelle grupperingene innen miljøbevegelsen og idrett, der vi i stedet baserer oss sterkere på statistisk materiale.) Deler av disse fremstillingene vil for mange fremstå som kunnskap for «spesielt interesserte», og bærer preg

av å være innside-kunnskap som tilsynelatende kun har relevans for en marginal ungdomskulturell ekspertise/elite. Dette vil rimelig nok kunne virke noe fremmedartet for leseren. Skal man ta disse fellesskapenes rolle som potensielle normsendere på alvor, er det imidlertid ikke til å unngå.

Ettersom slike grupperinger fungerer som normsendere og orienteringsakser med stor tiltrekningskraft for langt større ungdomsmiljøer, tror vi at slik kunnskap vil være både viktig og nødvendig for å kunne drive konkret forebyggende arbeid på «grasrotnivå» rettet mot utsatte skikt i aktuelle ungdomsmiljøer.

Den mer generelle kunnskapen om slike eliters holdninger og funksjoner vil også kunne danne et viktig grunnlag for å treffe politiske beslutninger, ettersom det i mange tilfeller vil være påkrevet at man tar hensyn til slike grupperingers rolle i den aktuelle narkotikasituasjonen. Om det kun er denne mer generelle kunnskapen en er interessert i, vil det imidlertid være tilstrekkelig å lese oppsummeringene under pkt. 3.8. Det må understrekes at stoffbruk spiller en svært varierende rolle i de ulike ungdomskulturene, og at særlig de illegale rusmidlenes betydning kan variere sterkt. Det er også stor variasjon i holdninger til stoff i ulike tidsperioder. Som tidligere nevnt, er undersøkelsen basert på intervjuer gjort med nøkkelpersoner innen de aktuelle miljøene slik disse har fremstått i Oslo. Disse beskrivelsene vil altså ikke kunne påberope seg representativitet i statistisk forstand. Likevel vil helhetsbildet som dannes på basis av disse kildene kunne gi en relativt pålitelig pekepinn om hva de ulike ungdomskulturene handler om, og holdningene til stoff som her kommer til uttrykk.

3.1 Rock tradisjonen

Musikkformen rock så sin spede begynnelse i 50-tallets Amerika, og var i sin opprinnelige form en blanding av svart blues/rythm'n blues og hvite innvandreres folkemusikk. Helt fra denne tidlige perioden var dette et ungdomsfenomen som ble møtt med betydelig motvilje fra den eldre generasjonen. Et visst opprørsaspekt har altså klebet ved denne tradisjonen helt fra begynnelsen. På 60-tallet ble den raskt videreutviklet og inngikk som en helt sentral ingrediens i fenomenet som seinere er blitt omtalt som «ungdomsopprøret». Her spilte bruk av narkotiske stoffer, som tidligere nevnt, en viktig rolle. Siden dette har de musikkorienterte ungdomskulturene hatt en særlig betydning for store ungdomsgruppers holdninger til stoff. Det er allment kjent at flere av bla rockens store artister har brukt narkotiske stoffer. For flere av de mest myteomspunne artistene i rockens historie, som for eksempel Jimi Hendrix, Janis Joplin, Brian Jones, Jim Morrison har dødsårsaken hatt nær tilknytning til denne bruken. Et av de ferskeste eksemplene på dette er vokalistene i det såkalte «grungebandet» Nirvana, Curt Cobain, som i 1994 ble funnet skutt - antakelig for egen hånd, men med en tredobbel dødelig dose heroin i årene (ifølge det amerikanske magasinet High Times, april 1996). Slike narkotikarelaterte dødsfall er en sentral del av rockens historie og vidt kjent av dens tilhengere (musikkavisen Puls omtaler for eksempel 23 slike tilfeller i artikkelen «Helter på heroin», Puls nr 17, 1996). Eksempler som dette vil også kunne gi en viss «mytisk» status, i forlengelsen av rock'ens dyrking av ulike uttrykk for det marginale. Skikkelser som «the outcast», «the gipsy», «the hobo», «the rock'n'roll nigger», som ofte opptrer i rockegenrenes

tekster, er alle eksempler på denne dyrkingen av marginaliserte grupper.

Stoffenes betydning har likevel variert sterkt. Mens stoffbruk (særlig cannabis) hadde stor betydning i «ungdomsopprørets» glansdager (1965–1975), var bruk av narkotiske stoffer i mye mindre grad fremtredende og emblematiske blant neste tiårs iøynefallende grupper innenfor «punk» og det noe videre miljøet som ble omtalt som «new wave». I denne perioden var det i hovedsak fellesskap rundt musikkformen «reggae» (som befinner seg utenfor rock-genren, men som har gitt viktige impulser til den) som hadde et stoff - i dette tilfellet marihuana - som et emblem for subkulturen. Trolig var reggaekulturens popularitet (også blant punkere) sterkt medvirkende til at bruk av cannabis likevel nådde en ny topp i denne perioden, mens bruk av sterkere stoffer - som vi tidligere har sett - gikk ned. På tross av denne variasjonen har bruk av narkotiske stoffer inngått som sentral bestanddel i både rockens og beslektede musikkformers historie og fortellinger om seg selv.

En rekke forskere har hevdet at rusmidlenes rolle i bla vestlige musikkbaserte ungdomskulturer, er et blant flere uttrykk for dyrkingen av det grenseoverskridende og utfordringen av sosiale normer (Berkaak 1993, Walser 1993). I tråd med dette ser det ut til at særlig stimulussøkere som er opptatt av annerledeshet, non-konformitet og opposisjon vil assosiere seg med rock tradisjonen. I det siste tiåret har det imidlertid også oppstått ungdomskulturer rundt bruken av såkalt skateboard og snowboard. Selv om disse ikke har musikalske genre som hovedfokus, har de likevel klare likhetstrekk med de musikkbaserte, og musikk innen rock tradisjonen inngår som viktige ingredienser også i disse fellesskapene. Om mer tradisjonell rock nå eventuelt er i ferd med å vike plassen for nye musikkformer som ligger relativt fjernt fra denne tradisjonen, er det likevel rocken som må betraktes som de moderne ungdomskulturenes røtter. Det er mot denne bakgrunnen vi må forstå ulike rusmidlers plass i de dagsaktuelle og mer «stilrene» musikkorienterte ungdomskulturene som beskrives nedenfor.

3.2 Heavy metal - death metal - black metal

Heavy metal er en av de ungdomskulturene som i kraft av sin alder og tematiske kontinuitet har vist seg å ha en særlig levedyktighet og evne til fornying. Opphavet til denne tradisjonen skriver seg nærmere bestemt fra bandet Black Sabbath som debuterte rundt 1970 med LPen av samme navn. Navnet setter oss på sporet av en helt sentral ingrediens i denne tradisjonen, nemlig en sterk fascinasjon for menneskets mørkeside og skrekkens estetikk. Mens den mye omtalte hippiesubkulturens budskap var dominert av flower power, antikrig, kjærlighetsbudskap, farger og østlig filosofi, var altså selv starten på heavyrocktradisjonen dominert av fascinasjonen for skrekk og gru. Etter Black Sabbath kom band som Deep Purple, Led Zeppelin, Motorhead, AC/DC, Iron Maiden og KISS. Dødssymboler, okkultisme og skrekkefilmliknende innslag har imidlertid blitt stadig mer sentrale i deler av denne tradisjonen.

Rundt tidlig 80-tall oppstod en fusjon av punk og heavyrock omtalt som «thrash-metal», hvorav det etterhvert meget sentrale bandet Metallica søkter til subgenren «speed metal». Også her var denne symbolbruken viktig. Med trash fikk forøvrig overskridelses temaet en ny tilvekst, idet musikken nå utviklet seg til å bli særlig teknisk krevende. På dette tidspunktet ble ekstrem hastighet, nitid presisjon og tett

samspill viktige stilidealer. En femtenårig fan svarer slik på spørsmålet om hvorfor for eksempel avbildninger av hodeskaller er så viktig i heavy metal:

«Det blir jo sagt at «heavyrocken er satans verk». En eller annen prest mente at KISS stod for «Kids in Satans Service». Men målet til Kiss var jo bare å bli heavy metals svar på Beatles, ikke sant. Dem er jo ikke satanister. Men det med hodeskaller og sånt, det er liksom tøfft. Skikkelig tøfft. En fyr som heter Alice Cooper dreper dyr og spruter blod på scenen...folk syntes det var dritkult fordi han var så gæærn. Han er helt psycho, ikke sant. Mussiken trengte ikke værre så bra bare han var drittøff, ikke sant. Og nå-er' em ser Metallicaplakater med hodeskaller så kan dem nesten digge mussikken bare på grunn av det, ikke sant....»

For heavyrock tilhengere er det med andre ord adskillig mer enn bare musikken som tiltrekker. Opp-tattheten av overskridelse og det normutfordrende ser vi også igjen her iform av interessen for blod, død, vold, og det «kuule» ved å «værra gæærn».

3.2.1 Nye genre: death metal og black metal

Etterhvert som heavy metal ble mer populær og allminneliggjort som følge av et større kommersielt gjennombrudd på 80-tallet, mistet den for mange det normbryterske og provoserende preget som for mange ungdomskulturer representerer en særlig ettertraktet kvalitet. I kjølvannet av dette oppstod en ny genre, nærmere bestemt «death metal». Som navnet indikerer har denne genren døden som hovedmotiv. Det finnes flere genre innen death metal. En av dem, kalt «gore» (eller «gørr» på godt norsk), representeres bla ved gruppen Carcass. Tekstene til dette bandet har store innslag av kirurgisk terminologi, og plateomslag og visuelle show brukt på konsertene viser kropp og legemsdeler i ulike grader av forråttelse. I tillegg finnes både undergenrer som tar opp mer politiserte emner, og grupper som konsentrere seg om mer «klassisk» skrekk. En musiker innen denne genren forteller hvorfor døden fascinerer:

«Døden er jo noe vi aldri kan forstå, noe uoppklart, et mysterium. Det er en spesiell makt i det, jeg mener, den tar jo fra deg alt. Folk er jo redde for døden, det er ingen som liker å si at det er kult. Death metal er et forsøk på å touche den følelsen, å gå over ei grense, på en måte... (...) Når jeg spilte denne musikken så var det bare å gire på, adrenalinet bare fløy. Du får det kicket liksom»

Aggresjon, «trøkk» og et «rått» lydbilde er viktige ingredienser som ledsager death metal. I tillegg blir selvsagt genrens «farlighet» ytterligere understreket ved temaet den er bygget omkring. Her ser vi hvordan behovet for kraftige stimuli som gjerne pirker i samfunnets tabuforestillinger, spiller en sentral rolle i denne ungdomskulturen. Ytterligere normutfordrende temaer finner vi i såkalt «black metal», som oppstod på 80-tallets første halvdel. Her utfordres selve grunnpillaren i de ideelle kristne verdiene, idet «ondskap» og såkalt «satanisme» gjøres til denne genrens tematiske kjerne. Flere tragiske hendelser som drap, gravskjendinger og kirkebrann har forøvrig utspilt seg i dette miljøet i Norge. Innen denne genren har forøvrig norske grupper vært ledende, også internasjonalt. Med black metal nådde trolig skrekkestetikken og den tilhørende adrenalindyrkelsen som har vært til stede i heavy metalgenren siden

starten i 1970, sitt foreløpige høydepunkt. På 90-tallet inkorporerte det norske black metal miljøet også en interesse for vikingtida og nordisk folkløse som her ble knyttet sammen med heavy metal tradisjonens dyrkning av skrekk og gru.

3.2.2 Syn på rus og rusmidler

Heavyrocken har generelt ikke utmerket seg som spesielt opptatt av illegale rusmidler, utover hva som er vanlig i rock tradisjonen generelt. Det eksisterer altså ingen tendens til å benytte spesielle narkotiske stoffer som noe særskilt emblem eller identitetsmarkør for genren. Verken death metal eller black metal kulturrene ser ut til å skille seg fra denne hovedtendensen. Ifølge kilder som kjenner black metal miljøet har det i perioder snarere vært en tendens til å utvise en viss nøkternhet med hensyn til rusmidler. Parallelt med seinere tids økende opptatthet av det nordiske, og forestillingene om vikingenes antatte alkoholkonsum, er imidlertid alkohol og særlig øldriking, etter sigende, blitt mer populært. Her ser vi altså hvordan denne ungdomskulturens innhold trekkes inn for å begrunne valget av rusmiddel som i dette tilfellet er legalt. De nye genrene innen heavy metal er trolig de av dagens ungdomskulturer som har gått lengst i retning av å søke stimuli ved hjelp av normbrudd og raffinert aggresjon. Kanskje kan fraværet av interesse for narkotiske stoffer henge sammen med nettopp denne intense dyrkingen av ekstreme virkemidler, holdninger og symbolikk.

Ifølge en innehaver i en av Oslos spesialforretninger for denne musikkformen, som også har god kontakt med hva som rører seg i dette miljøet, har salgstallene for heavyrock generelt hatt en viss nedgang i seinere tid. Likevel hevdes det at de mer ekstreme formene faktisk selger mer og mer (ifølge det norske fagbladet for heavy metal kalt *Scream Magazine* mars 1996).

3.3 Hip Hop/rap

De spektakulære ungdomskulturene har vanligvis sine geografiske opphavsområder fjernt fra Norge. Hip hop oppstod blant fargede i New Yorks ghettostrøk i siste halvdel av 70-tallet. Denne ungdomskulturen ble av mange oppfattet som et forsøk på å få til en ny giv i et miljø der bandekriger, vold, kriminalitet og narkotikaproblemer var dagligdags. Hip Hops grunnlegger sies å være et tidligere gjengmedlem, som tok kunstnernavnet «Afrika Bambaata». Etter å ha sett en film om den afrikanske Zulu stammen, fikk Bambaata ideen om å danne en organisasjon han kalte «Universal Zulu Nation» som skulle være åpen for alle folkeslag uansett religion, kultur eller hudfarge. Bambaata ønsket at ghettoens beboere her skulle kunne legge ned stridighetene og arbeide for «frihet, likhet, og rettferdighet for alle mennesker», og å motarbeide vold og rasisme. Både musikk, den såkalte «breakdansen» og grafitti utgjorde kjerneaktiviteter som på ulike måter både kommenterte og dannet en motvekt til kriminaliteten og de sosiale problemene i disse områdene. Bambaatas Zulu Nation har etter sigende mye av æren for å samle disse miljøenes ulike kulturelle uttrykk i den ungdomskulturen som etterhvert fikk navnet hip hop (se det amerikanske fagbladet *the Source* nr 50 1993, Fernando Jr. 1994). I den nye rapmusikkens «snakkesang» var det i tråd med denne opphavshistorien, ikke uvanlig å fokusere på de sosiale problemene i disse bystrøkene. Arbeidsledighet, de elendige boforholdene, ustabile familier, kriminalitet etc var te-

maer som ble hyppig kommentert i hip hop-kulturens tidlige fase. Rundt 1982 ble tendensen til å fremføre politiserte og samfunnskritiske kommentarer gjort mer eksplisitt - særlig med låta «The Message» framført av «Grandmaster Flash and the Furious Five». Denne ungdomskulturen var altså til tider sterkt karakterisert ved et engasjement mot sosial urettferdighet, og problemene som preget de amerikanske storbyenes svarte slumstrøk. I stedet for at de ulike gjengene utfordret hverandre med vold og kriminell adferd, fortelles det at man i den tidlige perioden heller utfordret motstandere med dansekonsurranser, grafitti og rapmusikk. Ifølge historiefortellerne blant både norske og amerikanske representanter for denne ungdomskulturen, var det også en sterkt kritisk holdning til bruk av rus og særlig narkotiske stoffer i den tidlige perioden. Problemene som dette hadde skapt for «the ghetto» ble sett på som en av det hvite Amerikas måte å undertrykke fargede av alle slag. I første halvdel av 80-tallet ble hip hop oppdaget av kommersielle interesser, noe som resulterte i at denne ungdomskulturen ble en stor internasjonal mote.

3.3.1 Hip hop i Norge

På denne tida nådde denne motebølgen også fram til Norge. Ifølge informanter i det norske miljøet, ble utviklingen særlig stimulert av filmen «Beat Street» som i ettertid nærmest har fått kultstatus innen enkelte hip hopkretser. Selv om filmen av insidere kritiseres for å være vel «Hollywood» preget, og lite troverdig, særlig når det gjaldt grafitti, var den likevel svært viktig for å skape interesse for hip hop hos et større publikum. Særlig i de yngre aldersklassene slo dette an. Også i Norge var det på denne tida vanlig å se utallige 12-14 åringer som med den obligatoriske cap'en bak fram, forsøkte seg på breakdance. Forskning har dokumentert eksempler på at hip hop også i Norge ble annektert av ungdom i belastede drabantbystrøk for å snu et negativt stigma - ikke ulikt denne ungdomskulturens funksjon i de svarte problemområdene i de amerikanske storbyene (Vestel 1995). I 1986 mistet denne motebølgen sin popularitet. De gjenværende i Oslo var, ifølge informanter, en gruppe på rundt 40-50 personer som holdt kulturen levende i hovedstaden i resten av dette tiåret. Representanter for denne gruppa forteller at det i denne perioden eksisterte sterke holdninger mot narkotika. Hasj var utelukket, og det foregikk heftige diskusjoner om alkohol skulle godtas eller ikke. Dette understrekes ved at toneangivende representanter for Oslos Hip Hop miljø, i en lengre periode sendte sine egne nærradiosendinger fra lokaler villig utlånt av organisasjonen «Ungdom mot Narkotika» (Moshuus 1996).

Motstanden mot rusmidler ble av det norske miljøet betraktet som en videreføring av den opprinnelige hip hop kulturens ideer. På tross av at dette budskapet nok var blitt noe utvannet i opphavsmiljøene i USA, ble det altså opprettholdt og videreført tildels strengt av den lille gruppa som i denne perioden eksisterte i Oslo. Informanter som har fulgt miljøet siden ca 1985, forteller at miljøet på denne tida var lukket og adskillig mer homogent enn idag. Det var tildels strenge normer for hvordan gruppens medlemmer skulle oppføre seg:

«...alkohol og narkotika skulle ikke røres, man skulle ikke være kommersiell, dvs drive med noen form for publikumsfrieri, «writer» (grafittimakere) burde lage minst to «piecer» (bilder) i uka. Det var

viktig å gjøre ting riktig. Du måtte vise at du virkelig tok hip hop på alvor!» (discjockey, 24)

Tom, som idag er 20, ble med i 1988. Han forteller:

«Vi var alltid imot rus og dop, på den tida. Du kan nok si at vi på en måte misforstod litt. På tross av at vi kanskje ante at disse holdningene hadde endra seg ganske raskt i statene, så vi det sånn at vi skulle videreføre hip hop'ens grunnholdninger som handla om «unity», og om å være imot dop og vold. Det var sånn miljøet var fram til rundt 1990.»

Bla den amerikanske gruppa Public Enemy stod sterkt i det norske miljøet. Disse artistene var sterkt politisert og la stor vekt på at tilgangen til narkotika fungerte som et lokkemiddel som holdt svarte og undertrykte folk nede. Hip hop fikk med Public Enemy på nytt et mer politisert klimaks rundt 88-89.

3.3.2 Endringer: «gangsta-» og marihuana-rap.

I den tidlige perioden var det New York som var hip hop'ens udiskutable sentrum. Men rundt 1990 inntraff en ny fase som innebar store og viktige endringer for miljøet og dets rolle i offentligheten. Ifølge insidere hang denne endringen nøye sammen med framveksten av en ny genre som på denne tiden skulle gi hip hop kulturen fornyet popularitet: den såkalte «gangsta-rap'en» fra den amerikanske vestkysten, hovedsakelig Los Angeles. Gangsta-rap'en kjennetegnes ved en sterk romantisering av gjenglivet, av nødvendigheten av å være tøff, en viss voldsromantikk, oppfattheten av lettvinne muligheter til å bli rik i en fei ved tvilsomme metoder, deriblant narkotikahandel. Med andre ord dyrkes den livsstilen som indikeres ved genrens navn, nemlig det moderne gangster-imaget. I motsetning til den tidlige hip hop'ens budskap, har en med gangsta-genren gjennomgått en viss transformasjon der det som tidligere ble tatt avstand fra, og som var en særlig viktig del av de norske hip hopernes ideologi, nå har fått et visst preg av å være «cool».

Med gangsta-rap'en ble hip hop'en igjen en stor trend. Ifølge informanter førte dette til at en rekke nye vestkyst influerte folk kom til i periferien av det gamle miljøet. På denne tida trappet politiet i Oslo opp jakten på taggere og graffitimakere, noe som førte til store oppslag i media. Fra miljøet selv hevdes det at nettopp denne offentlige kriminaliseringen paradoksalt nok tiltrakk seg en rekke nye ungdommer som var tiltrukket av gangsta-romantikken, og som med vestkystmusikken, ble kjørt fram kommersielt. Å være i politiets søkelys var noe som dermed passet meget godt med de «gangsta»-orientertes iver etter å leve ut en s k «criminal minded» stil. Folk i det norske kjernemiljøet understreker forøvrig sterkt at «criminal minded» langt fra behøver å være «criminal active», og at uttrykket altså stammer fra en amerikansk virkelighet der slike holdninger i mange tilfeller vil være nødvendige for å overleve. Det er forøvrig allment kjent at flere kjente vestkysttrappere har lengre fengselsopphold bak seg, noe som til tider er blitt utnyttet i markedsføringen. Selv om det norske kjernemiljøet var nokså avvisende til vestkyststilen, førte gangsta rap'ens stadig større kommersielle gjennomslag til at den tidligere ideologien mot vold og narkotika nå ble mer utvannet. Miljøene ble mer oppdelt, og en stor periferi av gangsta-tilhengere, er etter sigende vokst fram. Kjernemiljøet idag holder imidlertid fortsatt på New York-stilen som

best. Men også her er påvirkningen fra gangsta-ideologien merkbar. For ungdom som tilnærmer seg hip hop via de mer kommersielle kanalene er det pr idag gangsta rap som er den mest iøynefallende genren. Denne utviklingen må også sees i sammenheng med utgivelsen av gruppa Cypress Hill sitt første album. Både tekster og markedsføring for dette bandet handler stort sett om en ting: marihuana. Det hevdes at Cypress Hill nærmest skapte en ny trend, der marihuana var selve emblemet. Dette tydeliggjorde og forsterket trolig den plassen cannabis i årevis tross alt hadde inntatt i de internasjonale hip hop'ernes tekster. Sentrale informanter hevder at bla dette bandets popularitet medførte at en rekke folk i miljøet utviklet mer positive holdninger til cannabisstoffer. Hip Hop'ens kjernebudskap understrekes ved nøkelordene «unity» og «respect». «Unity» referer til vekten på samhold og fellesskap som opprinnelig dreide seg om å motvirke splittelsen i de fargede miljøene, for å motarbeide sosial urettferdighet. Med gangsta-genren er dette forskjøvet i retning av å vektlegge enheten innenfor gjengen. I tråd med dette dyrkes for eksempel krimfilmer som framstiller samholdet innad i eldre amerikanske gangstermiljøer. Viktigheten av «respect» dreier seg om å respektere de eldre i miljøene som har mer erfaring og eventuell forståelse av hva hip hop handler om. Å opparbeide seg «respect» handler imidlertid også om nødvendigheten av å ikke tape ansikt overfor omverdenen. Informanter har her gitt uttrykk for at dette har gitt seg utslag i en viss omgang med våpen, og aggressiv framferd, blant enkelte grupper i Oslo.

3.3.3 Syn på rusmidler

Ifølge informanter i dagens kjernemiljø blant hip hop'erne, er cannabis nå blitt så vanlig også i dette miljøet, og omtales så ofte i tekstene på dagens rap, at stoffet idag må sies å ha en forholdsvis befestet plass i denne ungdomskulturen. Det er også blitt hevdet at hip hopens etterhvert positive holdning til cannabis må sees i sammenheng med ønsket om å motvirke bruken av såkalt «crack» i de svarte opphavsområdene. Igjen ser vi hvordan forhold fjernt fra Norge kan ha innvirkning på praksiser blant norske representanter for slike ungdomskulturer. Det må imidlertid også understrekes at det finnes sentrale grupper og artister innen hip hop miljøene som også tar avstand fra den vekten mange artister legger på stoffprat i tekstene.

3.4 House/techno

På begynnelsen av 80-tallet ble den såkalte «house»-musikken utviklet av svarte discjockeyer i Chicago og New York. House kan karakteriseres som en form for elektronisk basert dansemusikk som tok opp i seg elementer fra eldre stilarter utviklet av svarte amerikanere, som soul, disco og funk. Selve ordet er også brukt som en betegnelse på «fest». På midten av 80-tallet oppstod den såkalte technomusikken i svarte miljøer i Detroit. Denne var særlig inspirert av den tyske, rent synthesizerbaserte musikken til grupper som for eksempel Kraftwerk og Tangerine Dream, og regnes som hardere enn house. Dette er en stort sett instrumental og helelektronisk musikkform i en estetikk der databasert lydteknologi, og en mer generell fascinasjon overfor teknologiens muligheter spiller hovedrollen. House og techno ble etterhvert sterkt assosiert med hverandre, og på 80-tallets andre halvdel, når disse musikkformene nådde Europa (særlig England, Tyskland, Belgia og Nederland), ble denne musikken kjernen i en meget

raskvoksende ungdomskultur. House ble fra 80-tallets siste halvdel dels benyttet som en betegnelse for musikkformen, dels for hele ungdomskulturen. I housens historie har sommeren 1988 en særskilt betydning. Den ble kalt «Summer of love», dels som en understrekning av den tidlige housekulturens hovedbudskap, dels som en betegnelse på tida da housekulturen for alvor slo igjennom i Europa. Budskapet som karakteriserte denne ungdomskulturens tidlige fase var, om enn i noe implisitt form, preget av antirasisme, antisexisme, «kjærlighet», toleranse, og en vennlig åpenhet overfor omverdenen, koblet med begeistring for ny teknologi og som vi skal se, ekstatiske dans. Selv om disse budskapene var relativt klare, var de langt fra gitt noen form for aksjonistisk slagordpreg. Enkelte informanter har tvertimot framholdt den tidlige housemusikken som et mer party- og nytelsesorientert fellesskap, i kontrast til de til tider strenge og politiserte linjene som hadde dannet seg i etterdønningene etter forrige tiårs punk.

3.4.1 Rave-parties

House kulturens rituelle sentrum er det såkalte «rave partyet». Uttrykket har sitt opphav på Jamaica der det etter sigende betegnet fester under åpen himmel hvor man danset til såkalt sound systems (mobile lyd- anlegg). Betegnelsen kom så til Europa via reggae-kulturen som her var populær tidlig på 80-tallet. Etterhvert kom «rave» til både å betegne fester der man danser til house og techno, og som en alternativ betegnelse på house-kulturen. Ifølge informanter kunne det på denne tida være parties i ulike europeiske land hvor opp til 20-30000 mennesker deltok. Vanligst var likevel mindre raves. I housekulturens tidlige periode i Europa, var partyene omgitt av en viss mystikk som dreide seg særlig om hvordan disse festene ble organisert.

«Helge», en 21-åring som i dag jobber innen reklame forteller om hvordan dette foregikk:

«Mye av tiltrekningskraften til house handlet jo også om måten partyene foregikk. De ble jo for eksempel aldri annonsert i den kommersielle pressen. Du måtte enten få tak i «flyers» (kunstnerisk utformede løpesedler), eller snakke med noen som visste noe. Flyers fikk du tak i i spesielle butikker og kafeer. Ofte var det sånn at du bare fikk vite om et sted du skulle møte opp for å få nærmere opplysninger. Kom du dit ble du kanskje bare henvist til et nytt sted, før du endelig fikk vite hvor navet skulle være. Utafor London var det særlig en motorvei kalt «the orbital», som var et mye brukt møtested. Vi gjorde det på liknende måter i Norge. Partyene ble holdt særlig i gamle lagerbygninger som var ute av drift, til og med en gammel kirke inne i selve Oslo ble brukt. Det var ikke alltid vi spurte om lov, eller vi gav eventuelle utleierye inntrykk av at det var helt andre aktiviteter som skulle foregå hvis noen spurte. Det var skikkelig moro, med bruk av intercom og greier for å løse folk til stedene der partyene skulle foregå. Vi måtte jo prøve å unngå at purken fikk vite om det. På den tida hadde house et undergrunnspreg. Det er det ikke mye igjen av idag.»

Hemmeligholdelsen og de spenningsfylte prosedyrene som man måtte gjennomgå for å finne partyet var med andre ord ytterligere medvirkende til å understreke det attraktive undergrunnspreget.

3.4.2 Dans

Den viktigste aktiviteten som foregår på et rave er dans. Den svenske etnologen Elisabeth Tegner har

beskrevet den som en «dans med seg selv, sammen med mange andre» (Tegner i Chaib 1995:239). Med dette poengteres oppfordringen til hvert individ om å utvikle sin personlige dansestil, samtidig som denne nokså innadvendte selvcentreringen foregår sammen med en stor gruppe andre. Men fellesskapsopplevelser er også meget vesentlige. Dette reflekteres i det mye brukte uttrykket «tribal», som refererer til oppfatninger om at fellesskapet i rave-partyene, ifølge house kulturens representanter, har klare paralleller til fellesskapet som tillegges såkalte «primitive» stammer fra fjerne verdensdeler. «Tribal» var også i en periode betegnelsen på en egen genre inne housemusikken. Denne tildels romantiske dyrkningen av urbefolkninger, referanser til for eksempel sjamanisme samt bruk av symboler fra ikke europeiske religioner finnes også i house kulturen. Dette indikerer dermed også et visst slektskap med New Age fenomenet og den såkalte nyreligiøsiteten. Rave partyets og dansens «mål» er, som for fester flest, å skape gode og sterke opplevelser for deltakerne. For å oppnå dette benyttes en rekke virkemidler. Dansen foregår i et landskap fylt av tørrisrøyk, lyseffekter, gjerne med avansert datagrafikk, mangefargede tekstiler og kunstnerisk utformede dekorasjoner. Sammen med elektronisk repetitiv, bass og rytmeorientert musikk hvor nyanserte variasjoner i lyd-kvalitetene dyrkes i utstuderte oppbygninger, har alt sammen det formål å skape en rusliknende lykketilstand som mange sammenlikner med transe. I tråd med dette er også «trance» betegnelsen på en av de mest populære undergenrene innen dagens house.

House-kulturen kom til Norge rundt 1988. Flere relativt kjente house artister innen ulike genre, kommer fra Norge. Pr idag er klær, utstyr og musikk som kan knyttes til house iferd med å bli en stor, kommersiell mote. Dette understrekes ved at det store musikkarrangementet «Hyperstate» som gikk av stabelen i Oslo Spectrum natt til første mai, var viet housemusikken. 6400 billetter a kr. 300-350 ble solgt til dette arrangementet. Dette var altså noe ganske annet enn tidligere fasers mer hemmelighetsfulle og tildels eksklusive rave-parties.

3.4.3 Syn på rus og rusmidler

Parallelt med house-kulturens vekst, foregikk det bruk av et narkotisk middel som tidligere hadde fått liten oppmerksomhet, nærmere bestemt stoffet MDMA (forkortelse for metyldioksymetamfetamin), også kjent under betegnelsen ecstasy (XTC, E, Adam mm). I moderate doser stimulerer stoffet vanligvis til å innta en nærmest barnlig og positivt ladet interesse for omgivelsene, evne til fysisk utholdenhet, og behov for vennlig kroppskontakt. I tråd med dette har ecstasy blitt omtalt som et «kjærlighetsdop», noe som i massemedias versjoner feilaktig er blitt til «sexdop», skrevet i fete typer. I større doser dannes hallusinasjoner og gir liknende virkninger som LSD. Det eksisterer også en rekke andre stoffer selges som ecstasy. Særlig gjelder dette bla LSD og amfetamin, men også de nært beslektede stoffene MDA, som er et hallusinogen, og MDEA. Disse kan i mange tilfeller ha adskillig mer dramatiske virkninger enn ecstasy.

En rekke oppslag i både utenlandsk og norsk presse har knyttet ecstasy til house-kulturen. Flere innen miljøet hevder at denne koplingen primært ble gjort av pressen og at dette er hovedårsaken til at house nå i så sterk grad blir assosiert med dette stoffet. Det er imidlertid vanskelig å komme bort fra at koblingen til stoff også er gjort innen miljøet selv. Et ekstremt

eksempel på dette finner vi innen subgenren «Goa-trance», oppkalt etter stedet Goa på vestkysten av India som er blitt et samlingssted for det toneangivende skiktet innen denne genren) hvor det foregår en meget eksplisitt dyrking av LSD, og av hallusinogener generelt (Mixmag 1996). Blant noen av rusmiddelbrukerne i housemiljøet finner vi også eksplisitte referanser til østlig filosofi, interesse for tidligere perioders LSD-influerte psykedeliske musikk, syn på stoff som en mulig vei til dype eksistensielle erfaringer ol, ikke ulikt måten dette stoffet ble omtalt på innen ungdomskulturer på 60-70-tallet. Uansett hvordan denne koplingen mellom housekultur og ecstasylbruk faktisk har skjedd, er den uten tvil blitt forsterket gjennom mediaoppslag. Informanter hevder at de nye ungdomsgruppene som nå tiltrekkes av house arrangementene, nærmest forventer at ecstasy skal tilbys og brukes.

3.4.4 Ecstasy som emblem

Dette betyr at ecstasy nå faktisk i mange ungdommers øyne er blitt et emblem for denne ungdomskulturen, på liknende måte som cannabis var det for ungdomskulturene rundt hippie-fenomenet. Med medias hjelp ser det altså ut til å være skapt en nærmest selvoppfyllende kobling mellom house og ecstasy. Dette kan selvsagt få meget alvorlige konsekvenser for både nye og eksisterende ungdomsgrupperinger som møler fascinasjon for denne ungdomskulturen. Skjer det samme med LSD, som ifølge flere informanter er på vei inn, vil situasjonen ytterligere forverres. Det er altså innenfor denne ungdomskulturen at bruk av sterke, illegale rusmidler har fått en særlig sentral plass.

3.5 Skateboard

De første rullebrettene (skateboards) ble laget av bølgesurfere i California på 60 tallet. Det sies at det første skateboardet ble til ved at surferne satte hjul på brettet for å komme seg ned til stranda. I tråd med dette, forteller informanter at San Francisco stadig er skaterkulturens sentrum, byen de fleste «proffene» flytter til i sommerhalvåret for å skate. På hele 80-tallet har det eksistert skatermiljøer i Norge. Det norske skateboardmiljøet startet sin egen organisasjon kalt NORB (Norsk organisasjon for rullebrett). Skateboard var forbudt i Norge fram til 1989. Etterat forbudet ble oppløst inntraff det en større kommersiell boom rundt rullebrettene i Norge. «Henrik» er en av de norske utøverne som startet sin karriere på denne tida. Han er 21, har tatt idrettslinja på videregående:

«Jeg fikk prøve et brett av en kompis i 88. Jeg skjønte med en gang at dette var tingen for meg: det var spennende og du måtte øve skikkelig for å klare det. Jeg dreiv jo med mange typer idrett fra før. Hockey, fotball, kombinert. Men der hadde du hele tida trenere og voksne som skulle fortelle deg hva du skulle gjøre. Med skatinga var det helt annerledes. Her var det ingen andre som bestemte. Skating er mye mer individualistisk. Du skal ha din egen stil når du skater, det er egentlig ikke noe man kan lære. Du må bare gjøre det på din måte. Litt farlig er det også. Det er en del av moroa. Det er rett og slett ikke moro hvis det ikke er litt farlig. Adrenalinkicket, ikke sant. Du må hele tida pushe deg sjøl til å ta nye sjanser. Ikke hele tida, selvsagt. Du må alltid holde basics øvelsene vedlike. Grunnlaget er hele tida å mestre brettet sitt skikkelig.»

Hvert år avholdes NM. Konkurranser avholdes 2-3 ganger i året og er årets viktigste begivenheter i miljøet. På tross av dette understrekes at skatere ikke er spesielt opptatt av å konkurrere med hverandre. Å utvikle sin egen stil ansees som viktigere. Konkurransenes hovedfunksjon er det sosiale, å føre sammen skatere fra hele landet til felles aktivitet. Mange i miljøet vil ikke betrakte skateboard som en hvilkensomhelst annen «idrett», og det er få som ønsker å bli en del av det norske idrettsmiljøet. Henrik utdypet:

«Skating handler mer om stil, om undergrunnskultur, om musikk og noe alternativt. De fleste veit at den bølgen vi er inne i nå kommer til å gå over om en stund. Likevel er vi noen stykker som kommer til å holde interessen for skatinga i live. Etter boomen i 89 gikk det noe nedover. Så i fjor i 1995 gikk det rett til himmels. Det ble nesten for mye interesse blant folk. Det er jo ikke det, det er selvsagt flott at fler blir interessert i skating, men det er jo helt klart at det er en trend som vil gå opp og ned.»

Også her kan vi altså registrere en viss motvilje mot kommersialisering og trendbølge, som altså sees som en trussel mot fellesskapets «undergrunnsprege». Flere norske skateboardere befinner seg i verdenseliten. Norske Adil Dyani som i 1995 vant verdensmesterskapet innen øvelsen «High air», har som navnet indikerer innvandrerbakgrunn. Jeg spør Henrik om det mange med utenlandsk bakgrunn som er med:

«Det er ikke spesielt mange som er med. Men sjøl har jeg flere gode kamerater med innvandrebakgrunn som jeg skater med. Ingen har noe i mot dem. Det er en ting som er viktig her: alle skatere er antirasister. Skatere er åpne. Vi er opptatt av å skate alle land. Vi respekterer alle folk og alle nasjonaliteter. Mange drar til utlandet på interrail med brettet under armen. Da trenger du aldri å ha problemer med å bli kjent med folk. Og du får alltid et sted å bo. Sånn er det i Norge også. Du kan skate i nesten hvilkensomhelst by i landet - og du vil treffe andre skatere som vil hjelpe deg. Flest skatere er det nok i Oslo og i Bergen. Hit kommer mange fra andre steder i landet også om sommeren. Hvor du enn kommer får du bo hos andre skatere. Det er et meget bra miljø blant oss.»

Skaterne har i lengre tid hovedsakelig vært noe opptatt av både ny og gammel punk. Men også hip hop er populært, og flere av de eldre skaterne har tidligere drevet med breakdance. Det hevdes at det i den seinere tida, særlig etter den nye skateboardboomen ble en realitet, er blitt større variasjon i musikksmaken blant skaterne. Likevel har musikken stadig stor betydning, ifølge Henrik. Forruten farenes og mestrings gleder ved selve skatingen, handler denne ungdomskulturens budskap altså om toleranse, åpenhet, antirasisme og en uttalt individualisme.

3.5.1 Syn på rus og rusmidler

Flere av de norske skaterne har vært tilknyttet den såkalte «Straight Edge»-bevegelsen. Dette er en liten, opprinnelig amerikansk gruppering som avviser enhver form for rusmiddelbruk, inkludert alkohol. Dette miljøet har vært sterkt assosiert med musikkgrupper innen den mest kompromissløse hardcore punken. Idag er betegnelsen Straight Edge mer all-

ment brukt om personer som står for liknende totalvholdsorienterte holdninger.

Men toleranse og åpenhet gjelder også cannabis- bruk. Som Henrik uttrykte det:

«Det viktigste er at alle har toleranse for alle. Det er ingen som sier 'du røyker hasj derfor vil jeg ikke skate med deg'. Det er alltid ens eget valg, det er en sjøl som bestemmer. Men jeg mener, hasjrøyking foregår i de fleste miljøer i dag. Det er verken mer eller mindre av det blant skatere enn blant andre ungdommer. Hasj er blitt så vanlig. Du løfter ikke på øyebrynet en gang om noen bruker det. Å skaffe seg det er omtrent like vanskelig som å dra til byen for å kjøpe seg en hamburger. Det er ikke verre enn det.

int: Hva med sterkere stoffer som ecstasy, speed ol?

Sterkere stoffer trur jeg at jeg kan si så godt som helt sikkert ikke brukes blant skatere. Absolutt ikke. Slikt er mer for dem der house-folka. Noen skatere vanka jo litt på raveparty når det var nytt og sånn. Men nå er det mange av oss som har tatt avstand fra dem. Vi skatere liker best å være litt mer sånn 'down to earth'. Vi liker ikke den store motegreia. Dessuten er houseerne altfor 'kjemiske' for oss.»

Her er altså motstanden mot sterkere stoffer nokså eksplisitt, mens cannabis derimot betraktes som relativt vanlig og tolerert. Et liknende syn møter vi også i den neste ungdomskulturen vi skal ta for oss, og som har det samme historiske opphav som skateboard, nemlig vintervarianten «snowboard».

3.6 Snowboard

Som skateboard har også snowboard sitt opphav i 60-tallets California. Igjen var det bølgesurferne som eksperimenterte, her ved å prøve surfebrettet i snøen. Snowboards ble så smått masseprodusert en gang på 70 tallet. Men det var ifølge folk i miljøet først rundt 1985 at brettene ble mer populære internasjonalt. Snowboard ble forøvrig i 1995 akseptert som en egen olympisk gren som skal inngå i Olympiaden i Nagano, Japan. Siden 1986 har det vært stor aktivitet blant unge norske snowboardere, og i 1987 ble Norges Snowboardforbund startet. I likhet med de norske skatere, befinner flere norske snowboardere seg i dag i verdenstoppen. Sportens økende popularitet viser seg også ved at den norske «Snowboard avisen», som idag utgis i sin 7ende årgang, nå har nådd et opplag på 50000. Også her spiller ønsket om spenningsfylte opplevelser en viktig rolle. På spørsmålet om hvordan det kjennes og hvilke opplevelseskvaliteter en er ute etter, svarer «Lars» (25) som også har erfaring med både surfing og skateboard:

«Det er en følelse som ikke kan beskrives. Både snowboard, skate- og surfing er helt forskjellig fra følelsen du har når du står på ski. Med sno' så er det sånn at brettet planer. Den følelsen er ganske lik surfing. Men du får mye større fart på snowboard. Selv i løs snø kan du presse sentrifugalkrafta mye mer enn på ski. Det er det som er kickene, du får sånne vannvittige krefter ut av en veldig liten bevegelse. Jeg leste en gang en statistikk som tok for seg surferne på Hawaii... når det ikke var mulig å surfe på grunn av været, økte narkobeslagene på Honolulu med 50 prosent eller noe sånt. Grunnen er, slik jeg ser det, at kicket du får kan sammenliknes med dop. Store adrenalinmengder som jo også forsterkes av musikken....»

Som fellesskapet rundt skateboard, er også snowboard en ungdomskultur, og for mange en livsstilspakke som også innbefatter klær og musikk. Musikksmaken er relativt variert, med hovedvekten på gammel og ny punk. I tillegg dyrkes også den såkalte «ska»- musikken som opprinnelig kom fra Jamaica til England på 80-tallet, samt litt hip hop. Lars understreker at særlig punken har en aggressiv energi og et høyt tempo som passer godt til selve snowboardkjøringen. Et annet stort band for Snowboardere for tida, sies imidlertid å være nyfunk bandet «Rage Against the Machine». Dette har for øvrig ingen spesielt eksplisitte forbindelser til stoffbruk. Som for skatere har det også innen snowboard vært viktig å kunne oppvise en «personlighet» på brettet. Det har altså blitt lagt stor vekt på individuell frihet og nødvendigheten av å finne sin egen stil. Tradisjonelt har utøvere som ansees for å ha «mye personlighet» vært rangert høyere enn folk som har gjort det stort i konkurranser. En liknende åpenheten for forskjellighet som er aktuell blant skatere, finner vi også igjen i holdningen til nasjonalitet. I anledning større aksept for snowboardsporten i idrettskretser har det for eksempel vært uttrykt stor motstand fra miljøets side mot å benytte nasjonalitet som markør i konkurranser. Lars presiserer at for ham har nasjonalitet ingen betydning:

«en er ikke norsk eller svensk, vi er alle snowboardere, som en stor familie. Slik bør det være.»

I tråd med vekten på individualisme og egenart, hevdes det også å være en grunnholdning blant snowboardere å dyrke toleranse.

«Vi er imot kunstige grenser både mellom land og hudfarger. Det er typisk sno' å være åpne for alle. Det er heller ikke noen motsetninger mellom dem som bruker dop og dem som ikke bruker det.», sier Lars.

I likhet med skateboardmiljøet har det også her vært lagt stor vekt på å ha et visst undergrunnspreget, som ytterligere understrekes ved vekten på musikk og klær. Lars stiller seg noe ambivalent til at snowboard, i likhet med skateboard, har opplevd en så kraftig interesse i 1995. Fra å være et miljø på rundt 100 aktive på slutten av 80-tallet, hevdes det i dag å være flere ti-talls tusen som viser aktiv interesse for sporten. Ifølge representanter for Snowboardforbundet anslås det idag å være mer enn 50000 nylig solgte brett. Det klages over at den nye veksten i interessen har medført en sterk kommersialisering av sporten. Undergrunnspreget ble tidligere bla. ivarettatt gjennom det nære samarbeidet mellom utøverne og de mange små utstyrsleverandørene. Idag beklager folk i miljøet at denne tida trolig snart er en saga blott og at hele kulturen overtas av markedskreftene, samtidig som man jo også bifaller en større interesse fra omverdenen. Dette sammenfaller med at gjennomsnittsalderen på snowboardere nå hevdes å være sunket fra rundt 20 til ca 16 i dagens situasjon. Ifølge Lars var snowboard i Oslo tidligere dominert av folk fra østkanten, mens det idag er blitt flere vestkantungdommer innen sporten. Han hevder at det innen det gamle kjernemiljøet idag klages over at «hvem som helst kan kjøpe seg et snowboardimage». Igjen ser vi altså den uttalte motviljen mot at undergrunnspreget forsvinner, som i de øvrige ungdomskulturene vi har gjennomgått. Med aksepteringen av snowboard som olympisk gren, understrekes også at sporten er i ferd med å bli stuert. Dette har bla sammenheng med at snowboard er blitt mer utviklet teknisk

og at man kanskje nærmer seg en viss standardisering av målbare «momenter» i likhet med turn. For Lars er dette et tankekors: når hvem som helst kan drive med snowboard uten å kjenne kulturen, er det lite tilbake av det alternative, ungdomskulturelle preget der man dyrket individualisme, «personlighet» og evnen til å skape stilistisk og kreativ egenart.

3.6.1 Syn på rus og rusmidler

«Jeg tror mye påvirkning kommer fra surferne. Jeg har vært mye ute og reist og jeg har aldri møtt en surfer som ikke røyker en eller annen form for cannabis. For dem er det like vanlig som å ta seg en øl. Både hasj og pot er jo mye vanligere i USA. Nesten alle driver med det der borte. Men det betyr langtfra at dette uten videre blir overført til Norge. Vi har både brukere og sterke motstandere av cannabis i miljøet.»

Snowboard miljøet er, i likhet med skaterne, nok så sammensatt med hensyn til holdninger til rusmidler. Også her har det vært grupper som har assosiert seg med den tidligere nevnte Straight Edge-bevegelsen. Men ifølge Lars er det heller ikke få som bruker hasj. Sterkere stoffer hevdes å ikke forekomme. Igjen nevnes rapgruppa Cypress Hill som populær blant endel av brukerne. Som vi så ovenfor, forlenget altså dyrkingen av toleranse og individualisme, som spiller så stor rolle også i denne ungdomskulturen, i retning av å vise tilsvarende toleranse overfor bruk av cannabis. Dels skyldes dette trolig også en viss modellfunksjon som kan tilskrives opphavsmiljøene i California, der holdningen til cannabis er meget liberal. Holdningen til cannabis er altså relativt positiv også blant deler av det norske snowboardmiljøet, mens sterkere stoffer i liten grad ser ut til å være aktuelle.

Det kan her nevnes at kategorien «skateboard/snowboard ungdom», inngikk i en nylig gjennomført spørreundersøkelse blant ungdom på Nesodden. De ble her rangert som en av de tre mest populære ungdomsgruppene. Denne grupperingen har ikke vært presentert i andre spørreundersøkelser gjennomført i UNGforsks regi. Populariteten til disse gruppene blant ungdom på Nesodden indikerer at «skateboard/snowboardungdom» er en del av brede strømninger i ungdomsmiljøene.

3.7 Andre ungdomskulturer

De ungdomskulturelle elitene som vi hittil har gjennomgått, er nok de mest iøynefallende, og har derfor ofte et stort kommersielt potensiale. Men det er også andre, som i liten grad, eller på andre måter, befinner seg i et samspill med kommersielle interesser, men som like fullt har stor appell til ungdom, og som ad ulike omveier er blitt forbundet med bruk av illegale stoffer. Dette gjelder nærmere bestemt skikt innen miljøbevegelsen, og visse idrettsmiljøer. Disse grupperinger skiller seg på vesentlige punkter ut fra de ungdomskulturelle kjernemiljøene vi hittil har gjennomgått. For begge er det nødvendig å vise en «seriøs» og respektabel profil vis a vis omverdenen. I motsetning til de øvrige ungdomskulturene som kanskje tvert imot legger vekt på å kommunisere en opposisjonell og mer undergrunnspreget profil, vil både idrettsaktiviteter og arbeid med miljøvern kreve et godt omdømme som helst bør begynne seg på solid avstand fra bruk av illegale stoffer, med alle de negative assosiasjonene som dette innebærer. I tillegg vil det kunne hevdes at både idrett og miljøvern ideelt sett primært handler om henholdsvis sportsli-

ge ferdigheter og arbeidet med viktige politiske saker, og at estetikk og stil vel i mindre grad enn for de øvrige ungdomskulturenes vedkommende, her vil tillegges betydning. Likevel ser det ut til at stoffbruk også i disse miljøene inngår i et samspill med flere andre faktorer som sett under ett kan settes i sammenheng med en mer overordnet stil.

3.7.1 Skikt innen miljøbevegelsen.

Det er flere forhold som antyder at særlig cannabis har en viss plass blant grupper som har tilhørighet i ulike miljøvernorganisasjoner. Noen hint om dette har kommet offentligheten for øye idet et framstående og særlig mediaeksponert medlem i en av miljøbevegelsens fremste organisasjoner, med rett eller urett, er blitt assosiert med cannabisbruk. Denne historien ble slått stort opp i flere av landets største aviser, og representerer, om ikke annet, en mediehistorisk hendelse som også store deler av ungdomsoffentligheten kjenner til. I tillegg vet vi at det i et av de mindre politiske partiene som har gjort miljøspørsmål til sitt hovedanliggende, har foregått en heftig debatt mellom motstandere og tilhengere av en radikal avkriminalisering av narkotikabruk, samt liberalisering i forhold til omsetning av cannabisprodukter. Her må det riktignok anføres at denne debatten i den seinere tid også har vært ført av bl.a. kjendiser og høyt respekterte representanter for rettsvesenet i landets sentrale media, noe som dermed har gjort denne debatten legitim - også innenfor kretser som tradisjonelt har hatt sterk vegring mot å rokke ved allerede eksisterende oppfatninger i disse spørsmålene. Dette gjør en slik liberaliseringsdebatt i et hvilket som helst politisk parti adskillig mer stuert enn den ville vært for bare få år tilbake. Likevel er det forhold som tyder på at enkelte sjikt innen miljøbevegelsens ungdomsorganisasjoner har særlig liberale holdninger til cannabisbruk.

3.7.1.1 Hasjbruk og medlemskap i miljøvernorganisasjoner

Ifølge Ung i Norge-undersøkelsen bruker ungdom, som oppgir at de er, eller har vært medlem av miljøvernorganisasjoner, tildels betydelig mer hasj enn gjennomsnittet av ungdom i Norge. Dette kommer tydelig fram av følgende prosentandeler som oppgir hasjbruk.

Tabell 2 Hasjbruk og medlemskap i miljøvernorganisasjon, oppgitt i prosent

Hasjbruk	Ikke medlem	Medlemmer av miljøorganisasjoner	Tidligere medlemmer
Har brukt hasj	92	86	81
Har brukt hasj en gang siste år	3	4	3
Har brukt stoffet 2 eller flere ganger	6	11	16
Sum	100	100	100
N	3360	105	139

Kji-kvadrat=28,9, Df=4. p<0, 001

Kilde: Ung i Norge 1994

Tallene bekrefter altså at både medlemmer, og særlig tidligere medlemmer i miljøbevegelsens ungdomsorganisasjoner bruker betydelig mer hasj enn ikke medlemmer (se også Pedersen 1993).

3.7.1.2 Miljøbevegelsen og «ungdomsopprøret»

Bruken av cannabis som her kommer til uttrykk kan forstås i sammenheng med miljøbevegelsens historiske og kulturelle forbindelser til 60-70-tallets ungdomsopprør. Spor etter denne sammenhengen, ser vi i intervjuet med Olav, som idag er 22, student, og som har hatt tilknytning til en av de aktuelle miljøvernorganisasjonene siden 15-års alderen. Jeg ber ham å fortelle litt om miljøbevegelsens historie i Norge:

O: I Norge regnes nok aksjonene rundt vassdrag-skampene, særlig Mardøla og Alta-aksjonene som starten på den norske miljøbevegelsen.

Int: En tenker gjerne på miljøbevegelsen, og også disse aksjonene, som nært forbundet med datidens motkultur-bevegelse som ville være et alternativ til «det bestående» på ulike måter?

O: Jo, den eksisterte jo samtidig med hippiebevegelsen. Og vi ser stadig på miljøvern som en del av alternativ bevegelsen. Det regner vi som et honnørord. I det legger vi at vi ønsker en mer grunnleggende samfunnsforandring, og at vi ikke kan se miljøproblemene isolert fra det øvrige samfunnslivet. Vi setter arbeidet med miljøet inn i et helhetlig perspektiv.

Int: Men med innafør den tidlige «alternativ bevegelsen» tenker en jo gjerne også på hippiene, og på grupper som interesserte seg for østlig filosofi, motkulturblader som Gateavis, anarkistbevegelsen osv, hvor hasjbruk hadde en ikke ubetydelig rolle?

O: Den organisasjonen jeg tilhører ønsker ikke å bli assosiert med slike grupperinger. Vi kaller dem for livsstilsmiljøvernerne. Endel av de europeiske miljøorganisasjonene for ungdom ligger nok mer i den leia. Det er litt den stilen der de sitter barfot og spiller gamle Beatleslåter på samlingene. Vi er nok betydelig fjernere fra det hippiepreget enn flere av våre europeiske kolleger. Vi tar også mer ideologisk avstand fra det å legge så stort ansvar på enkeltmennesket som endel av disse gruppene gjør.

En rekke av det tidligere ungdomsopprørets motkulturelle uttrykk så som hippiene, anarkistgrupperinger, floraen av både blader, organisasjoner og enkeltpersoner assosiert med dette fenomenet, hadde nettopp miljøvern som en av sine fremste kampsaker. Denne almene opptattheten av naturen og «det naturlige» kom til uttrykk på en rekke måter. Interesse for alt fra giftfritt jordbruk, naturmystikk, urbefolkninger, alternative terapiformer, meditasjon, naturmedisin og kostholdsideologi, til bruk av «naturlige» (ikke-kjemisk framstilte) rusmidler speiler denne holdningen. Bruk av for eksempel mescalinkaktus, ulike typer rusgivende sopper, og selvsagt cannabis, innenfor de mer ekstreme motkulturistenes eliter, kan sees som nok et uttrykk for denne opptattheten av «det naturlige». Disse gruppene var på mange måter identiske med det første ungdomsopprørets tidligere omtalte eliter for hvem cannabisbruk var et embleme, og hvor den erklærte opposisjonen mot «det bestående» kom til uttrykk gjennom en mer helhetlig livsstil. Her inkluderte kretsingen rundt «det naturlige» også interesse for miljøvern generelt. Det er altså denne grenen av miljøbevegelsens kulturelle «rotsystem» som Olav ønsker å markere avstand fra. Han understreker at organisasjonen han tilhører selvsagt ser meget alvorlig på rusmiddelbruk blant medlemmene på samlinger i organisasjonens regi. Alkohol er forbudt, og illegale rusmidler er absolutt utelukkert, og ville bli slått hardt ned

på hvis slik bruk ble oppdaget. Dette indikerer, ikke overaskende, at det selvsagt eksisterer flere ulike posisjoner blant miljøvernorientert ungdom. Noen har et mer eksplisitt feste i forlengelsen av 60-70-tallets livsstilsorienterte motkultur hvor hasjbruk var fram-tredende, mens andre ser det som viktig å markere avstand til disse gruppene. Om andelen hasjbrukere blant medlemmene tyder på at miljøvernorganisasjonene ikke har lyktes med å markere en slik avstand, eller om det snarere er utslag av at man atskiller hva man foretar seg privat fra hva man kan gjøre i organisasjonsammenheng, er selvsagt vanskelig å avgjøre. Visse forhold peker i retning av det siste alternativet.

3.7.1.3 Medlemsprofil

Jeg spør Olav om det kan sies å være en mer overordnet stil som karakteriserer miljøbevegelsens ungdommer:

O: Jeg tror nok at endel av ungdommen innen miljøbevegelsen har en nokså sterk opinionsdannende virkning. På begynnelsen av 90 tallet hadde jo omtrent «alle» langt hår og de obligatoriske islenderne. Nå er vi kanskje litt mer punkeaktige enn snittet. Når det gjelder musikk, så er nok folk ganske orientert om hva som skjer. Av norske grupper er Motorpsycho populære for tida, men også grunge, punk og indie-genren står sterkt. Rage Against the Machine er også mye likt. Det er et såkalt PK-band - d.v.s. «politisk korrekt»... Mange steder er jo miljøverngruppene de eneste ungdomspolitiske organisasjonene som finnes... Ofte er det dem som fanger opp det meste som finnes av radikal ungdom ute i distriktene. Men her er det viktig å understreke at det finnes meget stor lokal variasjon. Det kan godt tenkes at det sett under ett er minst like mange som liker folkemusikk som det er miljøer som liker Rage Against the Machine.

Int: Kan du si litt mer om hvem dere appellerer til?

O: Vi appellerer nok mest til de som er mer aktivt opptatt av hva som skjer i samfunnet, de engasjerte. Men vi arbeider på mange plan. Oppgavene varierer fra nokså tørre, byråkratisk pregede jobber, til mer lystbetonte. Men endel av arbeidsoppgavene krever nok en viss innsats av medlemmene. Det er jo ofte en aktiv kjerne som er motoren, men det er jo også mange som slenger med når det skjer ting. Det skal jo ikke bare være aksjonsmas....

I tråd med hva Olav forteller, representerer vel ungdommen i miljøbevegelsen jo nettopp hva som gjerne omtales som «ressurssterke» grupperinger. De er samfunnsengasjerte, politisk bevisste, de har en velorientert musikksmak og representerer i mange mindre befolkede distrikter, «det som finnes» av radikal ungdom. Sett på bakgrunn av tallene fra Ung i Norge, ser vi altså igjen et eksempel på at cannabis også brukes av engasjerte og ressurssterke grupperinger. Bruk av cannabis i disse ungdomsmiljøene indikerer også at hasj stadig assosieres til en opposisjonell, radikal og «alternativ» profil, blant visse ungdomsgrupper. Dette understrekes ytterligere ved at musikkgenrene som nevnes, iform av såkalt punk, grunge og indiegenren, også regnes for å ha et vist «alternativt» preg.

3.7.1.4 Offisielle og uoffisielle syn på rusmidler

Skal en større, politisk ungdomsorganisasjon ha sjanse til å bli tatt alvorlig må det betraktes som en

selvfølge at organisasjonen som helhet tar avstand fra bruk av illegale rusmidler i egne rekker - i det minste hvis man ønsker å opptre i overensstemmelse med det politiske klimaet i narkotikaspørsmål slik dette hittil har vært. Hvis ikke vil den vanskelig kunne oppfattes som tilstrekkelig «stueren». Skal man betrakte organisasjonenes offisielle holdning som uttrykk for den miljøbevisste «ungdomselitens» holdninger i dette spørsmålet, har den sitt på det tørre, ettersom holdningen til alle illegale rusmidler her er uttalt negativ. Hvis man derimot betrakter disse miljøene som en mindre formalisert «bevegelse», er det mulig medlemmer og assosierte står for en annen praksis når de opptre som privatpersoner utenfor organisasjonene. Det er vanskelig å tolke den høye prosenten hasjrøykere som rapporterer nåværende eller tidligere medlemskap i en miljøorganisasjon, på noen annen måte. Og som en organisasjonskategori som ofte representerer den engasjerte, radikale ungdommens eneste alternativ - i det minste i distriktene - , må disse kjernemiljøenes også kunne betraktes som en ungdomskulturell elite, som jo nettopp, om Olavs beskrivelser er riktige, fungerer som «opinionsdannere» for større ungdomsgrupper. I prosessen i retning av å bli stueren ser det altså ut til at nettopp cannabisbruken hva vært «nissen som sitter på lasset» - i det minste blant medlemmer og eks-medlemmer i miljøvernorganisasjonenes ungdoms-avdelinger - en «nisse» som antakelig har sittet der siden miljøbevegelsens utspring fra 60-70 tallets ungdomsopprør. Trass i den begrunnede motstanden mot «de livsstilsorienterte barfot»-grupperingene som vil legge sterkere ansvar på den enkelte, ser det ut til at miljøvernorganisasjonene kanskje likevel med fordel kunne se kritisk på bruken av illegale rusmidler blant endel av sine medlemmer. Her er det for øvrig viktig å understreke at man ut ifra undersøkelsen ikke kan slutte om dette dreier seg om de aktive eller om de mer passive andelene av medlemsmassen. At andelen hasjrøykere er særlig høy blant tidligere medlemmer, tyder likevel i retning av det siste. Uansett hvilke grupperinger innen de aktuelle organisasjonene dette dreier seg om, vil ungdom som er engasjert i slikt arbeid på mange måter fungere som en elite vis a vis større ungdomsgrupper, noe som ytterligere understrekes ved at «ungdom som jobber med naturvern» rangeres blant de mest populære grupperingene i Ung i Norge undersøkelsen. Dermed vil bruk av cannabis også lett kunne gis et tilsvarende positivt skjær for mange som følger seg tiltrukket av både sak og sosialt miljø.

3.7.2 Idrett, doping og rusmidler

Idrettsungdom har i Norge, som i en rekke andre land, tradisjonelt blitt betraktet som de skikkeligste, prektigste og sunneste representantene for de oppvoksende slekter. Landet har de siste 50 år markert seg med et formidabelt antall medaljevinnere på internasjonalt nivå, og idrettsutøverne blir i mange sammenhenger nærmest framstilt som nasjonale helter og samlende symboler for folket. Denne koplingen mellom nasjonal identitet og idrettsaktivitet nådde sitt foreløpige høydepunkt under OL på Lillehammer i 1994. I tråd med denne særskilte dyrkingen av idretten ser vi at ulike idrettsaktiviteter representerer de desidert mest populære fritidsaktivitetene blant ungdom i Norge: hele 50,3 prosent av guttene og 43,5 prosent av jentene var ifølge Ung i Nor-

ge-undersøkelsen med i et idrettslag. Forestillingen om idrettsungdom som representanter for sunnhet og skikkelighet er trolig korrekt for det altoverveiende flertallet av denne ungdommen. Likevel finnes det også tendenser innen visse idrettsmiljøer som peker i motsatt retning. Ikke bare har enkelte idrettsutøvere i toppklassen vært innblandet i narkotikasaker. Det har også etterhvert blitt allment kjent at bruk av ulovlige kjemiske midler (doping) for å «hjelpe» på prestasjonene i enkelte grener etterhvert er blitt et problem. Ifølge Ung i Norge undersøkelsen må dopingbruk betegnes som lite utbredt blant norsk ungdom. Doping defineres da som stoffer som idrettsorganisasjonene har forbudt å bruke. På tross av at dette inkluderer en rekke stoffer, er det såkalte «androgene anabole steroider» som utgjør det mest sentrale stoffet. Stoffet antas å øke konkurransefortrinnet og gi positive virkninger på muskelmassen, særlig i kombinasjon med høyt proteininntak (se Wichstrøm 1995).

Bivirkningene av bruk av anabole steroider «varierer fra økt aggressivitet (vanlig), irritabilitet, økt seksuell lyst (ved begynnelsen av kuren), søvnløshet, storhetsfølelser, følelser av å være usårlig/uovervinnelig til mer alvorlige følger som psykotiske symptomer (vrangforestillinger) og mer mani-lignende trekk.» (Wichstrøm 1995:13). Stoffet ble opprinnelig gitt for å øke aggressiviteten til tyske soldater under 2 verdenskrig. På 60-tallet var det vanlig å bruke anabole steroider blant idrettsutøvere på toppnivå over hele verden. En spørreskjemaundersøkelse blant 7 lands deltakere i sommer Olympiaden i 1972 viste at hele 68 prosent av deltakerne brukte stoffet, som altså nå er forbudt. En undersøkelse blant elever på ungdomstrinnet og videregående skole i USA viser at mellom 5-11 prosent av guttene og 1-2,5 prosent av jentene noen gang har brukt stoffet.

3.7.2.1 Bruk av anabole steroider blant ungdom i Norge

Sammenliknet med tallene fra Amerika er bruken, ifølge Ung i Norge undersøkelsen, adskillig mindre her til lands: 1,2 prosent av guttene og 0,7 prosent av jentene har brukt anabole steroider. Her var det ingen variasjon etter alder, strøk av landet, eller sosiale klasser. Idrettsungdom brukte heller ikke mer enn ungdom som ikke drev aktivt med idrett. Wichstrøm (1995) viser at bruken av doping er størst innenfor idretter med et kommersielt preg og som ofte er knyttet opp til private treningslokaler (aerobics, helsestudio, kampsport, styrkeløft), men at forskjellene til andre idretter ikke er svært store. Han påpeker videre at de nevnte idrettene er svært små, og at når en ser på antallet som bruker dopingmidler, finner en de fleste brukerne innenfor de store idrettene, som for eksempel fotball og håndball. Som når det gjelder illegale rusmidler, var det også her adskillig flere som er blitt tilbudt anabole steroider (4,8 prosent). 9,7 prosent av guttene og 2,4 prosent av jentene hadde blitt tilbudt slike stoffer. Tilbud av anabole steroider finner en oftere i urbane strøk og blant ungdom på yrkesfaglig linje. Ungdom som konkurrerte på internasjonalt eller nasjonalt nivå har oftere fått slike tilbud enn ungdom som konkurrerte på lavere nivåer. Dette gjaldt også bruk. Prosentandelene som rapporterte om faktisk bruk, og tilbud om slike stoffer fordelte seg som følger:

Tabell 3 Tilbud og bruk av anabole steroider.
Prosent

	Tilbudt anabole steroider	Brukt anabole steroider
Internasjonalt		
nivå:	14,3	2,5
Nasjonalt:	9,9	1,3
Lavere nivåer:	5,3	0,7

Kilde: Wichstrøm (1995)

3.7.2.2 Brukerprofil

Bruken av anabole steroider har ifølge Ung i Norge en nær sammenheng med en rekke former for adferd som er klart sosialt uakseptable. Asosiale handlinger, vold, narkotikabruk, et miljø med uvanlig god tilgang til, og bruk av hasjissj er, ifølge Wichstrøm, typisk for både brukere av anabole steroider, og ungdom som får tilbud om disse stoffene. Wichstrøm karakteriserer dette ungdomsmiljøet ved å foreslå at eventuelle forebyggende tiltak rettes mot «gutter som i utgangspunktet er på «skråplanet». Dels kommer de fra et hjemmemiljø hvor skriftkulturen står svakt, dels har de en røff livsstil hvor brudd på samfunnets regler er en del av hverdagen. Dette gjelder både alvorlige kriminelle ting som overfall og innbrudd, men vel så ofte det å lure seg unna og bryte institusjonelle normer, hva enten disse er knyttet til skole (skulking), familie (være borte hele natten uten lov hjemme) eller samfunnet for øvrig (snike på buss, kino, T-bane etc). Disse unge ferdes i et miljø hvor narkotika tilbys, og de har selv erfaring med å bruke illegale rusmidler.» (Wichstrøm 1995:86). I den grad et miljø med slike karakteristikk også kan sies å representere en ungdomskulturell elite, har nok denne varianten av norsk idrettsliv også en tung forankring til psykiske og sosiale problemer. Det må her understrekes at dette altså bare gjelder et meget lite miljø innen norsk idrett. Ung i Norge viser også at motstanden mot doping er meget sterk blant ungdom flest: 91 prosent av de spurte sa seg enig i uttagnet «Det er moralsk forkastelig å bruke anabole steroider for å bli bedre i sport».

3.8 Holdninger til stoff i ungdomskulturelle eliter - oppsummering

Som vi har sett har ulike rusmidler en viss plass innenfor alle de ungdomskulturelle elitene vi har gjennomgått. Av disse er det de nyere genrene innen heavy metal som i minst grad ser ut til å være assosiert med illegale stoffer. House/techno derimot, representerer den ungdomskulturen som i sterkest grad har slike assosiasjoner, særlig i form av ecstasy. Cannabis er imidlertid det rusmiddelet som er vanligst blant disse elitene. Både innen hip hop, skateboard, snowboard og i deler av miljøbevegelsen ser det ut til at dette stoffet har fått et ikke ubetydelig innpass, og betraktes som relativt vanlig. Det må imidlertid understrekes at det innenfor samtlige av disse kjernemiljøene, også finnes grupperinger av varierende størrelse, som sterkt tar avstand fra slike rusmidler. Vi tror det er viktig å vie disse relativt marginale kjernemiljøene denne oppmerksomheten av tre årsaker. For det første er det her «budskapene» formuleres og videreutvikles. Det er disse elitegrupperingene som er innovatørene og som i særlig grad farger og gir innhold til de ulike ungdomskulturenes hovedbudskap. For det andre er personer fra disse kjernemiljøene ofte eksponert i media, og vil dermed

kunne fungere som rollemodeller for store ungdomsgrupperinger som følger seg tiltrukket av ungdomskulturene disse personene representerer. For det tredje består disse kjernemiljøene av relativt ressurssterke og kreative personer. Flere av nøkkelinformantene var ungdom som utviste et høyt kunnskapsnivå, god formuleringssevne og fylte avtalebøker. Disse grupperingene utgjøres med andre ord av et annet skikt av stoffbrukere enn de utslåtte, misnøydde, skolefiendtlige med psykososiale problemer.

3.8.1 Ungdomskulturene: poetiske kommentarer til samfunnet omkring

Det er viktig å understreke at ungdomskulturene ikke eksisterer i et sosialt vakuum. Ofte vil nettopp deres appell til et større publikum være nøye forbundet med evnen til å kommentere, kritisere og forsterke trekk ved samfunnet omkring, og til å utnytte hva vi kan kalle samfunnets «ømme punkter». Dette har vi sett en rekke eksempler på i vår gjennomgang ovenfor. Hip hop var opprinnelig en kritisk kommentar til rasisme og sosial urettferdighet i USAs storbyer. Death metal henter uttrykkskraft ved å pirke i vestlige kulturers tabu rundt døden. Black metal utnytter det provoserende potensialet som i en kristen kulturkrets finnes i å dyrke «det onde», og i «vikingvarianten» opptattheten av autentisitet og kulturelle røtter. Housekulturen bygger en estetikk rundt tilgangen til ny teknologi og behovet for intensitet og selvsentring. Skateboard og snowboard ser seg som antirasistiske fellesskap på tvers av landegrensene, store deler av idretten kan blant annet betraktes som ekstremutgaver av de industrialiserte landenes dyrkning av konkurranse, og miljøvernernes appell er selvsagt forbundet med nødvendigheten av å ta opp globale og nasjonale miljøspørsmål som kanskje ungdom i særlig grad er opptatt av.

Disse elitene kan betraktes som en slags kollektive «poeter». Som dikterne tar de i bruk sterke estetiske virkemidler som uttrykker ulike budskap. Om disse «diktene» oppleves som tilstrekkelig relevante, og de rommer tilstrekkelig estetisk uttrykkskraft, vil de tiltrekke seg et adskillig større publikum. Viktige deler av nettopp denne uttrykkskraften og appellen de har til større ungdomsgrupper oppnås dersom elitegrupperingene har evne til å utnytte og spille på dominerende strømninger i samfunnet omkring (på godt og ondt). Når slike budskap også assosieres med bruk av illegale rusmidler, vil en bekjempelse av denne bruken også måtte ta i betraktning samfunnsmessige forhold som danner grunnlaget for de ungdomskulturelle stilpakkene som rusmidlene inngår i - enten det her dreier seg om «problemforankrede» ungdomskulturer, eller de mer ideologiserende som i sterkere grad har ideer, estetikk eller endog politisk engasjement som rettesnor. I den grad budskapene også forbindes med bruk av illegale rusmidler er selvsagt faren tilstede for at disse elitene, og fascinasjonen som disse innehar, på ulike måter vil fungere som innfallsporter til bruk av stoff.

3.8.2 Rusmiddelbruk og musikalske genre

Som vi har sett spiller dyrking av ulike musikalske genre en særlig viktig rolle som emblemer for tilhørighet til ungdomskulturelle fellesskap, noe som kommer fram i portrettene ovenfor hvor vi har nærmet oss de musikkforankrede ungdomskulturenes holdninger til stoff ved hjelp av intervjuer og analyser av ulike måter disse ungdomskulturene fremstiller seg selv. Ifølge Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996 ble musikkgenrene «Disco/pop», «Hip hop/rapping» og

House/techno» rangert som de tre mest populære. Som vi har sett har cannabis en viss rolle både blant hip hop miljøets kjernemiljø i Oslo, samt i tekstene som formidles av sentrale artister. At denne genren har en så stor tilhengerskare som dette tyder på, viser at hasj med denne ungdomskulturen blir fremstilt i et relativt positivt lys overfor et stort ungdomspublikum. Det samme gjelder for house. Når denne musikkgenren har så stor popularitet, impliserer dette at et meget stort antall ungdommer eksponeres for en ungdomskultur, som særlig med medias hjelp, er blitt eksplisitt assosiert med ecstasy, og til en viss grad LSD. Når hasj var populært i ungdomsmiljøene på 60-70-tallet, dukket det ikke sjelden opp en slags «tegnlære» fra velmenende voksne som skulle fortelle hvordan andre foreldre skulle vite om avkommet brukte hasj eller ikke. Ifølge denne tegnlæren ble for eksempel bruk av indisk røkelse i kombinasjon med Jimi Hendrix-musikk framstilt som en tilnærmet sikker indikasjon på hasjrøyking. Slike forenklinger faller selvsagt på sin egen urimelighet. Det faktum at ungdom bare meget sjelden innskrenker seg til å like utelukkende en musikalsk genre avviser nettopp slike forenklinger. Her er det særlig viktig å presisere at flertallet blant både house og hip hop tilhengerne faktisk ikke har brukt illegale rusmidler. Igjen understreker dette at preferansen for musikalske genre langt fra innebærer noen nødvendig sammenheng med bruk av rusmidler, selv ikke i tilfeller der illegale stoffer er tydelig assosiert med en musikalsk genre. Dette betyr at det faktisk er mange tilhengere av disse musikkformene som av ulike grunner avviser stoff på tross av at slik bruk i mange tilfeller spiller en viktig rolle i disse ungdomskulturene.

3.8.3 Motkrefter og stimulans: kommersialisering og ønske om «stuerenhet»

Utbredelsen av bruk av illegale stoffer assosiert med ungdomskulturelle eliter kan både støttes og motvirkes av prosesser der disse elitenes budskap når frem til større ungdomsgrupperinger. Disse prosessene er særlig knyttet til henholdsvis kommersialisering og nødvendigheten av å bli «respektabel» og «stueren». Når det opprinnelige budskapet og den tilhørende estetikken som ble utviklet av de ungdomskulturelle kjernemiljøene oppdages og utnyttes kommersielt, skjer ofte en utvanning av budskapet. Gjennom slike prosesser blir ofte sentrale identitetsmarkører tilgjengelige på neste gatehjørne. Dette medfører også at elitemiljøene mister sin eksklusivitet, noe som ofte er gjenstand for sterk beklagelse. Som en av de mer etablerte house artistene sa det:

«Nå kan jo hvem som helst kjøpe seg en sølvsekk på Hennes og Mauritz, skaffe seg den siste skiva til Prodigy, og vips så har du liksom en fiks ferdig technofan.»

I intervjuene med samtlige informanter fra de mer iøynefallende ungdomskulturene ble det gitt uttrykk for liknende holdninger; en slags klage over det forgagne, gjerne med nostalgiske overtoner. Dette gjelder nok særlig representanter for de ungdomskulturelle elitene. Blant disse finnes det og eksempler på at også rusmidlene som inngår i de aktuelle kulturene mister noe av sin tiltrekningskraft når det ettertraktede undergrunnspreget forsvinner. En av de «eldre» (på 21 år!) housetilhengerne, som har en mildt sagt bred erfaring med både ecstasy og andre rusmidler forteller:

«Nei, jeg har roa ned bruken av E. Jeg foretrekker LSD, som jo langt fra er noe partydop.... Det er likt som ikke det samme som før i housemiljøet. Det er slutt på det å ha party på de små og hemmelige stedene. House er ikke lengre underground! Nå kan du jo oppleve at det kommer en bråte med 15-16 åringer som er helt uten peiling på partyene, og som nærmest forventer å få tilbud om ecstasy. Men pushe er også blitt helt andre typer enn før. Nå selger dem jo alt mulig rart til nykommerne og gir stort sett blaffen i at de ikke skjønner hva de får i seg.»

Kommersialisering berøver ungdomskulturene for eksklusivitetens tiltrekningskraft. Særlig for stimulusøkne som dyrker annerledeshet og undergrunnspreget, kan dette medføre at «greia» blir mindre tiltrekkende, noe som også gjelder rusmidlene som eventuelt hører til. For de unge «ferskingene» derimot, som også er sugne på det nye og spennende, kan kommersialisering virke i stikk motsatt retning. Identitetsmarkørene blir lett tilgjengelige, og for en 16-17-åring på jakt etter et hipt, stilig, nytt og «døds-kult» fellesskap utenfor foreldrenes kontroll kan slike oppadstigende ungdomskulturer, i ferd med å bli tilgjengelige for «alle», være nettopp det de «vil ha». Dette er altså unge mennesker, på terskelen til et mer foreldreuavhengig ungdomsliv, uten kunnskap om verken stoffer eller koder som gjør det mulig å vurdere hvilke selgere det er «trygt» å kjøpe av, og hvordan man best bør navigere i slike nye og ukjente farvann. Etter at ecstasy med medias hjelp i så sterk grad er blitt et embleme for housekulturen, er dette særlig aktuelt. I slike tilfeller har altså kommersialiseringen og det tilhørende samspillet mellom kapitalkrefter og media, klart bidratt til å spre interessen for narkotiske stoffer til ungdom i en meget sårbar livsfase. Samtidig kan ungdomskulturenes inntreden til en større offentlighet, også som følge av kommersialisering, i noen grad motvirke uønsket adferd. Når for eksempel fenomener som tagging og kirkebranner blir diskutert offentlig, kan man ikke se bort fra at dette hjelper ungdom til å ta avstand fra disse handlingene. Her vil imidlertid også prosessen kunne slå motsatt vei, ved at opprørstempelet som en slik negativ offentlig oppmerksomhet tillegges dem, for noen ungdommer tvert i mot kan virke meget tiltrekkende. Den samme effekten kan også gjelde koblingen mellom house og ecstasy. Opplysninger om stoffets farlighet kan virke avskrekkende på noen, og tiltrekkende på andre. Overdreven skrem-selspropaganda vil også lett miste troverdighet blant ungdom som gjerne har tilgang på ganske andre erfaringer. Her er det med andre ord fine balanse-ganger som skal håndteres.

Når slike prosesser veves inn i de aktuelle ungdomskulturenes ideologi - slik for eksempel den såkalte antitaggerkampanjen hevdes å ha virket tiltrekkende på gangsta-rap tilhengerne, - kan de altså virke mot sin hensikt. Dette viser at det kreves nær tilgang til kunnskap om de aktuelle ungdomskulturene for å kunne håndtere slike problemer. Men det er også andre forhold som kanskje i sterkere grad kan motvirke at stoffbruk som assosieres til en liten ungdomskulturell elite når ut til et større publikum. For eksempel ga representanter for kjernemiljøet innen snowboardkulturen uttrykk for å se det som et dilemma at snowboard nå var i ferd med å bli akseptert som idrettsgren. Dette ble oppfattet som en trussel mot «kulturen». Samtidig ble det også vurdert som positivt at sporten får flere utøvere. I slike tilfeller vil det også etter all sannsynlighet å dømme utvikle seg et press mot å benytte illegale rusmidler, noe

som dermed utgjør en viktig trussel mot disse stoffenes eventuelle plass i denne ungdomskulturen. Dette gjelder selvsagt også hasjbruken i miljøbevegelsens ungdomsorganisasjoner. Her vil også bruk av illegale rusmidler blant medlemmene kunne stille disse organisasjonene i et uheldig lys - særlig gjelder dette offentlige instanser og politiske aktører som disse organisasjonene samhandler med. Men også her kan inntreden i offentlighetens lys virke som et tveegget sverd. Når det kommer ut at medlemmer av organisasjoner som nyter stor respekt, har omgang med illegale rusmidler, vil dette selvsagt kunne redusere motstanden mot å bruke dem i andre ungdomsmiljøer. Når det viser seg at også prektige, velrespekterte og «ressurssterke» ungdommer røyker hasj, vil dette meget lett kunne fungere som eksempler for ungdom som tidligere har hatt større motstand mot bruk av slike stoffer. Slike eksempler vil trolig kunne ha en ikke ubetydelig legitimerende effekt også i mer belastede brukermiljøer.

3.8.4 Om ungdomskulturelle eliter, forebyggende arbeid og behovet for «troverdighet»

I sitatet som innleder denne rapporten kritiseres endel påstander om ulike stoffers skadevirkninger for å være «tåpelig skremselspropaganda» uten forankring i den virkeligheten som ungdom befinner seg i. Dette er et problem som det er grunn til å ta på alvor. Ungdommen som uttaler dette forteller at han blant annet er blitt fortalt at «prøver du hasj mer enn fire ganger, så blir du avhengig». Det skal veldig lite kunnskap om cannabisbruk til for å tilbakevise påstander av denne typen. Problemet er kanskje vanskeligere når det gjelder stoffer som for eksempel LSD, og ecstasy. Her vil selv ungdom som befinner seg helt i utkanten av brukermiljøet lett kunne få bekräftet at en rekke brukere av disse stoffene slett ikke opplever problemer eller negative ettervirkninger, og at de positive virkningene er overskyggende. Dette er stoffer som ifølge både andre bruker- og forskningserfaringer kan forårsake meget alvorlige problemer, også på lang sikt, om uhellet er ute.

Opplysningskampanjer eller påstander framsatt av velmenende voksne som lett kan avsnannes av ungdommene sjøl, og som ikke tar hensyn til nyansene i disse spørsmålene, vil lett kunne virke mot sin hensikt. Og når tilliten til opplysningskilder av denne type er tilstrekkelig nedbrutt, vil også stoffer som man kanskje ville hatt grunnlag for å avvise, om man hadde hatt tilgang og tillit til saklig informasjon, også prøves ut. Å tilstrebe en reel troverdighet og saklighet i opplysningsarbeidet, vil derfor være meget viktig. Men uttalelsene til vår snowboardkjører peker også på et annet moment, nærmere bestemt på ungdomskulturens rolle. I motsetning til hva som med rette kan oppfattes som dårlig begrunnet skremselspropaganda, har «gutta» derimot troverdighet:

«folk som har prøvd sjøl. Kompisene som er inni hva det du driver med handler om». For mange ungdommer som assosierer seg med de aktuelle ungdomskulturene vil nettopp «insiderne» i disse miljøene være dem som har troverdighet. Det er disse som har «prøvd sjøl», som «vet hva de snakker om», og det oppleves som om de deler erfaring og interesser med dem som assosierer seg med fellesskapet.

Vi har lagt stor vekt på å vise hvilken plass ulike illegale stoffer har i noen aktuelle ungdomskulturelle eliter i dagens Norge. Vi har videre sett at det selv innenfor disse elitene - trass i at et eventuelt flertall har positive holdninger til stoff, faktisk også kan fin-

nes deltakere som tar avstand fra stoffbruk. Uten her å kunne gå nærmere inn på hvordan det kan gjøres, vil vi i tråd med dette understreke at forekomsten av slike grupperinger og enkeltpersoner innenfor et ungdomskulturelt fellesskap må ansees for å representere et meget viktig potensiale som eventuelt kan benyttes i det forebyggende arbeidet. For å kunne utnytte slike potensialer, og bli istand til å spille på lag med slike motkrefter der de finnes, vil det imidlertid være helt nødvendig å ha grundig og detaljert kjennskap til de ungdomskulturelle miljøene dette gjelder, samt disse fellesskapenes estetikk, ideologi og historie. Det må understrekes at det vil være nødvendig å utvise stor varsomhet under igangsettelse av slike tiltak, for å kunne oppnå samarbeid med personer og grupper som faktisk har tillit og troverdighet innenfor de ungdomskulturelle fellesskapene. Lettere blir det ikke ved at det ungdomskulturelle landskapet, samt stoffene som assosieres med dette, i perioder forandrer seg meget hurtig. Et særlig aktuelt eksempel på dette, er selvsagt de seinere årenes framvekst av housekulturen og den tilhørende bruken av stoffet ecstasy som inntil for få år siden var nærmest ukjent for rusmiddelforskningen. Å tilegne seg tilstrekkelig kunnskap om endringer i dette landskapet vil kreve stor «fingerspissfølelse» og årvåkenhet fra det forebyggende apparatets side. Viktige deler av denne kunnskapen vil imidlertid kunne skaffes tilveie ved hjelp av oppdaterte forskningsprosjekter som omhandler ulike ungdomskulturer hvor bruk av illegale stoffer er aktuelt.

4. Utbredelse og brukerprofiler

4.1 Verdimønstre i ungdomsmiljøet

I dette avsnittet skal bruk og utbredelse av narkotiske stoffer drøftes ut i fra en ny innfallsvinkel. Så langt er det vist en sammenheng mellom identitetsmarkører, stil og holdninger i ungdomsmiljøet på den ene siden, og på den andre siden grad av liberalitet og åpenhet i forhold til bruk av narkotiske stoffer. Ungdomskultur kan bestemmes og beskrives på ulike måter. Når ungdomskulturbegrepet knyttes opp til stil og musikksmak, fanges i første rekke det «synlige» spekteret av ungdomskultur opp. Hva med de andre ungdommene? De som ikke stikker seg ut på noen iøynefallende måte, og som tidligere er betegnet som «mainstream». Utgjør ikke også de deler av det ungdomskulturelle feltet? Det store flertall av norsk ungdom går rundt med et bilde av seg selv som «vanlige ungdommer», men i en slik sekkebetegnelse eller forestilling om å være gjennomsnittlig kan det gjemme seg viktige kulturelle profiler og skiller. Med dette utgangspunktet kan kultur defineres som «...et mangfold av aktiviteter, holdninger og verdier som danner mer eller mindre sammenhengende mønstre». I den orden som vi leter etter, vil det også være elementer av kaos, eller tilsynelatende motstridende enkeltfenomener som ikke passer inn. Her skal det spesielt fokuseres på holdninger og verdier som uttrykk for kultur. Disse holdningene løper sammen med musikksmak, forbruk og fritidsaktiviteter, slik at vi ut i fra en slik kulturforståelse kan skille mellom ulike kulturelle undergrupper innenfor det breie «gjennomsnittlige» ungdomsmiljøet.

I Ung i Norge materialet er det brukt ulike teknikker for å tegne subkulturelle profiler. Ungdom forteller nødig direkte hva slags gruppe de selv mener å tilhøre. På slike spørsmål svarer flertallet at de ikke tilhører noen spesiell gruppe, eller de betegner seg som «vanlige ungdommer». Derimot mener ungdom

gjørne noe om andre. I spørreskjemaet var det ett spørsmål som spesielt forsøkte å fange opp slike meninger og holdninger. De unge ble presentert en rekke ulike grupper av ungdom og skulle gi dem poeng etter hvor godt de likte eller mislikte hver enkelt gruppe. Spørsmålet var formulert på følgende måte:

«Tenk deg at du har en skala fra 1 til 10. Hvis du liker gruppen eller det gruppen driver med, gir du den mellom seks og ti poeng. Du gir flere poeng desto mer du liker den. Hvis du derimot ikke liker gruppen, eller det gruppen driver med, gir du den mellom fem og ett poeng. Du gir gruppen mindre poeng desto mindre du liker den.»

Tankegangen er her at gjennom å plassere andre så plasserer samtidig den enkelte seg selv.

Generelt legges det i dagens ungdomsgenerasjon stor vekt på verdier knyttet til sunnhet, prektighet og individuell karriere. Aller mest populære er idretts-ungdom, tett fulgt av «ungdom som jobber hardt for å få gode karakterer på skolen» og ungdom som jobber for naturvern og Amnesty. Slike verdiholdninger representerer de mest konvensjonelle og minst støtende synspunktene. Selv om miljøorganisasjonene har få unge medlemmer, står vi her ved en meget sentral verdi i dagens ungdomsmiljø. Den som vil lete etter motkultur og provoserende oppfatninger må søke til helt andre ungdomsmiljøer og standpunkt. Minst populære er homofil ungdom, Blitz og ungdom som okkuperer tomme hus. En slik sunn og prektig hovedprofil peker i retning av konformitetet. Det er likevel ikke gitt at konformitet innebærer fravær av konflikt og opprør. Dagens foreldregenerasjon er de såkalte 68-ere. Prektigheten kan også betraktes som et opprør mot det rotete livet med skilsmisser, alkoholbruk og diverse mislykte samlivseksperimenter mange innenfor foreldregenerasjonen har ført. Foreldrene til dagens foreldregenerasjon var bekymret for sine barns alkoholbruk og når de kom hjem om kvelden. Dagens foreldre er heller ikke uten bekymring. Det dukker opp nye, ukjente og truende fenomener som rave parties, tagging, satanisme, nynazisme, kriminelle motorsykelgjenger osv. Likevel kan det være slik at bekymringen i dag går begge veier, og at mange unge bekymrer seg over foreldrenes livsstil. Tesen om «den omvendte bekymring» er lansert. Hegna (1996) viser i en undersøkelse i Stavanger for eksempel at 42 prosent av ungdommen ofte eller noen ganger klandrer foreldrene for vaner knyttet til alkohol eller livsstil. Omvendt er det 45 prosent av ungdommen som oppgir at foreldrene klandrer dem. I dette ligger at de unge opplever hjemmesituasjonen som mindre sikker, og mer turbulent enn tidligere.

En annen forklaring på at de unge søker mot det trygge og forutsigbare ligger i at dagens unge føler stor usikkerhet i forhold til framtida. De unge bekymrer seg over utsiktene til å få jobb. Bare 16 prosent av de unge er ikke redde for at de selv noen gang kan bli arbeidsledige. De har ikke tro på at de vil få det bedre økonomisk enn foreldrene og hele 73 prosent mener at det vil bli mer vold i framtida. Bak det hele lurer også en angst for hva som skjer med miljøet og naturen. Nesten halvparten av de som er unge i dag tror at de vil komme til å oppleve en omfattende miljøkatastrofe (Øia 1995). På grunnlag av de sympatiene og antipatiene som på denne måten kom til uttrykk er det foretatt analyser (såkalte «faktoranalyser») for å se hvordan ulike sympatier og antipatier grupperer seg sammen. Det framkommer da fem ulike hovedtyper som her tentativt er gitt navn (se Skogen 1996):

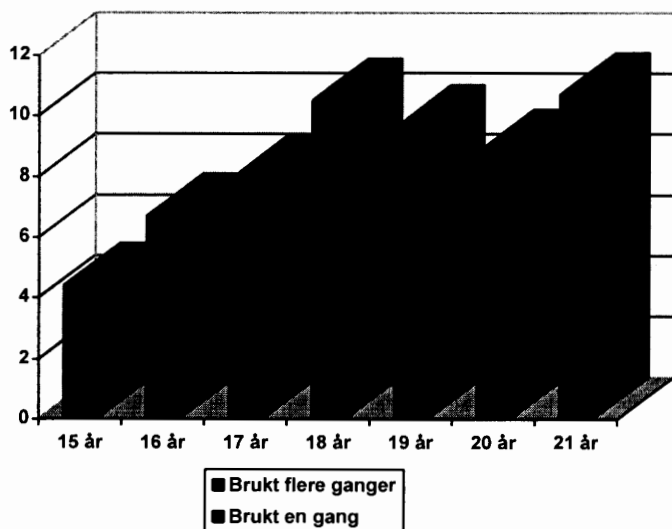
1. «*De straighte*». Disse ungdommene identifiserer seg i særskilt grad med utbredte og populære verdier i ungdomsmiljøet. Det handler om å gjøre det godt på skolen, være aktiv i idrett, være for natur- og miljøvern, støtte Amnesty international, gå i fritidsklubb, osv. Jo mer den enkelte sitter inne med slike verdier, jo mindre er sjansene for at vedkommende bruker narkotiske stoffer. Tilsvarende minker også sjansene for at den enkelte røyker eller bruker alkohol.
2. «*Ungdomsradikalerne*». Denne kulturformen har fotteste spesielt i de større byene. De støtter spesielt husokkupanter, blitzere, homofile ungdommer og militærnektende, men også til en viss grad innvandrungsdom og naturvernungsdom. Dette verdisettet disponerer i høy grad for bruk av narkotiske stoffer. Ungdommer med dette verdisettet har også et høyt forbruk av alkohol. Det er av interesse å merke seg at å «ta vare på naturen» samtidig inngår i «straightingenes» verdisett hvor det å ta avstand fra bruk av narkotiske stoffer er viktig.
3. «*Tradisjonelistene*». Tradisjonelistene sympatiserer med hva vi gjerne ser som tradisjonelle norske verdier. Bygda er en sentral verdi og de ungdomsgruppene som de i særskilt grad sympatiserer med er speidere, ungdom som snakker dialekt og nynorsk, country ungdom, og kristen ungdom. Også i denne gruppen finner vi et sterkt positivt engasjement for miljøvern. Slike verdisett er minst utbredt i de større byene. Dette verdisettet beskytter i sterk grad mot både bruk av narkotiske stoffer og av alkohol.
4. «*Nasjonalistene*». Denne typen ungdom er i første rekke karakterisert ved negativ holdning til innvandrere.
5. «*Machokulturen*». Motor og våpeninteresse står her sentralt. Samtidig er denne gruppen sterkt negativ til miljøvern. Machokulturen og nasjonalistene har flere ting felles. Begge disse verdisettene er i større grad et bygde- enn et byfenomen. Alkoholbruken er til dels meget høy. Men høyt alkoholbruk påvirker ikke bruk av narkotika som rusmiddel. De ungdommene som i sterk grad identifiserer seg med slike verdier har et gjennomsnittlig forbruk av narkotiske stoffer. I noen grad synes vi likevel her å få støtte for at alkohol oppfattes som det «legitime» rusmiddelet i enkelte submiljøer av ungdom, spesielt på landsbygda, mens det mer eller mindre klart tas avstand fra bruk av narkotika.

Et tilsvarende spørsmål hvor ungdommen ble bedt om å gi poeng til ulike ungdomsgrupper ble også brukt i Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996. Her var det lagt inn en del nye grupper som taggere, skinheads, byvankere, VIF-klanen osv. I Oslo er skinheads aller minst populære, mens idrettsungdom er mest populære. Hvordan skiller cannabis og narkotika-brukerne seg ut i fra resten av ungdomsmiljøet i vurderingen av disse gruppene? Vi finner at bruk av slike stoffer løper sammen med en viss protestholdning. I brukergruppen skårer bråkete skoleungdom, taggere, husokkupanter og blitzere noe høyere, mens idrettsungdom, skolestrebere og klubbungdom skårer lavere. Likevel er det i første rekke likheten og ikke forskjellene som er mest iøynefallende. Også blant cannabisbrukerne skårer idrettsungdommen høyt og bråkete skoleungdom lavt. I dette ligger at brukergruppen først og fremst kan betegnes som «vanlig» ungdom i den forstand at de ikke har et verdimønster som radikalt skiller seg fra resten av ungdomsgruppen.

4.2 Omfang av narkotikabruk

Her er drøftet bruk av narkotiske stoffer sett i forhold til ulike ungdomskulturer og submiljøer. Det er samtidig viktig å ha holdepunkter for hvor omfattende bruken av ulike typer narkotiske stoffer er innenfor ungdomsmiljøet som helhet. I fortsettelsen skal utbredelse og bruk tallfestes i forhold til en del sentrale bakgrunnsvariabler. Den informasjonen som brukes er hentet fra Ung i Norge undersøkelsen og fra Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996. Hvordan utvikler bruk av narkotika seg med økende alder? Her er først sett på hasj og marihuana. Tallene er hentet fra Ung i Norge.

Figur 4 Bruk av hasj og marihuana etter alder



Blant de som i 1994 er 15 år, er det 1 prosent som har brukt hasj eller marihuana en gang, og tre prosent som har prøvd stoffet oftere i løpet av siste år. Ung i Norge - undersøkelsen i 1992 viste at kun en prosent av 13-åringene hadde brukt slike stoffer siste år. Andelen av de som totalt sett har brukt hasj eller marihuana i løpet av siste år stiger jevnt med økende alder opp til 18 års alder. Av 18-åringene er det rundt ti prosent som er brukere i løpet av ett år. Det samme gjelder for aldersgruppen 21 år. Derimot kan det se ut til at det for de eldste aldersgruppene skjer en forskyving i retning av hyppigere forbruk. Det er små forskjeller mellom gutter og jenter. I utvalget som helhet er det omlag 92 prosent av jentene som ikke har brukt hasj eller marihuana siste år, mot 90 prosent av guttene. Hvordan forholder det seg med bruk av andre illegale narkotiske stoffer? Spørsmålet er formulert på følgende måte:

«Brukt andre narkotiske stoffer som kokain, LSD; morfin, amfetamin, heroin, eller noe annet?» Verken i spørreskjemaet for 1992 eller 1994 er det direkte stilt spørsmål om bruk av ecstasy. En slik mangel illustrerer hvor raskt brukermønsteret kan endre seg. Bruk av ecstasy er imidlertid lagt inn i Ung i Oslo 1996.

Tabell 4 Bruk av andre illegale narkotiske stoffer enn cannabis siste år (1994) mot alder. Prosent

Antall ganger	Alder:						
	15	16	17	18	19	20	21
Ikke brukt	99	98	99	98	98	98	98
En gang	1	1	1	1	1	0	0
Flere enn en gang	1	1	0	2	1	2	1
Sum	100	100	100	100	100	100	100

Kilde: Ung i Norge 1994

Tabell 4 viser at bruk av andre illegale stoffer enn cannabis er betydelig mindre utbredt enn bruk av hasj eller marihuana. Bruken av tyngre stoffer ligger uansett aldersgruppe på rundt to prosent, og ser ikke ut til å øke vesentlig med økende alder.

4.2.1 Cannabisbruk mot sosial bakgrunn

Bruk av narkotiske stoffer er heller ikke jevnt fordelt i forhold til sosial status eller klasse. På landsbasis (Ung i Norge) finner vi følgende fordeling når det gjelder cannabisbruk:

Tabell 5 Bruk av cannabisstoffer siste år (1994) mot sosialgruppe. 15-21 år. Prosent.

Sosialgruppe	Ikke brukt	En gang	Flere ganger	Totalt
Høyere administrative yrker	90	3	7	100
Høyere akademiske yrker	89	2	9	100
Lavere akademiske yrker	92	3	5	100
Lave funksjonærer	93	2	5	100
Omsorgsyrker	92	3	5	100
Primæryrker	97	1	2	100
Faglært arbeider	93	2	6	100
Prosessarbeider	94	2	4	100
Ufaglært	92	2	5	100

Note: Inndelingen i sosialgruppe (9-delt) er foretatt etter farsyrke

Kilde: Ung i Norge 1994

Forskjellene er små. Tendensen går likevel i retning av at forbruket av cannabis er høyere blant ungdom fra høyere sosiale lag. Dette bryter med forestillinger om at bruk av narkotika i ungdomsmiljøet i første rekke er et svar på sosialt vanskelige forhold, slik som fattigdom, ungdomsarbeidsledighet osv. Et slikt funn kan indikere at bruken i noen grad er benyttet til ungdomskulturelle eliter. Aller høyest er forbruket innenfor kategorien «høyere akademiske yrker». I denne gruppen ungdommer er det 11 prosent som har brukt hasj eller marihuana en eller flere ganger siste år. Ungdom fra primæryrkene har klart lavest forbruk. Her er det bare 3 prosent som oppgir at de har brukt hasj eller marihuana siste år. Det går også en viktig forskjell når det gjelder hyppigheten

av bruk. Innenfor gruppen «høyere akademiske lag» er det hele 9 prosent som har brukt disse stoffene flere ganger. Dette er om lag dobbelt så høyt som gjennomsnittet. Er det slik at de sosialt vellykkede ungdommene fra ressurssterke familier har en tendens til å virke førende, og være trendsettere i en ny bølge av narkotikabruk?

4.2.2 Cannabis og bosted i landet

Varierer bruken av narkotiske stoffer i forhold til hvor i landet den enkelte bor? Her er ikke sett på landsdel som sådan, men forskjeller mellom ulike bomiljøer eller bostedstyper ut i fra om den enkelte bor på et stort eller lite sted.

Tabell 6 Bruk av cannabisstoffer siste år (1994) etter bosted. 15-21 år. Prosent

Bosted	Ikke brukt	En gang	Flere ganger	Totalt
Større by	87	3	10	100
Mellomstor by	94	2	5	100
Større tettsted	91	3	6	100
Mindre tettsted	94	2	4	100
Spredtbygd strøk	96	1	2	100

Kilde: Ung i Norge 1994

Det er klar sammenheng mellom bostedstype og hyppighet i bruk av narkotiske stoffer. Slår vi sammen kategoriene for bruk av hasj eller marihuana ser vi at 13 prosent av de som bor i større by oppgir å ha brukt hasj eller marihuana siste år, mot 3 prosent av dem som bor i spredtbygd strøk. Større by er i spørreskjemaet eksemplifisert med Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger. Samtidig vet vi at forbruket for Oslo isolert er betydelig høyere enn 13 prosent. Wichstrøm (1994) finner på basis av Ung i Norge undersøkelsen 1992 også forskjeller mellom Oslo og de andre større byene.

Er den høye andelen av narkotikabrukere i Oslo konsentrert innenfor bygrensen, eller finner vi tilsvarende høye tall også i nabokommunene? I løpet av 1996 er det gjennomført kvantitativt empiriske ungdomsundersøkelser med spørsmål om bruk av narkotiske stoffer i Asker og Bærum, Nesodden og tre mindre kommuner (Våler (Solør), Fusa, Randaberg (1995)). I tillegg har vi sammenlignbare undersøkelser fra Trondheim og Stavanger i 1994. For å kunne sammenligne på tvers av disse undersøkelsene er bare ungdommer i åttende og niende klassetrinn trukket ut.

Tabell: Bruk av ulike former for narkotika for åttende og niende klassetrinn sammenlignet for ulike undersøkelser (i prosent).

	Rusmiddelbruk	
	Hasj marihuana	Andre narkotiske stoffer som kokain, LSD, ecstasy
Nesodden 1996	7	3,6
Trondheim 1994	3	0,9
Stavanger 1994	7	-
Asker og Bærum 1996	12	3,4
Små landkommuner 1996	3	2,5
Norge 1992	3	1,1
Oslo 1996	9	3,3
Oslo vest 1996	12	3,6
Oslo øst 1996	8	3,1

Småkommunene ligger klart på bunnen. Spesielt er tallene lave for bruk av hasj og marihuana på disse mindre stedene. Oslo ligger høyere enn Stavanger og Trondheim. Både for tyngre stoffer og hasj og marihuana ligger Oslostallene for 1996 tre ganger så høyt som landsgjennomsnittet for Norge 1992. Trondheim kan vise til spesielt lave tall. I første rekke er det hjemmebrent som er det spesielle og forbudte rusmiddelet for ungdom i denne landsdelen.

Forskjellene mellom Oslo og omegnskommunene Nesodden og Asker og Bærum er små. Vi vet ikke

om dette også gjelder for omegnskommunene som ligger øst for bykjernen. I bruk av hasj eller marihuana ligger Asker og Bærum helt på topp, - signifikant høyere enn både Oslo og Nesodden. Sammenlignes derimot Asker og Bærum med Oslo vest forsvinner denne forskjellen. Det er nærliggende å trekke den konklusjonen at forbruket topper seg på vestkanten av Oslo, og fortsetter med det samme høye, eller høyere, nivået gjennom forstadskommunene Bærum og Asker. Felles for disse områdene kan være høyt alkoholkonsum hos den voksne befolkning og libe-

rale holdninger til rus knyttet til et såkalt kontinentalt drikkemønster.

4.2.3 Oslo som særtilfelle

SIFAs rapport «Ungdom og rusmidler» viser også at utbredelsen av narkotika er markert høyest i Oslo (Skretting 1996). SIFAs undersøkelse viser likevel at det er noen flere som bruker narkotiske stoffer i de større byene sammenlignet med landet som helhet.

Ved at Oslo og de andre større byene er slått sammen til en kategori i Ung i Norge 1994, skjuler tabellen at den virkelig store forskjellen også i 1994 går mellom Oslo på den ene siden, og resten av landet på den andre siden. Bare i spredtbygd strøk finner vi et forbruksmønster som er tydelig lavere enn for landet som helhet. Tallene for Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996 viser at 20,3 prosent av de spurte 16-17 åringene oppgir å ha brukt hasj eller marihuana i løpet av det siste året. Dette indikerer at Oslo fremdeles har omlag dobbelt så høyt forbruk som resten av landet. Når så mange som en av fem oppgir å ha prøvd slike stoffer i løpet av ett år, betyr dette at fenomenet ikke lenger kan lokaliseres til en mindre gruppe av ungdom, men finnes alminnelig tilgjengelig i de bredere lag av ungdomspopulasjonen i Oslo. En forklaring til den markerte forskjellen mellom Oslo og resten av landet kan ligge i at Oslo har et betydelig tilslag av ungdom fra hele Norge. Sammenhengen kan være slik at grupper av innflytterungdommer søker til Oslo for å komme bort fra lokal kontroll og til mindre gjennomskjulte miljøer. Likevel finner vi forskjellene også i de yngste aldersgruppene hvor tilsiget av innflyttere er lite.

Hvilke konsekvenser har denne opphopingen i Oslo når det gjelder en framtidig utvikling for landet som helhet? Kan vi gå ut i fra at ungdomsmiljøene i Oslo og resten av landet er relativt uavhengig av hverandre på dette området, eller fungerer Oslo som trendsetter og normsender for ungdomsgrupper andre steder i landet? Fungerer deler av ungdomsmiljøet i Oslo som en «elite» med sympatisører og medløpere andre steder i landet? Er det i Oslo, - og gjerne i høystatusmiljø på vestkanten, nye ungdomskulturelle fenomener først får rotfeste og blir «legitimert», før det sprer seg videre sosialt og geografisk? Noe entydig og sikkert svar er det ikke mulig å gi på en slik problemstilling. Det er heller ingen grunn til å tro at spredningsmønsteret er det samme for Telemark-kjøring på ski ned bratte fjellsider, som for bruk av rollerblades på fortau og asfalt. Snowboard/skateboard er eksempler på ungdomskulturer som har spredd seg fra Oslos østkant til vestkanten og Asker og Bærum. Likevel er det nærliggende å anta at situasjonen i Oslo vil ha store konsekvenser for hvordan holdningen til og bruken av narkotiske stoffer kommer til å endre seg i resten av landet. Polemisk uttrykt ligger Oslo foran og danner «spydspisen» i en uheldig utvikling. Skal denne uheldige utviklingen stoppes vil det være særdeles viktig hva som skjer i Oslo. I disse problemstillingene ligger en viktig begrunnelse for at det i den videre presentasjonen vil bli lagt stor vekt på å beskrive og analysere situasjonen i Oslo.

Tabell 7 Hyppighet i bruk av cannabis blant dem som oppgir å ha prøvd slike siste år. Grunnkurselever i videregående skole i Oslo. Prosent

Antall ganger	
1 gang	19
2 ganger	14
3-4 ganger	17
5-10 ganger	18
11-30 ganger	19
31-99 ganger	7
100 eller flere ganger	7
Sum	100
N	741

Note: I tabellen er det trukket ut de som oppgir å ha brukt hasj eller marihuana i løpet av det siste året. Disse utgjør 741 av grunnkurselevene i Oslo (20,3 prosent).

Kilde: Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996

Av de som har prøvd cannabisstoffer siste år, er det nærmere 20 prosent som oppgir at dette kun dreier seg om et engangstilfelle, mens halvparten oppgir å ha prøvd slike stoffer færre enn 6 ganger. Disse tallene viser at en relativt stor del av cannabisbruket i hovedsak dreier seg om eksperimentering rundt et illegalt rusmiddel. I hvilken grad stoffbruken til disse unge er begynnelsen på en videre ruskarriere hvor cannabisstoffer inngår som et vanlig rusmiddel, er vanskelig å si noe om ut fra de data som foreligger. Tabellen viser videre at det finnes en del unge som har prøvd hasj eller marihuana relativt hyppig. Blant de som har prøvd cannabisstoffer har omlag en av tre prøvd slike stoffer mer enn 10 ganger.

4.3 Andre illegale stoffer

Finner vi det samme mønsteret med konsentrasjon omkring de større byene, og spesielt Oslo, også når det gjelder de andre illegale narkotiske stoffene?

Tabell 8 Brukt andre illegale narkotiske stoffer enn cannabis siste år (1994) etter bosted. 15-21 år. Prosent

Bosted	Ikke brukt	En gang	Flere ganger
Større by	97	1	2
Mellomstor by	99	0	1
Større tettsted	99	1	1
Mindre tettsted	99	0	1
Spredtbygd strøk ..	99	1	0

Kilde: Ung i Norge 1994

Når det gjelder bruk av tyngre narkotiske stoffer, finner vi den samme tendensen i retning av at kategorien «større by» skiller seg negativt ut. I større by er det 3 prosent som oppgir å ha brukt tyngre narkotiske stoffer en eller flere ganger siste året mot rundt 1 prosent i resten av landet. Tallene er imidlertid små og av den grunn usikre. I Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996 ble det spurt om de hadde prøvd andre narkotiske stoffer enn hasj og marihuana. I det følgende gis en oversikt over bruken av disse stoffene. Tabell 9 viser at det er langt færre som har prøvd andre illegale narkotiske stoffer som amfetamin, kokain med flere, enn andelen som kun har prøvd cannabisstoffer. 95 prosent har aldri brukt tyngre stoffer, mens det er nesten 4 prosent som har prøvd

tyngre narkotika mer enn en gang. Det er viktig å understreke her at bruken av tyngre stoffer i svært liten grad foregår gjennom bruk av sprøyter. Rapporter fra SIFA viser at i underkant av en prosent av Oslo-ungdom mellom 15 og 20 år noen gang har tatt narkotika med sprøyte. Mye tyder derfor på at de fleste tar disse stoffene på andre måter.

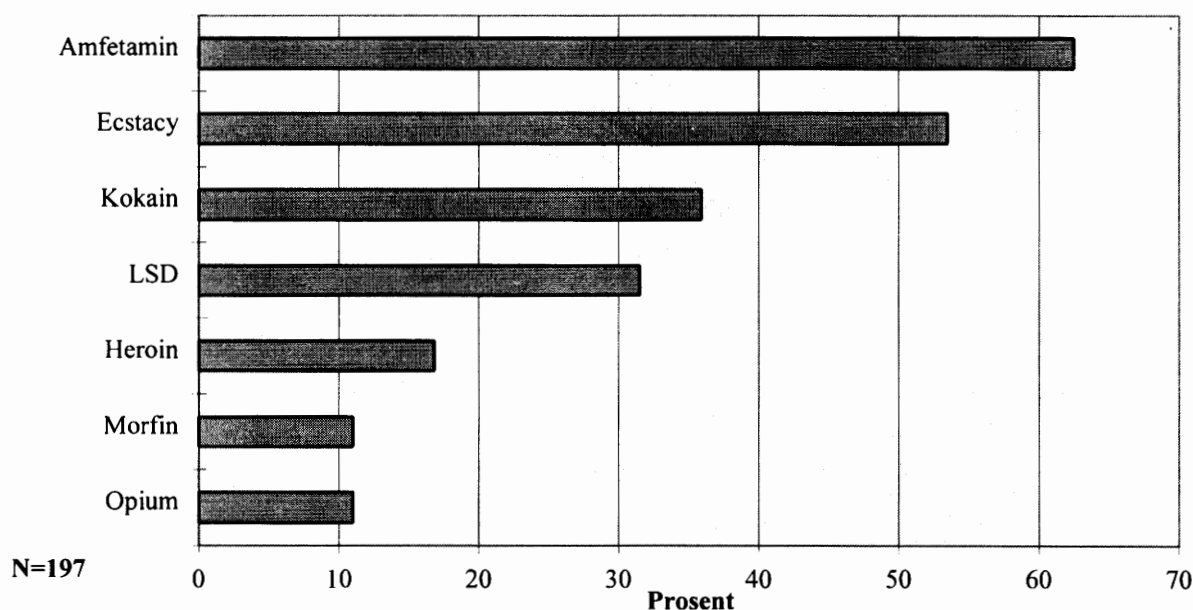
Tabell 9 Bruk av andre illegale narkotiske stoffer enn cannabis i løpet siste år. Grunnkurselever i videregående skole i Oslo. Prosent

Ikke brukt andre illegale stoffer	95
Brukt 1 gang	1
Brukt flere ganger	4
Sum	100
N	3598

Kilde: Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996

Hvilke stoffer er det som brukes? Figur 5 viser at de to vanligste stoffene er amfetamin og ecstasy. Nesten to av tre av brukerne oppgir å ha prøvd amfetamin, mens noe over halvparten oppgir å ha prøvd ecstasy. Kokain og LSD er også vanlig blant de narkotiske stoffene, omlag en av tre oppgir å ha brukt disse stoffene. En av seks oppgir å ha prøvd heroin, mens omlag en av ti oppgir opium og morfin. Omlag halvparten av de som har prøvd ett av de oppgitte narkotiske stoffene oppgir at de har prøvd ut flere typer stoffer.

Figur 5 Bruken av tyngre stoffer fordelt på ulike typer narkotika. Grunnkurselever i videregående skole i Oslo



Note: Figuren omfatter kun dem som oppgir å ha prøvd andre narkotiske stoffer enn hasj og marihuana. Disse utgjør 197 av grunnkurselevene i Oslo (5,4 prosent).

Kilde: Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996

4.4 Kombinasjonsbruk - illegale rusmidler og alkohol

I hvilken grad er det sammenheng mellom bruk av illegale rusmidler og alkohol? Det må understrekes at når mindreårige bruker alkohol, så ligger det på kanten av det legale. Tidligere undersøkelser har vist at en som regel finner et stort kombinasjonskonsum blant ungdom som har prøvd cannabisstoffer eller andre illegale narkotiske stoffer. Samtidig må det understrekes at av alle de som bruker alkohol, vil bare en del også være tilbøyelige til å eksperimentere videre med hardere stoffer. Hvor stor er denne gruppen? I det følgende gis en videre beskrivelse av Oslo-ungdoms kombinasjonsbruk av rusmidler generelt.

På spørsmål om bruk av alkohol siste tolv måneder svarer langt de fleste at de har drukket alkohol. 20 prosent oppgir å drikke alkohol hver uke, mens 25 prosent drikker alkohol en til tre ganger i måneden. I overkant av 25 prosent oppgir at de ikke har drukket alkohol i løpet av det siste året. Blant dem som aldri eller sjelden drikker finner vi ingen forskjeller i rusmiddelbruken knyttet til kjønn. Flere gutter enn jenter oppgir derimot å drikke hver uke, mens flere jenter enn gutter drikker alkohol en til tre ganger i måneden. Det er også forskjeller mellom kjønnene med hensyn til hvor mye de drikker hver gang.

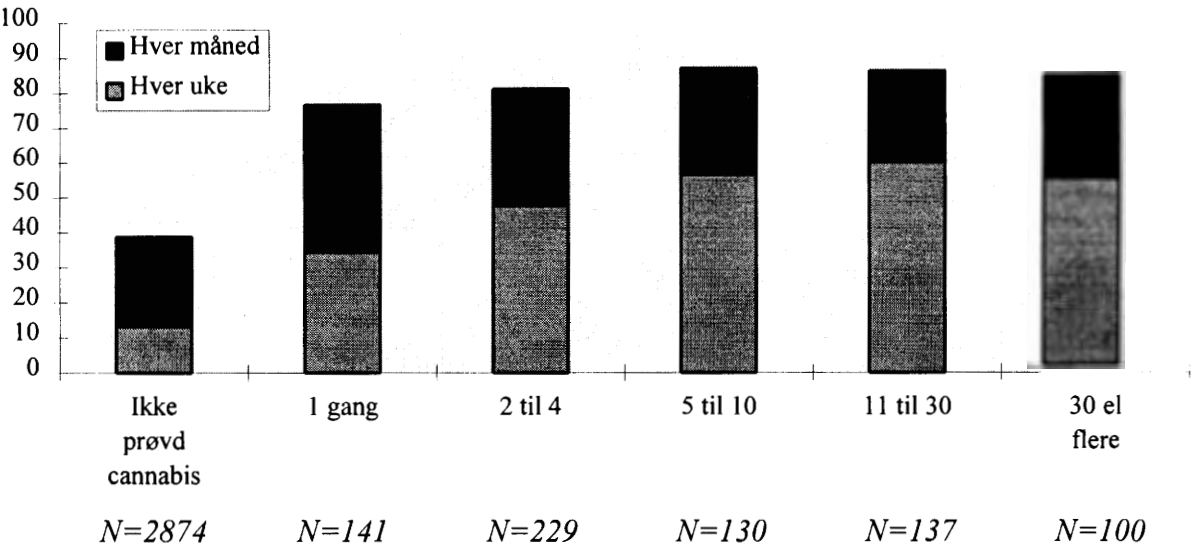
Tabell 10. *Bruk av alkohol i løpet siste år. Grunn-
kurselever i videregående skole i Oslo.
Prosent*

Hyppighet av alkohol	Gutter	Jenter
Drikker ikke alkohol	23	22
1- 4 ganger siste år	17	17
5-10 ganger siste år	12	13
En gang i måneden	9	12
2-3 ganger i måneden	15	18
En gang i uka	17	15
2 eller flere ganger i uka	6	3
Totalt	100	100
N	1821	1796

Kilde: Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996

Figur 6 viser at bruk av alkohol er enda vanligere blant dem som bruker cannabisstoffer. Svært få av dem som oppgir å ha prøvd cannabis oppgir at de aldri eller sjelden har drukket alkohol. Tendensen til å drikke alkohol øker ofte parallelt med hyppigheten i bruken av cannabis. På bakgrunn av denne figuren er det rimelig å konkludere med at der en finner hasj eller marihuana, der finner en også alkohol.

Figur 6. *Andelen som har brukt alkohol ukentlig og månedlig mot antall ganger prøvd cannabis.
Grunnkurselever i videregående skole i Oslo*

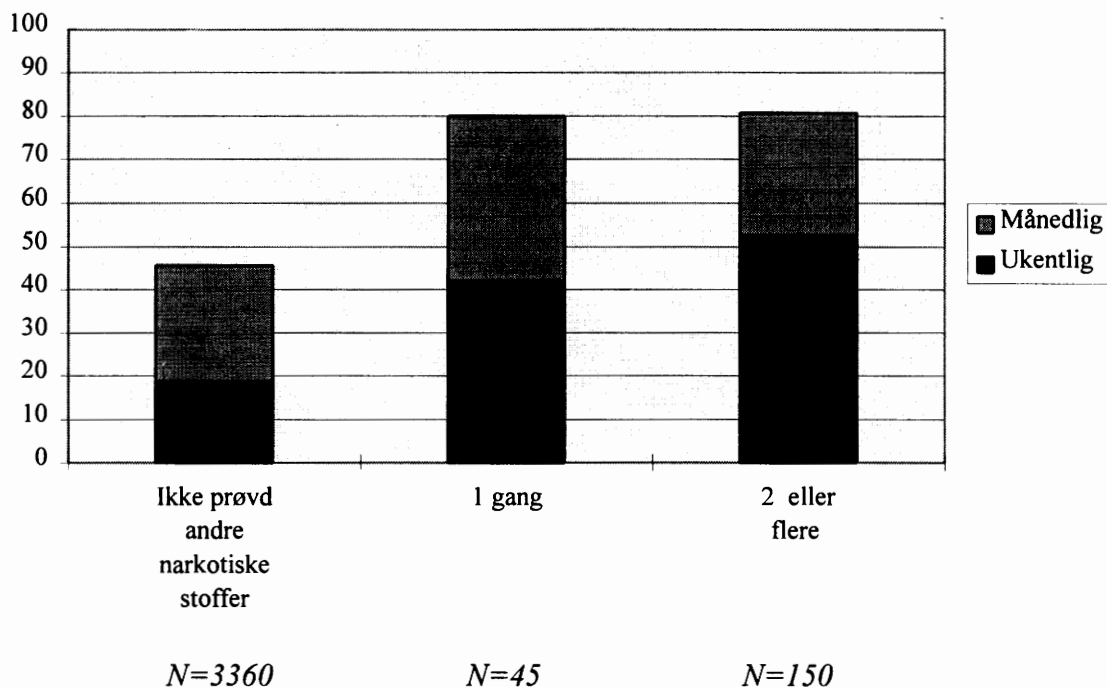


Kilde: Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996

Det er imidlertid mulig å snu på flisa og spørre om det også er slik at en finner et stort cannabisforbruk der hvor en finner hyppig alkoholbruk. Blant ungdom i Oslo som bruker alkohol hver uke har omlag halvparten prøvd hasj eller marihuana i løpet av det siste året. For de fleste av disse er forbruket slik at det overstiger det en kan kalle for en ren eksperimentering med stoffene. Blant ungdom som aldri

drikker alkohol eller gjør det sjeldent, forekommer cannabisbruk betydelig sjeldnere. Disse resultatene viser at bruk av alkohol og cannabis ikke kan anses som to separate fenomener knyttet til ulike grupper av ungdom. Spissformulert kan en si at der en finner mye alkohol finner en med stor sannsynlighet også hasj eller marihuana.

Figur 7. Andelen som har brukt alkohol ukentlig og månedlig mot antall ganger prøvd andre illegale stoffer enn cannabis. Grunnkurselever i videregående skole i Oslo.

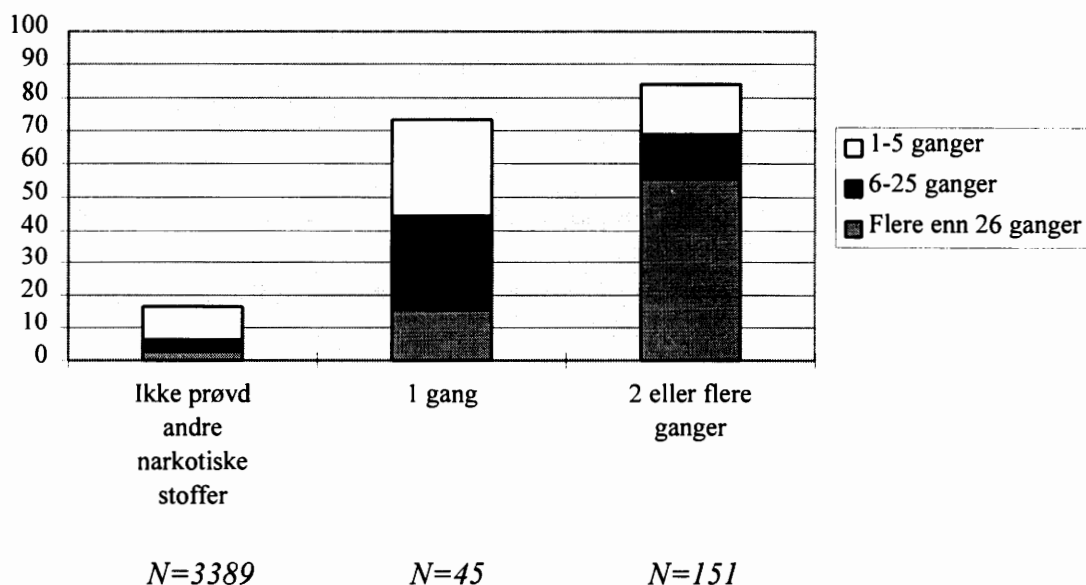


Kilde: Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996

Det er tydelig at det her finnes en sammenheng også mellom bruk av andre illegale stoffer og alkohol- og cannabisbruk. Figur 6 viser at 80 prosent av de som har prøvd narkotiske stoffer som for eksempel heroin eller LSD oppgir at de har drukket alkohol månedlig eller oftere. Blant de som har prøvd slike illegale stoffer er det omlag halvparten som oppgir at de drikker alkohol en eller flere ganger i uka. Til sammenlikning oppgir 20 prosent av de som ikke har prøvd disse stoffene at de drikker alkohol hver uke. Det er samtidig en tendens til at hyppigheten av alkoholbruket øker ettersom narkotikakonsumet

øker. Et slikt parallelt mønster er enda tydeligere når det gjelder sammenhengen mellom cannabisbruk og bruken av andre illegale stoffer. Blant de som oppgir å ha prøvd andre illegale stoffer oppgir omlag åtte av ti å ha prøvd cannabisstoffer i løpet av det siste året. De fleste av disse har prøvd hasj eller marihuana flere ganger. Over halvparten av de som har prøvd andre illegale stoffer flere ganger har et svært hyppig cannabisbruk. Blant dem som ikke har prøvd slike stoffer er det kun omlag åtte av ti som oppgir at de ikke har prøvd cannabis.

Figur 8. Andelen som har brukt cannabis mot bruk av andre illegale stoffer. Oslo-ungdom



Kilde: Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996

Selv om en finner at de fleste som har prøvd andre illegale stoffer også har et høyt forbruk av cannabisstoffer og hyppig forbruk av alkohol, betyr dette ikke at de fleste som bruker cannabis og alkohol også bruker sterkere stoffer. Det er tidligere vist at andelen som har prøvd cannabis er omlag fire ganger så stor som andelen som har prøvd de andre illegale stoffene. Relativt få (1 prosent) av dem som oppgir å aldri ha prøvd cannabis, har prøvd andre illegale stoffer. Blant de som oppgir å ha prøvd cannabis er det imidlertid en betydelig større andel som også har prøvd andre illegale stoffer (22 prosent). Videre viser det seg videre at andelen som har brukt andre illegale stoffer øker ettersom forbruket av cannabis øker. Disse resultatene stemmer overens med SIFAs undersøkelser (se Skretting 1996). Det går et klart skille mellom eksperimentbrukere og mer jevnlig brukere av cannabisstoffer. Blant eksperimentbrukerne av cannabis (færre enn seks ganger) finner en at omlag 10 prosent har prøvd andre illegale stoffer i tillegg. Blant storforbrukerne av cannabis (flere enn 26 ganger) har omlag 50 prosent også prøvd sterkere stoffer. De fleste av disse har prøvd slike stoffer flere ganger.

4.4.1 «Rusmiddelbrukerne»

Hvor mange av ungdommene i Oslo er det som bruker ulike rusmidler? Det er vist at bruken av legale og illegale rusmidler i stor grad henger sammen. I det følgende brukes derfor betegnelsen «rusmiddelbrukere» om ungdom som oppgir å drikke alkohol relativt hyppig (en eller flere ganger i uken), og/eller ha prøvd narkotiske stoffer i løpet av siste år. I denne definisjonen inngår altså også «rene» alkoholbrukere og «rene» narkotikabrukere. Det må understrekes at i kategorien rusmiddelbruker, slik den brukes her, ekskluderes de som drikker alkohol sjeldnere enn hver uke. Kategorien er konstruert på bakgrunn av spørsmål om hvor hyppig ungdom bruker henholdsvis alkohol, cannabis og andre illegale narkotiske stoffer.

Tabell 11. Forbruk av rusmidler. Grunnkurselever i videregående skole i Oslo. Prosent

Rusmiddelbruk	Prosent	N
Bruker ikke rusmidler	22,1	783
Lavfrekvent alkoholbruk, bruker ikke narkotika	46,4	1644
Rusmiddelbrukere (definert ovenfor) ..	31,5	1116
Totalt	100,0	3543

Kilde: Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996

Ut i fra denne målestokken viser tabell 11 at blant ungdom i Oslo faller 7 av 10 utenfor kategorien rusmiddelbrukere. Ingen av disse bruker narkotika og de har samtidig et lavt forbruk av alkohol, slik det her er definert, eller de bruker ikke alkohol i det tatt. 3 av 10 ungdommer befinner seg dermed i kategorien rusmiddelbrukere. Tabellen viser altså at langt de fleste ungdommer i Oslo ikke bruker eller har et lavt forbruk av alkohol. Likevel ser vi at en ikke ubetydelig del av 16-17 åringene i Oslo befinner seg i et brukerlandskap hvor enten hyppig bruk av alkohol og eller utprøving av narkotiske stoffer inngår som en del av ungdomstiden. Men hva innebærer denne bruken av rusmidler? Vi kan her skille ut følgende fire brukermønstre:

- I. Hyppig konsum av alkohol (hver uke), ikke narkotiske stoffer.
- II. Cannabisbruk kombinert med lavfrekvent bruk av alkohol, ikke andre narkotiske stoffer.
- III. Cannabisbruk kombinert med høyfrekvent alkoholbruk, ikke andre narkotiske stoffer.
- IV. Brukere av andre narkotiske stoffer, alene eller i kombinasjon med alkohol og/eller cannabis.

Disse brukermønstrene fordeler seg slik blant grunnkurselever i videregående skoler.

Tabell 12. Brukermønster. Grunnkurselever i videregående skole i Oslo. Prosent.

Av rusmiddelbrukerne:		
I. Hyppig konsum av alkohol (hver uke), ikke narkotiske stoffer	32	
II. Cannabisbruk i kombinasjon med lavfrekvent alkoholbruk, ikke andre narkotiske stoffer	26	
III. Cannabisbruk i kombinasjon med høyfrekvent alkoholbruk, ikke andre narkotiske stoffer	24	
IV. Brukt andre narkotiske stoffer (alene eller i kombinasjon med alkohol og/eller cannabis)	18	
Sum	100	
N=	1116	

Note: Tabellen omfatter kun ungdommer som faller innenfor kategorien rusmiddelbrukere, slik denne er definert ovenfor. Denne gruppen utgjør 31,5 prosent av grunnkurselevene i Oslo.

Kilde: Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996

Tabell 12 viser at omlag hver tredje rusmiddelbruker (32%) oppgir at de kun drikker alkohol uten å kombinere dette med narkotiske rusmidler. For denne gruppen innebærer dette bruk av alkohol en eller flere ganger i uken uten at bruk av narkotiske stoffer. De som kombinerer cannabis og alkohol (og som ikke bruker andre illegale narkotiske stoffer) deler seg i to jevnstore grupper. 26 prosent av rusmiddelbrukerne oppgir at de kombinerer hasj eller marihuana med et lavt alkoholforbruk (sjeldnere enn hver uke), mens ytterligere 24 prosent av rusmiddelbrukerne bruker cannabis sammen med et relativt hyppig alkoholforbruk. De resterende 18 prosent av denne gruppen oppgir ulike former for kombinasjonsbruk hvor andre illegale narkotiske stoffer enn hasj inngår som et rusmiddel. Flesteparten av disse rapporterer at de både har prøvd alkohol, cannabisstoffer og andre illegale narkotiske stoffer. Ingen oppgir at de kun bruker andre illegale stoffer alene. Høyfrekvent alkoholbruk kan være en sterkt prediktor på bruk av narkotiske stoffer. Vi vil senere komme tilbake til hvor mange av rusmiddelbrukerne som kan sies å være i en risikogruppe med hensyn til langsiktig bruk av rusmidler. Først undersøkes nærmere hvilke bakgrunnskjennetegn som karakteriserer rusmiddelbrukerne.

4.4.2 «Rusmiddelbrukernes» bakgrunnskjennetegn

Utgjør gruppen av rusmiddelbrukere en lavt profilert masse av gjennomsnitts ungdom, eller finner en sammenhenger mellom bruk av rusmidler og sosial bakgrunn og bosted? Er mønsteret for Oslo når vi ser på rusmiddelbrukerne identisk med det vi fant for landet som helhet for bruk av hasj og marihuana? Tabell 13 viser i hvilken grad andelen høyforbrukere varierer med ulike bakgrunnskjennetegn. Det er flere forhold som her peker seg ut.

Tabell 13. Andel rusmiddelbrukere mot ulike bakgrunnskjennetegn. Grunnkurselever i videregående skole i Oslo. Prosent.

	Andel rusmiddel- brukere
Bydel	
Indre vest	49
Ytre vest	40
Indre øst	24
Ytre øst	25
Sosial bakgrunn	
Høyere administrative lag	36
Teknisk-økonomisk mellomag	36
Humanistisk-sosial mellomag	34
Lavere funksjonærer	31
Arbeidere	26
Skoleprestasjoner	
Svake karakterer	40
Middels karakterer	33
Gode karakterer	29
Kjønn	
Gutter	34
Jenter	29
Totalt	32
N=	3543

Signifikansnivå: Bydel ($p < 0,001$). Sosial bakgrunn ($p < 0,001$). Skoleprestasjoner ($p < 0,001$). Kjønn ($p = 0,003$)

Kilde: Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996

For det første dokumenterer tabellen svært store forskjeller mellom byens vestlige og østlige bydeler med hensyn til bruk av rusmidler. På vestkanten i Oslo kan over 40 prosent av ungdom i 16-17 årsalderen betegnes som rusmiddelbrukere, mens tallet er i underkant av 25 prosent på østkanten. Høyest andel finner vi i de indre vestlige bydelene. Slike forskjeller er også dokumentert tidligere (Øia og Bergwitz 1994) og bekrefter det bildet som har kommet fram om at rusmiddelbruk er mer utstrakt blant ungdom i Oslo vest. Forskjellene mellom øst og vest skyldes til en viss grad at innvandrerungdom, som i svært liten grad bruker rusmidler i hovedsak er bosatt i Oslos østlige bydeler. Ser vi kun på bruken av rusmidler blant ungdom med foreldre født i Norge, finner vi at andelen rusmiddelbrukere blant disse er høyere enn det som er vist i tabell 13 i alle de fire områdene av Oslo. Økningen er imidlertid størst i de indre østlige bydelene, mens andelen rusmiddelbrukere øker like mye i ytre øst som i ytre vest. Den ulike fordelingen av innvandrerungdom i byen forklarer kun en liten del av forskjellene som er vist i tabell 13. Dette innebærer at det også blant ungdom med norske foreldre er det størst andel rusmiddelbrukere i indre Oslo vest.

Når det gjelder geografiske forskjeller og bruk av rusmidler blant ungdom, viser det seg at Oslo også deler seg langs en annen sosio-geografisk akse enn øst-vest-aksen. Øia og Bergwitz (1994) har vist at bruken av narkotiske stoffer er høyere i bydeler som ligger nære sentrum. I materialet fra Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996 kommer dette mønsteret tydeligst fram på vestkanten. Andelen rusmiddelbrukere

er betydelig høyere i de indre vestlige bydelene enn i de ytre bydelene på vestkanten. Det viser seg imidlertid at disse forskjellene er større for jenter enn for gutter. Andelen rusmiddelbrukere blant jenter i indre vest er på 55 prosent, mot 37 prosent i ytre vest. Blant gutter på vestkanten er forskjellen mellom bydelene mindre, i indre vest er 50 prosent rusmiddelbrukere, mot 44 prosent i ytre vest. På østkanten er forskjellen mindre klar mellom de indre og ytre bydelene. I begge områdene er andelen rusmiddelbrukere i underkant av 25 prosent. Dersom vi kun sammenlikner ungdom med foreldre født i Norge, kommer likevel sentrum-periferi-dimensjonen tydelig fram også på østkanten. I Oslos ytre østkantbydeler er andelen rusmiddelbrukere blant ungdom med norske foreldre på 28 prosent, mot 35 prosent i de indre østlige bydelene. Når det gjelder kjønnsforskjeller på østkanten, ser vi det motsatte bildet av hva som er gjeldende på vestkanten. Blant jentene på østkanten er det ingen forskjell i andelen rusmiddelbrukere i indre og ytre by, mens forskjellene er relativt store for gutter (42 prosent i indre øst, mot 29 prosent i ytre øst). Vi står altså overfor det fenomen at spesielt guttene i indre øst og jentene i indre vest driver forbruket i de sentrumsnære områdene opp. Hvorfor gutter og jenter på østkant og vestkant på denne måten oppfører seg ulikt lar seg vanskelig forklare utfra foreliggende forskning. Et annet hovedtrekk ved tabell 13 er at ungdom med foreldre fra høyere sosiale lag i større grad kan betegnes som rusmiddelbrukere. Mønsteret vi fant for bruk av hasj og marihuana på landsbasis gjentar seg altså i Oslo. Forskjellene i andelen rusmiddelbrukere mellom ungdom med foreldre i høyere ledende stillinger og teknisk-økonomiske og humanistisk-sosiale mellomag er ikke store. Disse ungdommene skiller seg likevel vesentlig fra ungdom med foreldre som er lavere funksjonærer eller arbeidere. Analyser hvor en kan isolere effekten av sosial klasse viser imidlertid et noe mer nyansert bilde. Forskjellene i andelen rusmiddelbrukere mellom de lavere sosiale lag på den ene siden, og de høyere og midlere sosiale lag på den annen, lar seg forklare ved at Oslo er en delt by med hensyn på hvor ulike yrkesgrupper bor. Når en kun ser på de som bor innenfor samme del av byen, finner en ikke lenger forskjeller mellom ungdom med ulik sosial bakgrunn. Disse funnene tyder på at bosted eller sosial miljø er av større betydning enn sosio-økonomisk bakgrunn når det gjelder bruken av rusmidler i Oslo. En forklaring på denne sammenhengen kan være at rusmiddelkulturen til det dominerende sosiale lag innen et bostedsområde kan overvinne de forskjellene som er knyttet til de sosiale føringene som tilsvare mindretallets sosialbakgrunn. Denne sammenhengen er viktig fordi den viser at bruk av slike stoffer i høy grad er knyttet til miljøer. Miljøer er noe mer håndfast å forholde seg til enn abstrakte kategorier om ulik sosial status. For det tredje viser tabellen at det er en sammenheng mellom karakterer og forbruk av rusmidler. Fire av ti ungdommer med svake karakterer på skolen faller innenfor kategorien rusmiddelbrukere, mens tre av ti ungdommer med gode karakterer kan gis en tilsvarende betegnelse. Dette samsvarer med funn fra Ung i Norge 1994. I dette materialet er elevene delt i tre kategorier på grunnlag av karakterer i norsk, engelsk og matematikk, de med gode karakterer, middels karakterer og dårlige karakterer.

Tabell 14. *Bruk av andre illegale narkotiske stoffer enn cannabis siste år mot skolekarakter. Landet som helhet. 15-21 år. Prosent*

Karakternivå	Ikke brukt	En gang	Flere ganger	Totalt
Svake karakterer	90	3	7	100
Middels karakterer	92	3	5	100
Gode karakterer	92	2	5	100

Kilde: Ung i Norge 1994

Til tross for at bruk av narkotiske stoffer er mest utbredt i høyere sosiale lag, så er det likevel en tendens i retning av at de med svake skolekarakterer er hyppigere brukere. Slike sammenhenger kan virke som et paradoks. Gjennomgående har ungdom fra vestkanten og i høyere sosiale lag bedre karakterer enn andre ungdommer. Dermed skulle det være rimelig å forvente at unge med gode karakterer har et høyere konsum enn de med svakere karakterer. I alle deler av byen er det ungdom med de svakeste karakterene som har høyest andel konsumenter. Resultatene viser dermed at den gruppen som er mest utsatt med hensyn til rusmiddelbruk er ungdom fra vestkanten med svake skoleprestasjoner. Betyr dette at de ungdommene som kommer fra høyere sosiale lag, men som selv ikke klarer forventnings- og skolepresset er en særskilt utsatt gruppe? På vestkanten er det høyere gjennomsnittsinntekt, lavere arbeidsledighet, bedre boforhold, høyere boligpriser osv. I miljøer på vestkanten vil forventningene og presset fra foreldrene om at de unge skal lykkes og gjøre det

godt på skolen være høye. Forskjellene mellom bydelene er på dette området betydelige. Bergwitz (1994) viser klart at elever velger ulike utdanningsløp på østkanten og vestkanten selv om de har samme sosio-økonomisk status. I vest er det et mer ensidig press i retning av teoretisk og allmennfaglig utdanning. Skoleprestasjoner blir et helt sentralt mål på i hvilken grad den unge klarer å innfri forventninger både fra foreldre og andre ungdommer. Dersom slike forventningene ikke innfris, kan fallhøyden være stor. Samtidig er det tradisjonelt et generelt høyt rusmiddelbruk i disse bydelene knyttet til «kontinentale» drikkevaner, velfylte barskap og liberale holdninger som åpner for å gå videre med å eksperimentere med rusmidler. Problemet er vel at de «kontinentale» drikkevanene ikke kommer i steden for, men som et tillegg til den tradisjonelle norske «flatfylla», som vi også finner på østkanten. En alternativ og samtidig utfyllende forklaring kan ligge i at en del av de unge på vestkanten mer eller mindre åpent og bevisst gjør opprør mot det presset som ligger i miljøet i retning av å være vellykket og få gode karakterer på skolen. De melder seg ut, ikke nødvendigvis fordi de er dummere enn resten, men tyr til ulike former for narkotiske stoffer som dermed fungerer som «protestmarkører».

4.4.3 Brukermønsteret og bakgrunnskjennetegn

Det er tidligere vist at 30 prosent av ungdommene i Oslo kan betegnes som rusmiddelbrukere. Men i hvilken grad varierer mønsteret i rusmiddelbruken med sosiale bakgrunnskjennetegn?

Tabell 15. *Brukermønstre mot bakgrunnskjennetegn. Grunnkurselever i videregående skole i Oslo.*

	I	II	III	IV	Totalt	N
Bydel						
Indre vest	34	19	31	17	100	150
Ytre vest	37	22	28	13	100	452
Indre øst	28	34	13	25	100	83
Ytre øst	29	32	19	21	100	431
Sosial bakgrunn						
Høyere administrative lag	47	17	27	9	100	128
Teknisk-økonomisk mellomlag	33	22	27	17	100	350
Humanistisk-sosial mellomlag	28	29	25	18	100	212
Lavere funksjonærer	31	32	19	19	100	117
Arbeidere	28	32	22	18	100	221
Skoleprestasjoner						
Svake	25	28	23	24	100	273
Middels	34	28	24	14	100	401
Gode	34	25	26	15	100	390
Kjønn						
Gutter	32	25	26	17	100	598
Jenter	32	28	22	18	100	517
Totalt	32	26	24	18	100	1116

Signifikansnivå: Bydel (p=0,000). Sosial bakgrunn (p=0,008). Skoleprestasjoner (p=0,006). Kjønn (p=0,329)
Note: I tabellen er det trukket ut de 1116 ungdommene som faller innenfor kategorien rusmiddelbrukere, slik denne er definert tidligere. Disse utgjør 31,5 prosent av alle grunnkurselever i Oslo.
Brukermønster I: Hyppig konsum av alkohol (hver uke), ikke narkotiske stoffer
Brukermønster II: Cannabisbruk i kombinasjon med lavfrekvent alkoholbruk, ikke andre narkotiske stoffer
Brukermønster III: Cannabisbruk i kombinasjon med hyppig alkoholbruk (hver uke), ikke andre narkotiske stoffer
Brukermønster IV: Brukt andre narkotiske stoffer (alene eller i kombinasjon med alkohol og/eller cannabis)
Kilde: Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996

Tabell 15 viser at det i all hovedsak er små forskjeller i dette mønsteret mellom de ulike gruppene. Likevel ser det ut til at brukermønstrene blant vestkantungdommen, blant ungdom fra høyere sosiale lag, og blant ungdom med gode eller middels gode karakterer tenderer alle til å inkludere alkohol i større grad enn ungdom med annen klassebakgrunn, enten som eneste rusmiddel eller i kombinasjon med cannabisstoffer. Ungdom fra østkanten, fra lavere eller midlere sosiale lag og ungdom med svake karakterer har i større grad et rusmiddelkonsum som kombinerer cannabisbruk med lavfrekvent alkoholkonsum. Ungdommene med disse bakgrunnskjennetegnene inkluderer også i større grad andre illegale stoffer enn cannabis. Forskjellene mellom gutter og jenter, og mellom de med gode og middels gode karakterer er svært små.

4.5 Risikobrukerne

Det er viktig å understreke at den gruppen av ungdom som til nå er skilt ut som rusmiddelbrukere ikke nødvendigvis utgjør noen risikogruppe med hensyn til å utvikle et mer alvorlig rusmiddelmisbruk på lang sikt. Et viktig funn i rusmiddelforskningen generelt og som gjelder cannabisstoffer spesielt, er at bruk av disse stoffene for mange unge kun dreier seg om kortvarig eksperimentering. Det vil derfor være interessant å skille ut den gruppen som kan betegnes som «risikobrukere» av rusmidler, hvor rusmiddelbruken innebærer noe mer enn ren eksperimentering. For denne brukerkategorien er det særskilt stor grunn til å anta at det er en risiko for at bruk av rusmidler utvikler seg til et personlig problem, og at rusmiddelbruken står i fare for å tilta over tid.

Kategorien «risikobruker» defineres her som en person som oppgir i løpet av det siste året å enten ha drukket alkohol to eller flere ganger i uken, og/eller ha prøvd cannabisstoffer seks eller flere ganger og/eller ha prøvd tyngre narkotika to ganger eller flere. Når denne definisjonen som «risikobrukere» benyttes, reduseres kategorien «rusmiddelbrukere» med mer enn halvparten i forhold til en videre definisjon. Likevel er det totalt 470 unge 16-17 åringer i utvalget, eller 13 prosent av grunnkurselevne i Oslo, som kan betegnes som risikobrukere av rusmidler.

Når det gjelder bakgrunnskjennetegn, viser tabell 16 en påfallende likhet i rekrutteringsmønsteret mellom risikobrukere og den videre definisjonen av rusmiddelbrukere vi tidligere har sett på. Den eneste forskjellen som peker seg ut er at forskjellen mellom ytre øst og ytre vest er betydelig mindre blant ungdom i risikogruppen, sammenliknet med forskjellene langs disse skillene som var aktuelle for kategorien rusmiddelbrukerne vi tidligere har beskrevet. Indre vest peker seg imidlertid fortsatt ut med en særskilt høy andel risikobrukere.

Tabell 16. Andel risikobrukere innenfor ulike grupper. Grunnkurselever i videregående skole i Oslo. Prosent.

	Risiko- brukere
Bydel	
Indre vest	27
Ytre vest	15
Indre øst	11
Ytre øst	10
Sosial bakgrunn	
Høyere administrative lag	13
Teknisk-økonomisk mellomag	14
Humanistisk-sosial mellomag	15
Lavere funksjonærer	13
Arbeidere	12
Skoleprestasjoner	
Svake karakterer	21
Middels karakterer	13
Gode karakterer	11
Kjønn	
Gutter	16
Jenter	11
Totalt	13
N=	3543

Signifikansnivå: Bydel ($p < 0,001$). Sosial bakgrunn ($p = 0,011$). Skoleprestasjoner ($p < 0,001$). Kjønn ($p < 0,001$)

Kilde: Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996

Risikobrukere lar seg også dele inn i fire hovedgrupper med hensyn på hvilke rusmidler som brukes (se tabell 17).

Tabell 17. *Rusmiddelmonster blant risikobrukerne mot bakgrunnskjennetegn. Grunnkurselever i videregående skole i Oslo. Prosent.*

	I	II	III	IV	Totalt	N
Bydel						
Indre vest	26	37	10	28	100	82
Ytre vest	21	39	13	28	100	165
Indre øst	8	46	10	36	100	39
Ytre øst	14	46	3	37	100	182
Sosial bakgrunn						
Høyere administrative lag	26	43	13	19	100	47
Teknisk-økonomisk mellomlag	18	34	11	37	100	139
Humanistisk-sosial mellomlag	19	41	8	33	100	91
Lavere funksjonærer	16	49	6	29	100	49
Arbeidere	16	50	4	30	100	94
Skoleprestasjoner						
Svak	16	40	8	37	100	144
Middels	13	52	6	28	100	157
God	25	36	10	29	100	146
Kjønn						
Gutt	18	42	12	29	100	276
Jente	18	42	4	36	100	191
Totalt	19	41	8	32	100	425

Signifikansnivå: Bydel ($p=0,012$). Sosial bakgrunn ($p=0,331$). Skoleprestasjoner ($p=0,022$). Kjønn ($p=0,016$)

Note: I tabellen er det trukket ut de 425 ungdommene som faller innenfor kategorien risikobrukere, slik denne er definert ovenfor. Disse utgjør 13 prosent av alle grunnkurselever i Oslo.

Brukermønster I: Høyfrekvent alkoholkonsum (flere ganger i uken), ikke narkotiske stoffer

Brukermønster II: Cannabisbruk (flere enn 5 ganger siste år) i kombinasjon med lavfrekvent alkoholbruk (sjeldnere enn ukentlig eller en gang i uken), ikke andre narkotiske stoffer

Brukermønster III: Cannabisbruk (flere enn 5 ganger siste år) i kombinasjon med hyppig alkoholbruk (flere ganger i uken), ikke andre narkotiske stoffer

Brukermønster IV: Brukt andre narkotiske stoffer flere enn en gang (alene eller i kombinasjon med alkohol og/eller cannabis)

Kilde: Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996

Den største gruppen er ungdom som har brukt cannabisstoffer flere enn fem ganger siste år, kombinert med relativt lav hyppighet alkohol (brukermønster II i tabell 17). Disse utgjør i overkant 40 prosent av risikogruppen. Ungdom fra Oslo øst og ungdom med middels gode karakterer er overrepresentert blant denne gruppen. Den andre store gruppen (brukermønster IV) utgjøres av de som bruker andre illegale narkotiske stoffer, enten som det eneste rusmidlet eller i kombinasjon med cannabis og/eller svært hyppig bruk av alkohol. Denne gruppen utgjør 32 prosent av risikobrukerne. Blant disse er det en overrepresentasjon av jenter, ungdom med svake karakterer, ungdom fra teknisk-økonomisk mellomlag og ungdom fra Oslo øst. Andelen risikobrukere som kun bruker alkohol svært ofte uten å bruke illegale stoffer (I) er på 18 prosent. Ungdom som kombinerer hyppig bruk av alkohol med cannabisstoffer (III) utgjør 9 prosent av risikobrukerne. Risikobrukerne med de to sistnevnte brukermønstrene (I og III) finner en i større grad i Oslo vest, blant ungdom fra høyere sosiale lag og blant ungdom med gode karakterer.

5. Innvandrerungdom og rusmidler

5.1 Innledning

Det har på 1990-tallet vært en mediaoppmærksomhet omkring innvandrere³⁾ og rusmidler, i forlengelse av debatten om hvorvidt innvandrere er overrepresen-

tert eller ikke i kriminalstatistikkene. Det er rapportert vekst i antall henvendelser fra stoffbrukere med innvandrerbakgrunn til enkelte institusjoner innenfor rusmiddelomsorgen (se for eksempel Blindheim 1993a). Samtidig viser enkelte forskningsrapporter at ungdom med innvandrerbakgrunn generelt har et betydelig lavere forbruk av rusmidler enn ungdom flest (Øia 1993 og resultater fra Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996). Tilsvarende undersøkelser fra Sverige dokumenterer at innvandrere hadde et lavere stoffbruk enn befolkningen generelt, men at yngre innvandrerungdom var mer utsatt for nyrekruttering til narkotikaforbruk enn ungdom flest (Gómer & Olsson 1994). Rapportene fra behandlingsapparatet kan derfor være et forvarsel om at innvandrerungdom er en utsatt gruppe. Det gir grunn til å se nærmere på årsakene til at ungdom med innvandrerbakgrunn utvikler et stoffbruk. Med utgangspunkt i en undersøkelse av innvandrerpasienter som ble behandlet for stoffbruk ved Sabbatbergs Sykehus i Sverige, har Riyadh Al-Baldawi (1993, 1994) argumentert for at pasientenes forbruk kan knyttes til deres kulturelle tilpasning i det svenske storsamfunnet. Pasientene, eller deres foreldre, hadde bakgrunn som arbeidsmigranter eller flyktninger. Tilsvarende forskning omkring innvandrere og rusmiddelbruk mangler i Norge.

³⁾ Betegnelsen «innvandrer» brukes her om alle som har begge foreldrene født utenfor Norge.

Internasjonal forskning omkring rusproblematikk og minoritetssamfunn advarer mot koblinger mellom bestemte etniske tilhørigheter og rusmiddelbruk. Slike koblinger kan forsterke fordommer mot bestemte folkegrupper og snarere tildekke enn å avdekke rusmiddelbrukets sosiale og kulturelle rammer. Det er en viktig utfordring for forskning på ungdom med innvandrerbakgrunn og bruk av rusmidler å være seg bevisst de flerkulturelle rammene for rusmiddelbruket. Eksempelvis kan det være grunner til å se bruk av rusmidler i sammenheng med de marginaliseringsprosesser utøvere av en minoritetskultur kan oppleve i møtet med majoritetskulturen slik Al-Baldawi viser fra et svensk sykehus. Men det er ikke det samme som å kategorisere de en studerer, først og fremst som «innvandermisbrukere». Det kan virke mot sin hensikt å på den måten føre stein til byrden rusmiddelbrukerne allerede bærer som utøvere av en stigmatisert innvandreridentitet: En somalier som ruser seg på heroin er ikke i kraft av sitt narkotikaforbruk en «innvandrer», men en rusmiddelbruker. Det er rimelig å tro at narkotikaforbruket til den tenkte heroinforbrukeren fra Somalia ikke kunne sees isolert fra hans situasjon i Norge som flyktning. Problemene oppstår dersom vi behandler heroinforbrukeren som om det er det at vedkommende kommer fra Somalia som er det eneste bestemmende for heroinforbruket. «Han gjør som han gjør fordi det er hans kultur». Faktisk er det slik at de fleste av oss, uavhengig av om vi er innvandrere eller ikke, forholder oss primært til norske samfunnsforhold. Det betyr ikke at samhandling foregår uavhengig av ulike kulturelle forutsetninger, men at det er interesser og ikke «kultur» som først og fremst skiller samhandlingspartene. Som Unni Wikan (1994, 1995) skriver, står en anvendelse av kulturbegrepet om deres, de andres, handlinger i fare for å ende i en ny rasisme: Vi gjør som vi gjør fordi vi har de og de interessene - de, derimot, gjør som de gjør fordi deres kultur er slik og slik. Vi har interesser, de har kultur.

5.2 Kulturdimensjonen

Innen alkoholforskningen tillegges kulturdimensjonen stor betydning. I en ny bok skriver for eksempel Øystein Henriksen og Allan Sande (1995:15) at en tidligere kunne regulere befolkningens alkoholkonsum gjennom offentlig styring av tilbudet, mens vi nå står overfor sosiale endringsprosesser hvor etterspørselen i større grad avgjør omfanget av konsumet. De mener derfor at vi i fremtiden må basere regulering av rusmiddelforbruket på innsikt i brukernes meningsrammer. Ved å ta utgangspunkt i alkohol som symbol argumenterer de for at et høyere gjennomsnittlig alkoholkonsum blant ungdom i storbyene enn på landsbygda, kan sees i sammenheng med at konsumet begge steder er knyttet til overgangsritualer fra barn til voksen. Mens ritualene på landsbygda i større grad involverer folk på tvers av generasjonsskillene er ritualene i bysamfunnet i større grad kontrollert av ungdommene selv. Generasjonsvariasjonen blant deltagerne på landsbygdas sosiale arrangementer gir en helt annen sosial kontroll med ungdommens rusmiddelbruk, enn når ungdommene er overlatt til seg selv, slik de er det i storbyen. Det finnes en voksende faglitteratur om rusmidlenes sosiale konstruksjon i ulike kulturer (se for eksempel Mary Douglas (ed.) 1987, Dimitra Gefrou-Madianou (ed.) 1992 og Maryon McDonald (ed.) 1995). Et hovedanliggende i denne fagdebatten er å innføre kultur- eller meningsrammene rusmidle-

ne forbrukes innenfor som et hovedfokus i rusmiddelforskningen. Samtidig ønsker en å unngå innfallsvinkler som gjør bestemte kulturer til årsak for rusmiddelbruk. I stedet formuleres perspektiver hvor rusmiddelforbruket studeres som et samspill mellom sosiale betingelser og kulturelle tilpasninger.

5.3 Internasjonal forskning

Internasjonalt finnes det også en god del litteratur omkring minoritetsgrupper og rusmiddelforbruk (se for eksempel Austin (ed.) 1977, Watts & Wright (eds.) 1989 og Trimble et. al. 1992). I USA finnes mange surveyundersøkelser av alkohol- og narkotikakonsumet i befolkningen hvor rusmiddelforbruk er sett i sammenheng med respondentenes etniske tilhørighet. Enkelte forskere har uttrykt skepsis til verdien av å benytte «etnisk tilhørighet» som en forklaringsvariabel (se Cheung 1991 og Heath 1991). I Norge har lite av forskningen på alkohol og narkotikaforbruk fokusert på brukernes etniske tilhørighet. Et unntak er Svein Larsens studier av alkoholkonsum blant samene (Larsen 1993). Det finnes ingen norsk forskning med hovedfokus på rusmiddelforbruk i innvandremiljøene. I Sverige ble det utført en kartlegging av narkotikaforbruket i 100 kommuner i 1992 (Gómer & Olsson 1994). Undersøkelsen viste at blant stoffbrukere over 25 år var innvandrerne underrepresentert i forhold til andel av Sveriges befolkning. Derimot var innvandrerungdom under 25 år overrepresentert. Dette gjaldt særlig andre generasjons innvandrere uavhengig av om de kom fra andre nordiske land eller om de kom fra land utenfor Norden. De ikke-nordiske innvandrerne hadde en avvikende brukerprofil sammenlignet med svenske og nordiske; de brukte mer opiater og mindre alkohol og sentralstimulerende midler enn de andre. Dessuten var det vanligere med røyking enn injisering av heroin. Andre generasjons innvandrere både fra Norden og fra andre land hadde et mer intensivt blandingsforbruk enn narkotikaforbrukere generelt. Når det gjaldt narkotikakriminalitet var de ikke-nordiske innvandrerne underrepresentert unntatt når det gjelder de grovere narkotikaforbrytelsene (omsetting) hvor de var overrepresentert (se også Olsson 1983). Alt i alt viste undersøkelsen at yngre innvandrerungdom var mer utsatt for nyrekruttering til narkotikaforbruk enn ungdom generelt. Riyadh Al-Baldawi (1993, 1994) argumenterer for at endringer i typen innvandring er en viktig forklaring for ulikheter i rusmiddelbruk blant innvandrere i Sverige. Blant arbeidsmigrantene som kom før innvandringsstoppen, er det lite forbruk blant første generasjons innvandrerne, mens det er vanligere blant andre generasjon. Blant andre generasjon innvandrere skiller ikke forbruksmønsteret seg fra svenske stoffbrukere. Blant innvandrerne som er kommet til Sverige som flyktninger er det derimot mindre skiller mellom generasjonene når det gjelder andel stoffbrukere. Men, mens første generasjons flyktninger i stor grad har tatt med seg sin brukerprofil fra hjemlandet, finnes det utstrakt blandingsprofil blant andre generasjon. Andre generasjon kombinerer svenske og utenlandske rusmiddelvaner. Joanna Giannopoulou (1987a, 1987b) har sammenlignet rusmiddelforbruk blant greske innvandrerungdommer og svenske ungdommer i Sverige. Gutter hadde gjennomgående et høyere rusmiddelforbruk enn jenter. Men samtidig viste undersøkelsen på samme måte som Al-Baldawis undersøkelse at innvandrerungdom oppvokst i Sverige (andre generasjon) har noe høyere forbruksfrekvens enn både innvandrerungdom født utenfor Sverige og

svensk ungdom. Giannopoulou peker på at disse ungdommene opplever en hjemløshet både overfor foreldrene og deres eget skolemiljø og at en høyere frekvens i rusmiddelbruken må sees i sammenheng med at de opplever både større kulturtilpasningsproblemer enn første generasjons innvandrerungdom som antas å ha sterkere forankring til sin opphavskultur, og større problemer knyttet til kulturell tilpasning enn ungdom med foreldre født i Sverige. Hun argumenterer også for at bruk av rusmidler i en slik situasjon kan forstås som et forsøk på å oppnå aksept av og identifikasjon med deres sosiale omgangskrets.

5.4 Innvandrerungdom og rusmiddelbruk i Norge

Det er ingen grunn til å tro at det i Norge er mer forbruk av rusmidler blant innvandrere enn i befolkningen generelt. Sturla Falcks undersøkelse av utlendingers kriminalitet i Norge viser at mens utenlandske statsborgere er overrepresentert når det gjelder grove narkotikaforbrytelser (omsetting), er de underrepresentert når det gjelder mindre grove narkotikaforbrytelser (bruk) sammenlignet med befolkningen generelt (Falck 1992, 1993). Blant utenlandske statsborgere skilte afrikanere seg ut og var overrepresentert også når det gjaldt mindre grove narkotikaforbrytelser sammenlignet med norske statsborgere. En svakhet ved denne undersøkelsen er at skillet mellom norske og utenlandske statsborgere ikke nødvendigvis er sammenfallende med skillet mellom nordmenn og innvandrere. Mange innvandrere har norsk statsborgerskap. Et annet moment som kan føre til systematiske feilkilder ved undersøkelsesresultatet er at utlendinger er mer synlige enn nordmenn og kan derfor være utsatt for mer intensiv kontroll, noe som øker politiets muligheter til å avsløre ulovlig virksomhet. Samtidig finnes det enkelte andre undersøkelser som indikerer at antallet innvandrere i narkotikamiljøet øker. To medisinerstudenter, Gunnar Farstad og Kåre Løvstakken, gikk i gjennom data fra Uro-patruljen ved Oslo politikammer i to perioder, januar 1984 og januar 1991 (Farstad og Løvstakken 1991 i Blindheim 1993a). Undersøkelsen viste at mens innvanderandelen av antall personer tatt inn til Oslo politikammer i forbindelse med narkotikaforbruk bare utgjorde 3,7 prosent i januar 1984, var prosentandelen økt til 17,5 i januar 1991. Også her kan prosentandelen skyldes sorteringsmekanismer. Andre undersøkelser viser at stoffbrukere med innvandrerbakgrunn er underrepresentert i behandlingsapparatet (Oddvar Arner 1995). Men samtidig har for eksempel de ansatte ved Aidsinfobussen (den såkalte «Sprøytebussen») rapportert om økende antall brukere som ikke har norsk som morsmål. En spørreskjemaundersøkelse konkluderte med at fem prosent av brukerne av «Sprøytebussen» ikke hadde norsk statsborgerskap (Ervik 1992). En oversikt over første gangs henvendelser av stoffbrukere til Akuttinstitusjonen for stoffbrukere over 18 år viser at mens det var bare én stoffbruker med «fremmedkulturell bakgrunn» som henvendte seg til Akuttinstitusjonen i 1987, har antallet henvendelser økt hvert år og i 1994 var det nærmere 40 nye henven-

delser (Berg 1995). Et annet moment som spiller inn for hva vi vet om stoffbruk blant innvandrerungdom, er muligheten for at rusmiddelbrukere med innvandrerbakgrunn er underrepresentert i behandlingsapparatet fordi slike problemer i større grad forsøkes forvaltet innenfor uformelle nettverk som venner, slekt og familie. Dette er kjente problemstillinger innenfor for eksempel forebyggende HIV/AIDS arbeid. I pressen har enkelte representanter for innvandrer miljøene gitt uttrykk for at det finnes et stort skjult rusmiddelforbruk blant innvandrere (Aftenposten 10.07.94). Et siste moment som bør nevnes, er mulighetene for at det i enkelte innvandrer miljøer foregår et konsum av rusmidler det knytter seg lange kulturtradisjoner til, men som likevel behandles som illegal i Norge. Et eksempel er konsumet av khat (*catha edulis*) som er vanlig i enkelte afrikanske og asiatiske land (se Weir 1985), men som har vært forbudt i Norge siden 1989. Tollvesenet har gjort økende beslag av khat de siste årene, samtidig som enkelte har framsatt krav om tillatelse til import (Aftenposten 10.11.95).

5.5 Innvandrerungdom i Oslo

Det er heller ingen grunn til å tro at det i Oslo er høyere forbruk av rusmidler blant ungdom med innvandrerbakgrunn enn blant ungdom generelt. UNG-forsks undersøkelse «Ung i Oslo» fra 1992 (Øia 1993), som omfatter unge i alderen 16 til 19 år, viser tvert i mot at forbruket av tobakk og alkohol er mindre. Undersøkelsen skiller mellom innvandrerungdom med vestlig og tredje verden bakgrunn. Vestlig innvandrerungdom var involvert i mer kriminalitet og stoffbruk enn både norsk ungdom og ungdom med innvandrerbakgrunn fra den tredje verden. Undersøkelsen viste også at innvandrerungdom fra den tredje verden var minst involvert i kriminalitet og stoffbruk. Selv om religiøs tilknytning var viktig, viste undersøkelsen at status som innvandrer fra den tredje verden også isolert hadde betydning for redusert kriminell aktivitet og mindre stoffbruk enn gjennomsnittet blant ungdom i Oslo (Øia 1993:101). Men samtidig reiser Øia spørsmål om ikke det generelle bildet av innvandrerungdom som beskjedne forbrukere av rusmidler, skjuler en polarisering hvor flere av innvandrerungdommene som bruker rusmidler er mer utsatt sammenliknet med rusmiddelbrukere som har foreldre født i Norge.

«Selv om innvandrerungdom flest foretar færre kriminelle eller asosiale handlinger, så finner vi i det samme miljøet samtidig flere som kommer på «kjøret» og havner i sterke konflikter både med hjemmemiljø og med samfunnet» (Øia 1993:102).

De foreliggende resultatene fra Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996 viser at det er et betydelig lavere forbruk av rusmidler blant ungdom med innvandrerbakgrunn ved videregående skoler i Oslo. Tabell 18 viser hvordan bruken av rusmidler varierer mellom innvandrerungdom og ungdom som har foreldre født i Norge.

Tabell 18. Forbruk av rusmidler etter foreldres og eget fødeland. Grunnkurselever i videregående skole i Oslo. Prosent

Rusmiddelbruk	Ungdom med foreldre født i Norge	Ungdom med foreldre født i utlandet	
		Første generasjon	Andre generasjon
Bruker ikke rusmidler	13	57	67
Lavfrekvent alkoholbruk, bruker ikke narkotika	52	30	20
Rusmiddelbrukere (som definert tidligere)	36	14	14
Totalt	100	100	100
N	2849	408	277

Note:

Sammenhengen som vises i tabellen er sterkt signifikant (Kji-kvadrat: 757,0. $p < 0,001$). Også sammenhengen mellom første og andre generasjons innvandrerungdom er signifikant (Kji-kvadrat: 9,5. $p = 0,009$)

Innvandrerungdom er her kategorisert som «første generasjon» dersom de er født i utlandet og «andre generasjon» dersom de er født i Norge.

Kilde: Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996

Blant ungdom med foreldre født i Norge er det bare en av ti som ikke har brukt rusmidler, mens det blant ungdom med foreldre født utenfor Norge er hele seks av ti som ikke har gjort det. Bare et mindre antall ungdom med foreldre født utenfor Norge har foreldre født i Europa eller USA. Ser vi bare på ungdom med foreldre født i Asia, Afrika eller Sør-Amerika blir andelen som ikke har brukt rusmidler enda høyere. Dette bekrefter bildet fra Ung i Oslo 1992 hvor særlig ungdom fra den tredje verden hadde et lavt rusmiddelforbruk.

Det er overraskende at andelen som aldri har brukt rusmidler synes å være større blant andre generasjon enn blant første generasjon. Tilsvarende undersøkelser fra Sverige tyder tvert i mot på at bruk av rusmidler i andre generasjon er likere brukermønsteret til ungdom med foreldre født i Sverige. Forklaringen på disse forskjellene kan ligge i at Oslo har andre grupper innvandrere. En vesentlig del av disse innvandrerne er muslimer med asiatisk opprinnelse. Det kan se ut til at ungdom med slik bakgrunn i noe mindre grad integreres i det norske miljøet, i den betydning at de overtar norske ungdommers væremåte og verdier knyttet til rusmiddelbruk. Det kan også skyldes ulik operasjonalisering av skille mellom første og andre generasjon innvandrere. En viktig forskjell mellom ungdom med innvandrerbakgrunn og andre, er kjønnsforskjellenes betydning for rusmiddelbruket. Hverken blant Osloungdom eller i

landet forøvrig er det store forskjeller på gutters og jenters bruk av rusmidler. Ser vi på første generasjon av innvandrerungdom er det derimot en mer markert kjønnsforskjell; jentene har gjennomgående et lavere rusmiddelforbruk enn guttene. Derimot er det, på samme måte som for ungdom med norsk bakgrunn, mindre forskjell mellom gutter og jenter i andre generasjon. Hvilke rusmidler brukes blant innvandrerungdom? For alkoholbrukens vedkommende, er det tidligere vist at innvandrerungdom drikker mindre. Tabellene nedenfor viser hvor mange som har prøvd cannabis og andre illegale narkotiske stoffer. I likhet med bruken av alkohol, viser det seg at innvandrerungdom i mindre grad bruker cannabisstoffer, sammenliknet med øvrig ungdom. Kun rundt 10 prosent blant innvandrerungdommen har prøvd cannabisstoffer, mens 23 prosent av ungdom med foreldre født i Norge har erfaring med cannabis. Vi finner her ingen forskjeller mellom første og andre generasjon innvandrerungdom. Forskjellen mellom ungdom med foreldre født i Norge og innvandrerungdom er mindre når det gjelder bruk av hasj og marihuana enn når det gjelder alkohol. Kanskje skyldes noen av disse forskjellene den sosiale kontrollen rundt alkoholbruk knyttet til enkelte religiøse tradisjoner. Likevel bør det presiseres at innvandrerungdom, på samme måte som ungdom med foreldre født i Norge, ikke er en homogen gruppe.

Tabell 19. Bruk av cannabis etter foreldres og eget fødeland. Grunnkurselever i videregående skole i Oslo. Prosent

Bruk av cannabis	Ungdom med foreldre født i Norge	Ungdom med foreldre født i utlandet	
		Første generasjon	Andre generasjon
Ikke prøvd	77	91	89
1 gang	4	2	2
2 eller flere ganger	19	8	8
Totalt	100	100	100
N	2891	425	286

Note: Sammenhengen cannabisbruk og foreldres/eget fødeland er signifikant (Kji-kvadrat=61,3, $p < 0,001$)

Kilde: Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996

Når det gjelder bruk av andre illegale narkotiske stoffer enn cannabis (som vises i tabell 20), er forskjellene derimot svært små (ikke signifikante) mellom ungdom med innvandrerbakgrunn og ungdom med foreldre født i Norge. I den grad tabellen viser en tendens, går denne i retning av at en litt større andel av ungdom med foreldre født i Norge har prøvd slike stoffer en gang. Disse resultatene er viktige av

flere grunner. For det første viser de at innvandrerungdom faktisk bruker mindre narkotiske stoffer enn ungdom generelt, på tross av eventuelle antydninger i media om det motsatte. Tabell 20 viser at det også blant innvandrerungdom finnes en liten gruppe som befinner seg i en utsatt posisjon med hensyn til bruk av rusmidler.

Tabell 20. *Bruk av andre illegale stoffer enn cannabis etter foreldres og eget fødeland. Grunnkurselever i videregående skole i Oslo. Prosent*

Bruk av andre illegale narkotiske stoffer	Ungdom med foreldre født i Norge	Ungdom med foreldre født i utlandet	
		Første generasjon	Andre generasjon
Ikke prøvd	94,2	96,5	96,1
1 gang	1,4	0,7	0,7
2 eller flere ganger	4,4	3,8	4,2
Totalt	100,0	100,0	100,0
N	2881	424	284

Note: Sammenhengen narkotikabruk og foreldres/eget fødeland er ikke signifikant (Kji-kvadrat=5,4, p=0,246)

Kilde: Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996

Sammenlikner vi brukermønstre blant henholdsvis rusmiddelbrukerne med innvandrerbakgrunn (som utgjør 14%), og rusmiddelbrukere med foreldre født i Norge (som utgjør 36%), kommer følgende bilde tilsyne.

Tabell 21. *Brukermønstre etter foreldres og eget fødeland. Grunnkurselever i videregående skole i Oslo.*

Av rusmiddelbrukerne	Ungdom med foreldre født i Norge	Ungdom med foreldre født i utlandet	
		Første generasjon	Andre generasjon
I. Hyppig konsum av alkohol (hver uke), ikke narkotiske stoffer	33	27	18
II. Cannabisbruk i kombinasjon med lavfrekvent alkoholbruk, ikke andre narkotiske stoffer	25	39	40
III. Cannabisbruk i kombinasjon med høyfrekvent alkoholbruk, ikke andre narkotiske stoffer	25	9	13
IV. Brukt andre narkotiske stoffer (alene eller i kombinasjon med alkohol og/eller cannabis)	17	25	29
Totalt	100	100	100
N=	1018	56	38

Note: Tabellen omfatter kun ungdommer som faller innenfor kategorien rusmiddelbrukere, slik denne er definert i forrige kapittel. Denne gruppen utgjør 36 prosent av ungdom med foreldre født i Norge, 14 prosent av førstegenerasjons innvandrerungdom og 14 prosent av andregenerasjons innvandrerungdom.

Kilde: Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996

Den store forskjellen når det gjelder rusmønsteret til ungdom med foreldre født i Norge og ungdom med foreldre født i utlandet, er at innvandrerungdom i større grad ekskluderer alkohol i sitt forbruk av rusmidler. Omlag 65 prosent av innvandrerungdommene som bruker rusmidler, bruker enten cannabis alene, eller andre illegale narkotiske stoffer uten å kombinere dette med bruk av alkohol. Tilsvarende bruk gjelder bare for 42 prosent av ungdommene med foreldre født i Norge, mens 58 prosent av disse derimot bruker alkohol svært hyppig, enten alene eller i kombinasjon med cannabisbruk. De kanskje mest oppsiktsvekkende forskjellene gjelder bruken av «andre illegale stoffer». Blant rusmiddelbrukerne er det relativt sett flere innvandrerungdom som oppgir at de bruker slike stoffer, sammenliknet med rusmiddelbrukere med foreldre født i Norge. Andelen er her størst for andre generasjons innvandrere. Det må imidlertid presiseres at det i utvalget for undersøkelsen kun finnes 94 rusmiddelbrukere med foreldre født utenfor Norge, mens mer enn 1000 ungdommer med foreldre født i Norge inngår i denne kategorien. Dette medfører at konklusjonene vi kan trekke på dette grunnlaget er noe mer usikre for innvandrerungdommenes vedkommende. De støtter likevel opp under resultatene fra «Ung i Oslo» fra 1992 (Øia 1993) som viste en sterkere polarisering mellom lavt og høyt rusforbruk blant innvandrerungdom enn blant ungdom med foreldre født i Norge.

5.6 Rusmidler, marginalisering og identitet

Når vi finner indikasjoner på at det eksisterer en noe større relativ andel med et høyt forbruk av andre illegale stoffer blant rusmiddelbrukere i andre generasjon innvandrerungdom, kan dette skyldes at forbruket inngår som endel av en sterk sosial marginalisering. På samme måte som Giannopoulou (1987) viste i undersøkelsen av rusmiddelbruket til greske innvandrerungdom i Sverige, kan bruken av rusmidler sees i sammenheng med at ungdom med foreldre født utenfor Norge oftere opplever at det er stor avstand mellom foreldrenes kulturelle orientering og aktuelle holdninger i deres eget skolemiljø. Som i Giannopoulous undersøkelse tyder forskjellene mellom første generasjon og andre generasjon på at det er særlig andre generasjon innvandrerungdom som opplever en hjemløshet i forhold til omgivelsene. Giannopoulou hevder at rusmiddelbruk i en slik situasjon kan forstås som et forsøk på å oppnå aksept av og identifikasjon med deres svenske vennekrets. Det er i denne forbindelse verdt å merke seg at om vi ser på musikksmak som mellomliggende variabel utvises mye av skillene mellom ungdom med foreldre født utenfor Norge og unge med foreldre født i Norge. Ungdom som bruker rusmidler - inkludert rusmiddelbrukerne blant innvandrerungdommene - har altså mer ensartede musikkpreferanser enn andre. Dette forsterker inntrykket av at rusmiddelbruket blant innvandrerungdom ikke er knyttet til foreldrenes ruskultur, men at bruken av rusmidler er knyttet

til meningsrammer som går på tvers av øvrige kulturelle forskjeller. Dette antyder at rusmiddelbruket her kanskje inngår som et ledd i en sosial identitets-skaping i en sosial omgangskrets hvor brukeren opplever stor avstand mellom vennemiljøet og foreldrene.

Den større ensartetheten i musikkpreferanser blant rusmiddelbrukerne tyder på at bruk av rusmidler blant innvandrerungdom foregår innenfor meningsrammer skapt i Norge. Omvendt kan vi imidlertid stille spørsmål om ikke rusmiddelbruket også er med på å skape bestemte meningsrammer. Det er viktig å merke seg at i henhold til Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996, hadde en mindre andel av innvandrerungdommene eksperimentert med rusmidler, sammenliknet med øvrig ungdom, mens forskjellene er svært små når det gjelder andre illegale stoffer enn cannabis. Det er derfor av flere grunner nødvendig å se nærmere på hvilken betydning rusmiddelbruket har for de sosiale marginaliseringsprosessene ungdom med innvandrerbakgrunn er utsatt for. Giannopoulou argumenterer for at forbruket av rusmidler forsterker den sosiale marginaliseringen innvandrerungdom er utsatt for. Men det kan også tenkes at manglende integrasjon kan virke hindrende for et «normalt» forhold til den dominerende ruskulturen. Lav integrasjon kan dermed holde ungdom med innvandrerbakgrunn utestengt fra en «normal» eksperimenterende holdning til rusmidlene. Her er det uansett behov for nærmere undersøkelser av forholdet mellom rusmiddelbruk og sosial marginalisering blant ungdom med innvandrerbakgrunn. Er det for eksempel slik at innvandrere generelt føler seg fremmede for norske drikkevaner, men at bruk av illegale rusmidler er én måte å skape kontakt på og bryte ut av en opplevd isolasjon?

Fokus på forbruk (eller «konsum») er blitt stadig viktigere i moderne samfunnsforskning. Enkelte argumenterer for at vi må studere forbruk for å få et inntak til sentrale fenomener i moderne samfunnsutforming (se for eksempel Daniel Miller 1995). Marianna Adler (1991) har med utgangspunkt i drikkevaner i engelsk arbeiderklasse vist hvordan forbruk kan motvirke de effektiviseringskravene innebygd i moderne produksjon som truer mulighetene for å skape kollektive handlinger: Arbeidslaget som drikker øl på puben skaper fellesskap som underminerer den atomiseringen industriproduksjonen påfører deres daglige omgang. Det er i tråd med dette grunn til å undersøke om ikke rusmiddelbruk også har en slik betydning for identitetsskaping blant ungdom: Er det for eksempel slik at forbruk av bestemte rusmidler koblet sammen med bestemte musikk knytter venneflokken sammen og «løser» den avstanden enkelte innvandrerungdom opplever mellom foreldrenes kulturelle forankring og skolen? Det skulle forklare det høyere samsvaret i rangeringen av musikk blant rusmiddelbrukere med ulik kulturell bakgrunn. Kanskje er dette ungdommer som i særlig grad opplever forvirringen ved å føle seg verken «norske» eller tilknyttet foreldrenes opphavsland, og som i stedet «velger» et drastisk forbruk av rusmidler, og tilhørighet til internasjonale ungdomskulturer i forsøket på å skape seg en meningsfylt identitet?

Generelt er det glidende overganger mellom ulike brukermønstre blant ungdom. Blant innvandrerungdom ser det derimot ut til å være et skarpt skille mellom en stor gruppe som ikke bruker rusmidler og en meget liten gruppe som har et nokså høyt forbruk av tyngre, illegale rusmidler. Mellom disse er det en betydelig mindre gruppe eksperimentbrukere, enn blant rusmiddelbrukende ungdom med foreldre født

i Norge. Blant rusmiddelbrukende ungdommer med innvandrerbakgrunn er det altså en tydeligere polarisering mellom dem som bruker lite, og dem som bruker mye.

6. Oppsummering - konklusjoner

I dette arbeidet har vi i utgangspunktet ikke fokusert på situasjonen til de tyngre stoffbrukerne. Vi har isteden lagt vekt på å drøfte og analysere noen av veiene, som seinere - for noen - kan lede inn til en slik omgang med illegale rusmidler. Dette gjelder særlig den rollen som ulike ungdomskulturer har som innfallsporter til bruk av stoff. Vi startet gjennomgangen av narkotikasituasjonen med å presentere en måte å forstå situasjonen på som skisserer to «hovedveier» til bruk av illegale rusmidler. På den ene har motivasjonen for bruk av slike stoffer sitt tyngdepunkt i fascinasjonen for ideologi og estetikk, mens stoffbruk som ledsager den andre hovedveien har sitt motiverende tyngdepunkt forankret til psykososiale problemer. Denne todelingen er i overensstemmelse med også andre, nyere forskningsresultater (Pedersen 1996 under utgivelse). I store deler av offentligheten har bildet av stoffbrukeren som utslått, marginalisert, passiv, ressursfattig med et visst taperstempel, lenge vært rådende. Vi har her lagt vekt på å vise at dette bildet langt fra er fullstendig. Oppmerksomheten er derfor i størst grad blitt rettet mot de mer ideologiorienterte brukerne av illegale rusmidler.

6.1 Holdninger til stoff i ungdomskulturelle eliter

Ved hjelp av SIFAs statistikk over bruk av ulike typer stoffer fra 1968 og fram til idag, har vi kunnet vise at brukshyppigheten er påfallende parallell med høydepunkter og nedganger i de ulike ungdomskulturelle bølgene som har utspilt seg i dette tidsrommet. Den viser også at bruken av de ulike stoffene varierer etter hvilken plass de har hatt i de ulike ungdomskulturelle strømningene. Vi har presentert en rekke portretter av noen utvalgte ungdomskulturelle eliter som er særlig aktuelle i dagens Norge. I flere av disse inngår ulike stoffer som en del av repertoaret av identitetsmarkører som disse fellesskapene omgir seg med. Vi har vist at stoffenes plass i disse fellesskapenes historie og kulturelle horisont gir bruken av dem særlig legitimitet og fascinasjonskraft. I denne gjennomgangen ser vi at særlig bruken av cannabis har mange ansikter. Innenfor såpass ulike ungdomskulturelle eliter som hip hop, skateboarding, snowboard, - slik disse er representert i Oslo, og i skikt innen miljøbevegelsens ungdomsorganisasjoner, ser det ut til at hasj er relativt vanlig. I alle disse miljøene er stoffet assosiert med en viss opposisjon og tilknytning til attraktive «alternative» strømninger. Vi har imidlertid også sett at hasj benyttes hyppig i enkelte idrettsmiljøer hvor bruk og tilbud om anabole steroider forekommer. Her inngår imidlertid bruken i et miljø hvor det ser ut til at også vinningsforbrytelser, voldsbruk og bruk av tyngre narkotiske stoffer skjer oftere enn i normalpopulasjonen. Dermed ser vi at bruk av både hasj og andre narkotiske stoffer også er utbredt i miljøer som befinner seg meget fjernt fra grupperinger som vektlegger «det alternative», opposisjon, kreativ estetikk og radikalt samfunnsengasjement. Det er bla i slike belastede miljøer vi antar at problemer og marginalisering har særlig gyldighet som motiverende kraft.

House representerer i manges øyne den viktigste av 90 tallets mer iøynefallende og kommersielt støttede ungdomskulturer. Her er det foruroligende at

enkelte tyngre narkotiske stoffer er blitt nært assosiert med dette fenomenet. Dette gjelder særlig det nye (i det minste i utbredelse) stoffet ecstasy, som ikke minst med medias hjelp, nærmest har fått rollen som selve emblemet for denne ungdomskulturen. I tillegg er bruk av både amfetamin og LSD også knyttet til house. Hasj brukes også her, men har ingen sentral plass i denne ungdomskulturens meningsunivers. Om 90 tallets store bølge, som primært ser ut til å være representert ved housekulturen, har nådd sin bølgetopp, er foreløpig vanskelig å si.

6.2 Utbredelse og brukerprofiler i Oslo og i landet for øvrig

Det altoverveiende flertallet av ungdom i Norge legger vekt på sunnhet, prektighet og individuell karriere. De mest populære grupperingene er «idrettsungdom», «ungdom som arbeider hardt med å gjøre det bra på skolen», og ungdom som jobber for miljøvern og Amnesty. Denne prektigheten kan i mange tilfeller også tolkes som et opprør mot det rotete livet preget av skilsmisser, selvopptatthet, alkoholbruk, mislykkede samlivsekspirimerter som foreldregenerasjonen i mange tilfeller har ført. Men opprøret tar også andre og mer tradisjonelle former. Statistiske og representative undersøkelser på landsbasis viser at særlig lettere narkotiske stoffer er hyppigst brukt blant ungdom som er politisk radikale, som har sympatier med grupperinger som Blitz, husokkupanter, naturvernaktivister, militærnektende m.m., og som er særlig tiltrukket av iøynefallende og ideologiserende ungdomskulturer. Ungdom med dette verdisetet har også et høyt forbruk av alkohol. Her er idrettsungdom og skoleflinke rangert som noe mindre populære. Men også blant cannabisbrukere innen dette skiktet rangeres idrettsungdom høyt og «bråkete skoleungdom» lavt. Selv om visse indikasjoner tyder på at skillene mellom de opposisjonelle og de som ikke er det, er i ferd med å bli noe mindre skarpt, ser det likevel ut til at bruk av særlig cannabisstoffer, stadig har en viss opposisjonell karakter, om enn ikke i så sterk grad som på 60-70 tallet. Av de narkotiske stoffene er det cannabisstoffer som tydelig er mest utbredt. Rundt 9-10 prosent av ungdom i Norge oppgir å ha prøvd slike stoffer. Hyppigheten tenderer til å øke noe med alder. Bruken av tyngre narkotiske stoffer ligger derimot jevnt på 2 prosent uansett alder. I sterk motsetning til vanlige forestillinger om cannabisbrukeren, viser det seg at bruk av slike stoffer på landsbasis forekommer gjennomgående hyppigst blant ungdom hvis foreldre tilhører «høyere akademiske yrker». Innen denne gruppen er det også om lag dobbelt så mange som har brukt cannabis flere ganger. Ungdom med foreldre i primærnærings og visse arbeideryrker har derimot det desidert laveste forbruket. Narkotikabruk er mest utbredt i større byer. 13 prosent oppgir å ha brukt cannabis her, mot 3 prosent av dem som bor i spredtbygde strøk. For bruk av tyngre narkotiske stoffer siste år er tallene 3 prosent i større by, 1-2 prosent i mellomstor by, større tettsted og lite tettsted og omlag en prosent i spredtbygd strøk.

6.3 Oslo som eksempel og særtilfelle

Resultatene fra Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996 viser at alkohol og cannabis bare til en viss grad kan ansees som separate fenomener knyttet til ulike grupper av ungdom. For de aller fleste av cannabisbrukerne i Oslo følger i tillegg et svært hyppig forbruk av alkohol. Sammenhengen er tydeligere jo

hyppigere cannabisbruket er. Omvendt er det også slik at blant ungdom med et hyppig alkoholforbruk har omlag halvparten prøvd cannabisstoffer i løpet av det siste året, og svært mange av disse har prøvd hasj eller marihuana flere ganger. Satt på spissen kan en si at der en finner mye alkohol, finner en i ungdomsmiljøene også med stor sannsynlighet bruk av cannabis, og vice versa. Mens det på 60-70 tallet eksisterte en tendens til at hasjrøykerne så alkoholbruk som et symbol på verdier de tok avstand fra, ser det ut til at disse rusmidlene idag altså ikke oppfattes som gjensidig utelukkende. Blant de andre illegale narkotiske stoffene som ungdom bruker er amfetamin, ecstasy, kokain og LSD de vanligste stoffene blant Oslo-ungdom. Dette kan blant annet ha sammenheng med at særlig ecstasy, amfetamin og LSD er nært knyttet til den meget populære housekulturen, som har et særlig stort publikum i hovedstaden. Disse stoffenes særskilte popularitet understreker antakelsen om at bruken av illegale rusmidler får næring fra ungdomskulturene og deres tilhørende elitegrupper. Dette er nok et eksempel på at ungdomskulturell ideologi og estetikk ser ut til å spille en sentral rolle i påvirkningen av store ungdomsgruppers rusvaner. I Ungdomsundersøkelsen i Oslo 1996 er det skilt mellom to hovedkategorier ungdoms forhold til rusmidler. Ettersom bruk av illegale rusmidler så godt som alltid også forekommer i kombinasjon med alkohol, har vi valgt å se bruken av de ulike rusmidlene slik de inngår i kombinasjoner med hverandre. Det sonderes mellom de som ikke i det hele tatt har prøvd rusmidler i løpet av det siste året, og ungdom som har et relativt lavt alkoholkonsum på den ene siden. Dette er den klart største gruppen av ungdom. 22 prosent har ikke prøvd rusmidler, og 46 prosent har brukt alkohol relativt sjelden og samtidig ikke prøvd narkotiske stoffer. På den andre siden finner en rusmiddelbrukerne, hvor de som bruker alkohol svært hyppig, som eksperimenter med narkotiske stoffer og de som har et høyt forbruk av narkotiske stoffer inngår. Rusmiddelbrukerne utgjør 32 prosent av Oslo-ungdommen. Brukerne av rusmidler er oftere å finne på vestkanten enn på østkanten av Oslo. Hele 40 prosent av vestkantungdommen kan betegnes som rusmiddelbrukere. Tilsvarende tall for østkantungdommen er 25 prosent. Vi finner de største andelene høyforbrukere i de indre bydeler. Et annet hovedtrekk er at størsteparten av konsumentene kommer fra høyere sosiale lag. Dette er det samme mønsteret for bruk av cannabis som også gjelder i landet for øvrig. I gruppen av rusmiddelbrukere har mange et forbruk som kan regnes som eksperimentelt, og som ikke nødvendigvis innebærer en risiko for tyngre rusmiddelbruk på lang sikt. Det er skilt ut en egen gruppe med et rusmiddelbruk som kan sies å være forbundet med et visst risikomønster. «Risikobrukerne» representerer her en kategori som oppgir å ha drukket alkohol to eller flere ganger i uken det siste året, og/eller har prøvd cannabisstoffer seks eller flere ganger, og/eller ha prøvd tyngre narkotika to ganger eller flere, alt siste år. Denne gruppen utgjør 13 prosent av 16-17-åringene i Oslo som helhet, d.v.s. 40 prosent av rusmiddelbrukerne. Når det gjelder bakgrunnskjennetegn, er det lite som skiller risikogruppen fra resten av rusmiddelbrukerne. Flertallet av ungdommene i risikogruppen kommer fra vestkanten, og indre vest har høyest utbredelse. Hovedvekten er ungdom med foreldre i øvre sosiale lag. Men forskjellene mellom sosialgruppene er noe mindre blant risikogruppen enn for de andre rusmiddelbrukernes vedkommende. Gutter er noe overrepresentert blant risikobrukerne.

Bostedets rolle

Det mest oppsiktsvekkende funnet som angår forbruket av ulike rusmidler er knyttet til hva som ser ut til å være selve bostedsmiljøenes avgjørende rolle. Når vi kun ser på ungdom som bor innenfor samme bydel, er det svært liten variasjon i brukermønsteret som kan knyttes til forskjeller i sosial bakgrunn. Dette betyr at ungdom med foreldre i arbeiderklassen, innenfor hver enkelt bydel, verken bruker mer eller mindre rusmidler enn ungdom med foreldre fra for eksempel høyere administrative lag. Dette viser at bosted eller sosialt miljø, i mange tilfeller kan ha større betydning for forbruket av rusmidler, enn sosial bakgrunn. En forklaring kan være at ruskulturen, som er knyttet til det dominerende sosiale lag innen et bostedsområde, faktisk kan overvinne forskjellene knyttet til de kulturelle føringene som tilsvarer mindretallets sosialbakgrunn.

Skoleprestasjoner og rusmiddelbruk

I alle bydeler karakteriseres rusmiddelbrukerne ved at de gjennomsnittlig har noe svakere skolekarakterer. Resultatene tyder på at den gruppen som har størst sjanser for å bli en rusmiddelbruker er ungdom fra vestkanten med svake skoleprestasjoner. Resultater fra andre undersøkelser tyder på at det i de vestlige bydelene er sterkere press og forventninger om å være skoleflink enn i de østlige bydelene. En mulig forklaring er dermed at rusmiddelbruket kan forstås som motivert av problemene dette fører med seg. En annen mulighet er at bruk av slike rusmidler i seg selv kan medføre redusert innsats på skolen, som følge av nedsatt konsentrasjon eller liknende. Det er også mulig å se bruken av illegale rusmidler som uttrykk for protest og opprør mot presset som opplevs i retning av å bli flink og vellykket på skolen. Vi må her huske på at dette for svært mange kun dreier om et eksperimentelt og kanskje nettopp av den grunn et opposisjonspreget brukermønster.

6.4 Innvandrere og rusmidler

Bruken av rusmidler blant ungdom med innvandrerbakgrunn (16-17 år) i Oslo kan oppsummeres som følger:

- *Ikke forbruk.* I Oslo er andelen brukere av rusmidler (inkludert alkohol) dramatisk mindre blant innvandrerungdom, enn blant ungdom generelt. Mens det blant ungdom med foreldre født i Norge bare var 13% som aldri har brukt noen form for rusmidler, var det så mange som 57% blant første generasjon, og hele 67% av andre generasjons innvandrere, som aldri har brukt rusmidler.
- *Lavt forbruk.* Det var også betydelig færre innvandrerungdom som oppga «sjelden bruk av alkohol, aldri narkotika». Blant ungdom med foreldre født i Norge utgjorde dette 52%, mens kun 30% blant første generasjon og 20% blant andre generasjon innvandrerungdom viste et slikt brukermønster.
- *Færre rusmiddelbrukere - mindre alkohol.* Andelen «rusmiddelbrukere» (som tidligere definert) blant innvandrerungdom er også mindre enn halvparten så stor sammenliknet med andelen blant ungdom med foreldre født i Norge. Blant innvandrerungdom er tallene like for både første og annen generasjon: 14 prosent. Blant ungdom med foreldre fra Norge er det derimot 36 prosent som inngår i denne kategorien. Brukermønstrene blant de få innvandrerungdommene som inngår i denne kategorien karakteriseres særlig ved at de i

mye mindre grad inkluderer alkohol, enn rusmiddelbrukere med foreldre født i Norge.

- *Mindre cannabis.* Cannabisbruket blant innvandrerungdom er også betydelig lavere enn blant ungdom med foreldre født i Norge. Mens 23% av ungdom med foreldre født i Norge har prøvd cannabis, har kun 10% av første generasjon, og 10% av andre generasjon innvandrerungdom, brukt cannabis.
- *Lik andel brukere av tyngre stoffer.* Andelen brukere av tyngre stoffer er derimot tilnærmet den samme blant innvandrerungdom som blant ungdom med foreldre født i Norge. For innvandrerungdom ser det altså ut til å være et skarpere skille mellom en stor gruppe som ikke bruker rusmidler og en liten gruppe som har et nokså høyt forbruk av tyngre stoffer. Blant rusmiddelbrukere med foreldre født i Norge er det en relativt stor gruppe eksperimentbrukere hvor stoffbruk i kombinasjon med alkohol spiller en viktig rolle. Den tilsvarende gruppen eksperimentbrukere blant innvandrerungdom, er derimot betydelig mindre. Vi ser altså her en tydeligere polarisering mellom dem som bruker lite, og dem som bruker mye. Dette antyder at bruk av rusmidler er en sterkere indikator på marginalisering for innvandrerungdom enn for andre grupper. Blant unge innvandrere vil grensen mot bruk av rusmidler (alkohol inkludert) være større, enn for ungdom med foreldre født i Norge. Går man så over denne grensen, ser det ut til at man i mindre grad beveger seg gjennom «mellomstadiene» hvor alkoholbruk spiller en viktig rolle.

Det har i den senere tid vært en viss mediaoppmærksomhet rundt spørsmålet om innvandrerungdom og narkotikabruk. I henhold til svenske undersøkelser er stoffbrukere over 25 år med foreldre født utenfor Sverige underrepresentert sammenliknet med andelen av brukere med foreldre født i Sverige. Derimot var særlig andre generasjons innvandrerungdom under 25 år overrepresentert blant brukere av illegale rusmidler i Sverige. Bildet vi får av innvandrerungdom i aldersgruppen 16-17 år i Oslo er altså noe annerledes. Også i Oslo er det variasjon mellom første generasjon og andre generasjon innvandrerungdom. Men her finner vi, overraskende nok, at andelen som aldri har brukt rusmidler faktisk er større blant andre generasjon enn blant første generasjon. Mens de svenske undersøkelsene skulle gi grunn til å tro at gruppen med lavt rusmiddelbruk øker fra første til andre generasjon, er altså situasjonen i Oslo motsatt; selv andelen som har et lavt forbruk av alkohol og som ikke bruker narkotika, synker fra første til andre generasjon. Analyser av musikkpreferanser tyder på at rusmiddelbrukende innvandrerungdom i større grad deler verdier og livsstil med rusmiddelbrukere som har foreldre født i Norge, enn hva som er tilfelle når vi sammenlikner ungdom med norske foreldre og innvandrerungdom generelt. Dette kan bety at rusmiddelbrukerne blant innvandrerungdom benytter rusmidler og musikk som virkemidler i forsøk på å skape seg en identitet på tvers av uforenlige forventninger fra foreldre og skolemiljø. Kanskje er dette ungdommer som i særlig grad opplever forvirringen ved å føle seg verken «norsk» eller fra foreldrenes opphavsområde, og som i stedet «velger» et drastisk forbruk av rusmidler, og tilhørighet til internasjonale ungdomskulturer i forsøket på å skape seg en meningsfull identitet? Forskningsresultater fra Sverige tyder på at denne gruppen vokser. Enkelte rapporter fra be-

handlingsapparatet viser også et økende antall henvendelser fra innvandrere. Det er derfor behov for nærmere forskning på rusmiddelbruket blant ungdom med innvanderbakgrunn for å kunne igangsette forebyggende tiltak. Forskningen bør fokusere på hvilken rolle bruk av rusmidler har i forhold til sosial tilpasning, familieforhold og religiøs praksis.

6.5 Behov for videre forskning

På grunnlag av forskningsresultater og perspektiver utviklet i arbeidet med denne rapporten vil det være behov for videre forskning på følgende tematiske felter:

1. Fortsette gjennomføringen av større spørreundersøkelser som tar sikte på å fange opp nye utviklingstrekk og endringer i brukermønstre og brukerprofiler blant ungdom over tid.
2. Utvikle mer dyptpløyende kvalitative forskningsprosjekter som fokuserer på hvilken rolle ulike rusmidler har i de til enhver tid aktuelle ungdomskulturens meningsrammer, historie og praksis. Også her vil det være viktig å fokusere på eventuelle endringer, særlig forbundet med introduksjonen av nye stoffer i det ungdomskulturelle landskapet.
3. Forskning på innvanderungdommenes bruk av rusmidler. Her er det behov for både kvantitative og kvalitative tilnærminger. Kvalitativ forskning vil imidlertid stå i en særstilling, ettersom denne forskningstradisjonen har særlige forutsetninger for å uttype de kulturelle aspektene ved unge innvanderes forhold til stoff.
4. Et område som har overordnet betydning for all forskning om rusmiddelbruk, er temaet motivasjon. Spørsmål vedrørende motivasjonen bak ulike former for rusmiddelbruk vil måtte ta hensyn til ikke bare sosiale og psykologiske aspekter, men også en rekke kulturelle forhold som ledsager slik bruk. Prosjekter som er eksplisitt orientert mot å utvikle teorier om motivasjon der kulturdimensjonen også integreres, vil her kunne ha stor betydning.

En forskningspolitikk som ivaretar ansvaret for prosjekter langs disse tematiske feltene, vil være en viktig forutsetning for arbeide med å uttype og videreutvikle en bredere forståelse av bruken av både legale og illegale rusmidler, og samspillet mellom bruken av ulike typer rusmidler.

Referanser:

Adler, Marianna 1991 «From Symbolic Exchange to Commodity Consumption». In S Barrows & R Room (eds.) *Drinking Behavior and belief in modern history*, Univ. of California Press, Berkeley

Al-Baldawi, Riyadh 1993 «Invandrars narkotikamisbruk i Sverige». *Stoffmisbruk* nr. 2/93

Al-Baldawi, Riyadh 1994 *Exil, Kultur, och Drogmisbruk*.

Arner, Oddvar, et al 1995 *Forprosjekt til en nasjonal studie av stoffmisbrukere i behandling: en undersøkelse ved 14 behandlingstilstand i Oslo*. SIFA rapport ; nr 3/95 Statens institutt for alkohol og narkotikaforskning Oslo

Austin, Gregory A. (ed.) 1977 *Drugs and Minorities*. National Institute on Drug Abuse, Rockville

Berg, Elin 1995 «Fremmedkulturelle stoffmisbrukere ved Akuttinstitusjonen», *Stoffmisbruk* nr. 6/95

Bergwitz, Øivind 1994 *Utdanning eller arbeid?* Oslo, UNGforsk rapport 2/94

Berkaak, Odd Are 1993 *Erfaringer fra risikosonen*. Universitetsforlaget. Oslo

Berkaak, Odd Are og Even Ruud 1992 *Den påbegynte virkelighet*. Universitetsforlaget. Oslo

Blindheim, Martin 1993a «Narkotikabruk blant innvandrere». *Stoffmisbruk* nr. 2/93

Blindheim, Martin 1993b «Vi trenger mer kunnskap!» *Stoffmisbruk* nr. 2/93

Chaib, Mohamed (red.) 1995 *Strømmer i tiden*. Daidalos. Göteborg

Cheung, Yuet W. 1991 «Use and misuse of alcohol and drugs: ethnicity issues». *International journal of the addictions* vol. 25

Douglas, M (ed.) 1987 *Constructive Drinking. Perspectives on Drinking*. Anthropology Cambridge Univ. Press, Cambridge

Ervik R. (1992) Aids-infobussen - barometer på sprøytebruk i Oslo?, *Stoffmisbruk* nr. 3/92

Falck S. (1992) Utlendinger og kriminalitet BVU rapport nr. 2/92

Falck S. (1993) Utlendingers kriminalitet: Høyere eller lavere enn nordmenns? Samfunnspeilet nr. 2/93

Farstad, G. og K. Løvstakken 1991 Spesialoppgave i sosialmedisin. Universitetet i Oslo.

Fernando Jr., S.H. 1994 *The New Beats*. Anchor Books Doubleday. New York

Fornæs, Johan, Ulf Boethius, Michael Forsman, Hillevi Ganetz og Bo Reimer, 1994 (red.): *Ungdomskultur i Sverige*. Brutus Østlings bokforlag Symposium. Stockholm

Gefrou-Madianou, D. (ed.) 1992 *Alcohol, Gender and Culture*. Routledge, London

Giannopoulou, Joanna 1987a «Grekiska invandringdomar och svenska ungdomar: En jämförelse av drogvanor». *Alkohol och narkotika* 8/87

Giannopoulou, Joanna 1987b «Patterns of Alcohol and Drug Use, and Indicators of Psychological Distress among Greek Immigrant Adolescents»

Goffman, Erving 1975 *Stigma*. Penguin. Harmondsworth

Gómer, G. og O. Olsson 1994 *Narkotikamisbruk bland invandrare*. CAN rapport nr. 41, Stockholm

Hammer, Toril og Vaglum, P. 1990 «Initiation, continuation or discontinuation of cannabis use. A general population study». *International journal of the addictions* vol. 25

Heath, D. W. 1991 «Uses and Misuses of the Concept of Ethnicity». *Alcohol Studies* Hegna, Kristinn 1996 *Koss har med det?* Oslo, UNGforsk rapport 1/96

Henriksen, Ø. og A. Sande. 1995 *Rus: fellesskap og regulering*. Oslo, Kommuneforlaget.

Irgens-Jensen, O 1990 *Ungdom og rusmidler*. Rusmiddeldirektoratet. Oslo

Kureishi, Hanif og John Savage (eds.) 1995 *The Faber book of Pop*. Faber. London

Larsen, Svein 1993a *Cultural Background and Problem drinking* Doctoral Dissertation UIB, Bergen

Larsen, Svein 1993b «Samiske problemdrikkere». *Stoffmisbruk* nr. 6/93

Lavik, N.J. 1987 «Drug abuse among junior high school students in Norway». *Pediatrician* 14:46-50.

McDonald, Maryon (ed.) 1995 «Gender, Drink and Drugs». *Cross-Cultural Perspectives on Women* vol. 10

Miller, Daniel (ed.) 1995 *Acknowledging Consumption*. Routledge, London

Olsen, Bror 1995 *What time is love. Techno/house-musikk: symbolisering og ritualisering*. Avhand-

- ling til cand polit graden i sosialantropologi. Universitetet i Tromsø.
- Olsson, Orvar 1983 «Narkotikabrott bland utenländska medborgare». I Eriksson & Tham: *Utlännarna och brottsligheten*. Rapport 4/83 Forskningsenheten
- Pedersen, Willy 1993 «Forebyggende foreningsliv?» *Tidsskrift for samfunnsforskning* 1993, årgang 34, 199-217
- Pedersen, Willy 1996. *Ungdom, sosialisering, rus*. Universitetsforlaget. Under utgivelse.
- SIFA 1995 *Rusmidler i Norge*. Rusmiddeldirektoratet og SIFA.
- Skogen, Ketil 1996 *De skal arve jorden - ungdom og miljøvern i 90-årene*. Oslo, UNGforsk rapport 3/96
- Skretting, Astrid 1996 *Ungdom og rusmidler*. Rusmiddeldirektoratet og SIFA.
- Tegner, Elisabeth 1994 *Cyber rave*. I Fornæs mfl. (eds.) 1994.
- Tegner, Elisabeth 1995 «Rave på høgfjellet. Dansa sjalv med många Andra». I Chaib (ed.) 1995
- Trimble, J. et. al. 1992 *Ethnic and multicultural drug abuse: perspectives on current research* New York: Haworth Press
- Vestel, Viggo 1995 *Ungdomskulturer og arbeids-etikk*. Ungforsk rapport nr. 3/95. Oslo
- Walser, Robert 1993 *Running with the devil*. Wesleyan University Press. New England. USA
- Watts, T. D. and R. Wright 1989 *Alcoholism in Minority Populations*. Springfield: Charles C. Thomas
- Weir, S. 1985 *Qat in Yemen*. British Museum Press, London
- Wichstrøm, Lars 1994 *Mental helse blant ungdom i Norge - Oslo som særtilfelle*. UNGforsk rapport 3/94
- Wichstrøm, Lars 1995 *Hvem? Hva? Hvor? - om ungdom og idrett*. Kulturdepartementet.
- Wikan, Unni 1994 «Folk - ikke kulturer - kan møtes.» I Kjølrsrud, Evans & Frønes (red.): *Velferdssamfunnets barn*, Gyldendal Oslo
- Wikan, Unni 1995 «Er «kultur» blitt vår tids rasebegrep?» *Kronikk i Aftenposten* Fredag 27. januar
- Waal, Helge og Anne Lise Middelthun (red.) 1992. *Narkotikapolitikk mot år 2000*. Universitetsforlaget. Oslo
- Zuckerman, M. 1979 *Sensation Seeking*. John Wiley. Hillsdale
- Øia, Tormod 1994 *Norske ungdomskulturer*. Oplandske Bokforlag.
- Øia, Tormod 1995 *Apolitisk ungdom?* Oslo.
- Øia, Tormod og Øivind Bergwitz 1994 *Fritidsmønstre og risikoatferd. En undersøkelse av fritidsvaner til 16-19 åringer i Oslo*. Oslo, UNGforsk rapport 1/94.
- Øia, Tormod. 1993. *Mellom moské og McDonald's. Ung og innvandrere i Oslo*. UNGforsk rapport 1/93»

2. DOKUMENTASJON OM RUSMIDDEL- SPØRSMÅL

Grunnlaget for det forebyggende arbeidet generelt og opplysningsvirksomheten spesielt, er best mulig dokumentasjon om rusmiddelspørsmål og evne til å følge utviklingen innen rusmiddelfeltet. For dette formålet har Rusmiddeldirektoratet etablert en omfattende bibliografisk dokumentasjon og spesialiserte nasjonale databaser for rusmiddelstatistikk, oversikt over lokale forebyggingsprosjekter, hjelpe- og behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere og data om de ulike rusmiddelpolitiske organisasjonene. Disse kunnskapskildene oppdateres regelmessig, og vil ved hjelp av moderne teknologi gradvis bli lagt inn på internett slik at tilgjengeligheten kan økes for ulike brukere i forvaltning og privat sektor. I tillegg samler direktoratet regelmessig inn opplysninger om rusmiddelforhold gjennom survey-undersøkelser og kartleggingsprosjekter samt at FOU-prosjekter gjennomføres og støttes.

3. OPPLYSNING, INFORMASJON OG STØTTE TIL FRIVILLIGE ORGANISASJONER

Den generelle holdning til bruk, besittelse og omsetning av narkotika i befolkningen er i utgangspunktet svært negativ. Også ungdom er gjennomgående negativ til narkotika, selv om det har vært en tendens i retning av noe mer liberale holdninger de siste par tre år. I opplysningsarbeidet er det derfor vesentlig å kunne gi kunnskaper som kan bygge opp under negative holdninger, både for å hindre bruk av narkotika og for å begrunne hvorfor det føres en restriktiv politikk på dette området.

Rusmiddeldirektoratet har ansvar for at det finnes høvelig opplysningsmaterieell av generell og spesiell karakter om både alkohol og andre rusmidler, og som kan brukes av alle som ønsker å delta i holdnings- og opplysningsarbeidet. I de senere år har direktoratet i gjennomsnitt distribuert ca 450000 eksemplarer pr. år, av ulikt opplysningsmaterieell til offentlige institusjoner, frivillige organisasjoner og forskjellige yrkesgrupper.

Tidsskriftet «Stoffmisbruk» utgis av Universitetsforlaget med støtte fra direktoratet. Tidsskriftet har vært en sentral kunnskapsformidler gjennom mange år og har tatt opp viktige temaer både om behandlings- og forebyggingsspørsmål ved siden av å formidle kunnskaper om det globale perspektivet i bekjempelsen av narkotikaproblemer. Direktoratet gir i tillegg ut et referansetidsskrift om narkotika sammen med Centralförbundet för alkohol och narkotika-upplysning i Sverige, og støtter utgivelsen av det nordiske forskningstidsskriftet Nordisk Alkohol Tidsskrift. En automatisk informasjonstelefon om rusmidler ble startet i 1994. Her kan alle som er interessert i allmenn basisinformasjon om rusmiddelspørsmål fritt henvende seg. Dersom etterspørselen etter

en slik opplysningstjeneste øker, vil direktoratet utvikle innholdet ytterligere.

I de senere år er politiet blitt langt mer aktivt i opplysnings- og undervisningsarbeidet om illegale rusmidler. Sammen med Justisdepartementet har Rusmiddeldirektoratet utviklet materieell for nøkkelpersonell innen politi-, fengsels- og tolletaten. En egen opplæring er gjennomført for nærmere 800 personer fra disse etatene, sammen med deltakere fra kultur-, helse- og sosialsektoren i fylkene.

I det generelle opplysningsarbeidet gir Rusmiddeldirektoratet støtte til enkeltprosjekter i ulike frivillige organisasjoner ved siden av de rusmiddelpolitiske organisasjonene. De sistnevnte får gjennom en egen prosjektstøtteordning tilskudd til forebyggingsprosjekter. Disse prosjektene retter seg både mot egne organisasjonsmiljøer og til samarbeidsprosjekter med andre organisasjoner og organer. I tillegg har direktoratet gjennom egne samarbeidsavtaler med Norges idrettsforbund og Kirkerådet gått inn for å støtte opplysnings- og holdningsarbeidet om rusmiddelspørsmål innen idretten og Kirken. I dag mottar barn og ungdom informasjon fra mange ulike aktører, både offentlige og private. Samlet preges situasjonen av stort mangfold og variasjon.

Det representerer en stor samfunnsmessig verdi at det finnes frivillige organisasjoner som har som særlig arbeidsfelt å arbeide for edruskap og kamp mot rusmiddelproblemer. Det er ialt 18 slike organisasjoner i dag, og deres engasjement og rolle i det forebyggende arbeidet er det viktig å ta vare på. I 1994 hadde disse sammenslutningene i underkant av 70000 medlemmer, og i tillegg mange kollektive medlemmer. Selv om bare en mindre del av medlemmene er aktive, betyr det likevel mye for den totale forebyggingsinnsatsen og holdningsskapingen i samfunnet. Landsforbundet mot stoffmisbruk, Ungdom mot stoff og Ungdom mot narkotika er særlig engasjert på narkotikaområdet med i alt ca. 12000 medlemmer, mens de øvrige er mer allment engasjert innen rusmiddelpolitikken. Ved siden av det ordinære organisasjonsarbeidet, er organisasjonene særlig aktive i opplysnings- og holdningsarbeidet omkring rusmiddelspørsmål. Mange deltar også i drift av rusfrie miljøtiltak, og i støtte- og ettervernsarbeidet overfor personer som misbruker eller har misbrukt rusmidler. Direktoratet forvalter den statlige tilskuddsordningen til disse organisasjonene, som i 1996 mottok i alt 24,2 mill. kroner til sitt arbeid. Det er lagt økende vekt på at prosjektarbeidet i organisasjonene fremmer samarbeidet mellom organisasjonene, og mellom dem og andre frivillige organisasjoner, slik at ressursutnyttelsen blir best mulig.

I de senere år er det også kommet til mange nye organisasjonsdannelser på rusmiddelområdet. Det er mindre klientorganisasjoner som ønsker å engasjere seg til fordel for klientenes interesser i behandlings- og rehabiliteringsarbeidet, samtidig som de vil yte råd, veiledning og støtte til egne medlemmer.

Betydningen av å ta vare på og styrke rusfrie miljøtilbud, særlig for ungdom, har lenge vært understreket som et sentralt virkemiddel i det forebyggende arbeidet. For dette formålet har det siden 1981 vært en statlig tilskuddsordning forvaltet av Rusmiddeldirektoratet, som har gitt tilskudd til kommuner, organisasjoner, bedrifter og enkeltpersoner. I 1996 ble det bevilget 10,7 mill. kroner til formålet. I tilknytning til dette arbeidet driver Rusmiddeldirektoratet i samarbeid med Hordaland fylkeskommune og Universitetet i Bergen, et større prøveprosjekt for utvikling og utprøving av lokale forebyggingsprosjekter. Behovet for modellutvikling er stort med hensyn til lokale tiltak der ulike kommunale etater og frivillige organisasjoner i samarbeid kan gjennomføre forebyggings aktiviteter på bred front.

Barne- og familiedepartementet fordeler midler til den nasjonale virksomheten i de landsomfattende organisasjonene. Organisasjonene som mottar støtte driver en variert virksomhet av politisk, kulturell og sosial karakter. Flere av disse organisasjonene arbeider direkte eller indirekte for bekjempelse av rusmiddelmisbruk. Formålet med bevilgningen er videre å bidra til å sikre og styrke de frivillige organisasjonene som arena for medbestemmelse og demokrati, kvalifisere barn og ungdom til aktiv og kritisk deltakelse i samfunnslivet, ivareta barns og ungdoms interesser i samfunnet, og sette organisasjonene i stand til å gjennomføre et mangfoldig og bredt anlagt tilbud, overfor barn og ungdom. Tilskuddet bidrar til at organisasjonene kan ha en sentral koordinering av virksomheten og gjennomføre opplæring av medlemmer og tillitsvalgte. Gjennom sine mangfoldige tilbud, bidrar dessuten organisasjonslivet til sosial trening gjennom målrettet samhandling, og utgjør et verdifullt supplement til de offentlige institusjoner.

Med tanke på de sosiale og samfunnsmessige konsekvenser bruken av rusmidler har, er det viktig å verne om de rusfrie «sonene» i samfunnet. Betydningen av punktavhold fra legale og illegale rusmidler i slike soner kan neppe overvurderes. I Norge er det lange tradisjoner for rusfrihet i arbeidslivet. Her har hovedpartene i arbeidslivet - LO og NHO - sammen med staten siden 1963 gjennom Arbeidslivets komite mot alkoholisme og narkomani (AKAN), gjort en stor innsats. AKAN, som gjennom opplysning, veiledning og opplæring om rusmiddelspørsmål til ledere og arbeidstakere, arbeider for et godt helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i store så vel som små og mellomstore virksomheter i privat og offentlig sektor, har de senere år lagt vekt på at alle arbeidsmiljøer bør ha sin rusmiddel-policy. Betydningen av rusfrihet i arbeidslivet er stor både med tanke på kvaliteten i arbeidsmiljøene så vel som for effektiv ressursutnyttelse og produktivitet. Likeledes er det lange tradisjoner for rusfrihet i trafikken. Norge var første land som i 1936 innførte en fast promillegrense i trafikklovgivningen. Lovgivningen setter i

dag forbud mot å kjøre i påvirket tilstand både for alkohol og andre rusmidler. Selv om det forekommer en del kjøring i påvirket tilstand, er forekomsten av rusrelaterte trafikkskader relativt lav. Holdningene til kjøring i påvirket tilstand er svært negativ i et stort flertall av befolkningen. Det er viktig å vedlikeholde slike holdninger for å forebygge russkader. Rusmiddeldirektoratet deltar sammen med samferdselsmyndighetene i informasjons- og holdningsarbeidet innen trafikksikkerhetsvirksomheten på temaer rundt kjøring i påvirket tilstand.

4. FORELDREVEILEDNINGS-PROGRAMMET

Som supplement til det barne- og ungdomspsykiatriske behandlingsapparatet, har Barne- og familiedepartementet, Sosial- og helsedepartementet og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet tilrettelagt et omfattende tilbud rettet inn mot barnas naturlige omsorgsbasis, familien. I samarbeid med ekspertise fra landets fagmiljøer, har departementene utarbeidet et omfattende veiledningstilbud og materiell for foreldre og andre som arbeider for å stimulere og ivareta barns utvikling. Foreldre står idag ofte overfor et konglomerat av spørsmål, normer og synspunkter knyttet til oppfostring og barneoppdragelse. Intensjonen er på ingen måte å «ensrette» barneoppdragelsen. Målet er snarere å stimulere til egen refleksjon og bevisstgjøring i forhold til sentrale sider ved barneoppdragelsen. Offentligheten ønsker også å tilrettelegge for at barneforeldre på frivillig grunnlag kan lære ved å dele erfaringer, men også motta veiledning av kvalifisert, barnefaglig personell. Målet er å bidra til å redusere foreldrenes usikkerhet på områder hvor de måtte oppleve rådvillhet, og styrke troen på egne ressurser. Slik kan man forebygge uhensiktsmessige strategier og fastlåste samhandlingssituasjoner. Mer indirekte kan det sies at familieveiledningsprosjektet berører en folkeopplysningstanke, hvor det også er mulig å styrke egen kunnskap om barn og barns behov. I så måte representerer samfunnets innsats på dette området ikke bare forebygging, men en positiv, helsefremmende aktivitet. Det er altså foreldrenes egen ekspertise man ønsker å respektere, stimulere og bevare i et mer omfattende samfunnsperspektiv. Samfunnet trenger engasjerte foreldre som samlet representerer et solid, mangfoldig oppvekstmiljø om vi skal kunne gi våre barn de vilkår de fortjener og har krav på.

Styrken ved det nyutviklede veiledningsprogrammet er at det er mangfoldig, faglig velutviklet og oppdatert. Programmet er satt sammen av kunnskap fra flere fagområder. Det er omfattende, med muligheter for lokal tilpasning. Under forarbeidet kartla man også barneforeldres egne ønsker og synspunkter. Det er rimelig å anta at dette sikrer både aktualitet og kvalitet. Foreløpig dekker programmet i ho-

vedsak alder fra fødsel til skolestart. Hensikten er å utvide programmet til å dekke hele barne- og ungdomstiden.

Det definitivt nye ved programmet er den omfattende tilretteleggingen for effektiv iverksetting på lokalt nivå. Organiseringsformen legger opp til et betydelig samarbeid i den enkelte kommune om man ønsker maksimalt utbytte. Landets kommuner har så langt vist både entusiasme og dyktighet gjennom forløpig implementering av foreldreveiledningsprogrammet.

I den grad slik veiledning lykkes, har vi grunnlag for å anta at vi har maktet å bidra positivt til helsefremmende tiltak for store deler av befolkningen. God helse i vid forstand og problematisk rusmiddelbruk er omvendte størrelser. Det gir begrunnet håp om foreldreveiledningsprogrammet også som primær forebygging i henhold til rusmiddelmisbruk og psykososiale vansker.

5. STORBYFORHOLD OG TILTAK

Tidlig på åttitallet pågikk ungdomsopptøyer i en rekke europeiske storbyer. I Norge okkuperte ungdomsgrupper tomme lokaler både i en rekke byer og utover i distriktene. De fremmet krav om å få lokalene til fritidsaktiviteter drevet av de unge selv. Regjeringen la senere fram en stortingsmelding om ungdomspolitikken, og en handlingsplan for barn og ungdom med storby som innsatsområde.

Fra 1992 er innsatsen i storbyene økt med vekt på tiltak i Oslo, Bergen og Trondheim. Bakgrunnen for en spesialinnsats i disse byene var Barne- og familiedepartementets bekymring over trekk ved utviklingen av ungdommens situasjon og mangel på tilbud. Bevilgningen til ungdomstiltak i større bysamfunn omfatter i dag de ni største byene. Målgruppen er barn og unge i alderen fra 10-12 år og opp til 25 år.

Spesialinnsatsen overfor de tre største byene er rettet mot å stimulere til økt aktivitet, og kan enten være av generell forebyggende karakter eller være rettet mot grupper med spesielle behov, som for eksempel ungdom med innvandrerbakgrunn. Det er kommunene som behandler og prioriterer søknadene overfor departementet enten det gjelder private eller kommunale tiltak. Det er ingen bestemt tidsavgrensing på varighet av tiltak, men det ligger implisitt at kommunen overtar ansvaret for tiltak som er vellykkede ved å innarbeide disse i sine respektive budsjetter. I 1995 bevilget Barne- og familiedepartementet midler til 71 tiltak og prosjekter i Oslo, 18 i Bergen og 7 i Trondheim.

De øvrige storbyene kan søke om midler til prosjekter av en varighet på inntil tre år til forsøk og investeringsformål. Departementet støtter prosjekter som sikter mot å utvikle nye metoder og arbeidsformer i det lokale arbeidet.

6. HANDLINGSPLANEN FOR BARN OG UNGE MED INNVANDRER- ELLER FLYKTNINGEBAKGRUNN

I januar 1996 la Regjeringen fram en handlingsplan for å styrke deltakelse, likestilling og integrering i det norske samfunnet av barn og ungdom med innvandrerbakgrunn. Planen er utarbeidet på initiativ fra barne- og familieministeren, som også har ansvaret for å koordinere gjennomføringen. Handlingsplanen sammenstiller dokumentasjon om levekår- og peker ut områder der det er behov for innsats. Nærmere 70 forslag i seks departementer skal bidra til bedre integrering og likestilling, gi økt kunnskap og motvirke fremmedfrykt og rasisme. Kombinasjonen av høy bokonsentrasjon av innvandrere og opphopning av levekårsproblemer i samme strøk kan forsterke segregering av barn og ungdom med innvandrerbakgrunn. Opprusting av bomiljø og økt deltaking i fritidsaktiviteter sammen med barn og ungdom med norsk bakgrunn, er virkemidler for å bedre situasjonen.

Tiltak som ligger utenfor handlingsplanen, som å øke foreldrenes deltaking i arbeidslivet, er sentrale for å bedre innvandrerbarns levekår generelt. Slike tiltak, samt situasjonen for barn og ungdom, vil også stå sentralt i den kommende stortingsmeldingen om det norske samfunnet og innvandrere. Hva angår innvandrere og rusmidler spesielt, registrerer man at et overveiende flertall er avholdne til såvel legale som illegale rusmidler. Relativt sett er de beskjedent representert mht antall brukere, men de av innvandrerne som allikevel benytter illegale rusmidler ser ut til å ha forhøyet risiko for opptrapping og sosial marginalisering.

Slik vi kjenner dagens forhold, synes storbysatsingen fortsatt nødvendig. Om vi ønsker å demme opp for en negativ utvikling er det ytterligere behov for videreført, differensiert satsing for å motvirke samfunnsmessige skjevheter og overhyppighet av ungdomsproblemer i enkelte miljøer. Det gjelder såvel i innvandrerdominerte bydeler som bydeler med altoverveiende norskættet befolkning.

7. INNSATS MOT VOLD OG MOBBING

Barn og unge som utsettes for gjentatt vold og systematisk plaging, er en utsatt gruppe. Iblant hører man tilbakeskuende beretninger om hvorledes sosialt uakseptabel barndom og oppvekst ofte viser sammenheng med rus- og voldsrelatert problematikk i voksen alder. Gjennom arbeidet med handlingsplanen «Trygghet og nærhet i hverdagen», «Handlingsplanen mot vold i billedmediene», styrking av barnevernet, holdningskampanjen mot rasisme, styrking av forskningsinnsatsen, tiltak mot vold og mobbing i skolen og økt satsing på ungdomstiltak i større bysamfunn, har Regjeringen satt i verk en rekke tiltak for å skape et tryggere oppvekstmiljø for barn og ungdom.

Den nære sammenhengen mellom rus og vold er trolig en av de viktigste kriminalitetsutløsende faktorer. Å forebygge rusmiddelmisbruk blant ungdom står sentralt i Regjeringens ungdomspolitik. I tillegg til å støtte opp under organisasjonenes arbeid, gir Barne- og familiedepartementet tilskudd til rusfrie møtesteder for ungdom i nærmiljøet. Søknader om midler til investeringer gjennom ombygging eller nybygging går til fylkeskommunene gjennom den enkelte kommune.

En sentral del av arbeidet består i å støtte opp om barn og ungdoms egen innsats i det voldsforebyggende arbeidet i nærmiljøet. Skolen er en viktig arena for mye av dette arbeidet, sammen med de frivillige barne- og ungdomsorganisasjonene, fritidsklubber og andre kultur- og fritidsaktiviteter som de unge tar del i. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet har nylig satt i verk en rekke tiltak. De viktigste er lærerveiledning, arbeid gjennom elevrådene og elevorganisasjonene, og vektlegging av samarbeid med foreldregrupper ved den enkelte skole. Barne- og familiedepartementet disponerer midler til arbeidet mot vold og mobbing. Midlene er i tillegg til forskning og skolering, rettet inn mot de unges egne initiativ. Landsforeningen for fritidsklubber står for tildeling av midler. På denne måten får unge muligheter til å gjennomføre egne ideer om hvordan volden kan bekjempes. Arbeidet går som en stafett under slagordet «Ung ressurs mot vold og mobbing», og er åpen for søknader fra alle unge.

8. INFORMASJON TIL BARN OG UNGDOM

I dag mottar barn og ungdom informasjon fra mange ulike aktører, både offentlige og private. Samlet preges situasjonen av stort mangfold og variasjon. Den teknologiske utvikling har ført til nye muligheter for informasjonsformidling. Det er en stor utfordring for offentlige myndigheter å utvikle informasjonssystemer og formidlingsformer tilpasset ny teknologi. Det statlige ansvar for informasjon til barn og ungdom er av overordnet karakter i den forstand at statlige myndigheter først og fremst har et tilretteleggeransvar for informasjon til målgruppene. På konkrete politikkområder vil det i tillegg være naturlig at statlige forvaltningsorgan tar et ansvar for utvikling av informasjon til målgruppen. Informasjonskanalene som kan benyttes overfor barn og ungdom er i prinsippet de samme som for andre målgrupper. For å nå fram til barn og ungdom må en også ta spesielle hensyn. Informasjonen må:

- være lett tilgjengelig
- nå barn og ungdom på deres naturlige møteplasser
- være differensiert i uttrykksformen
- være variert i valg av ulike pedagogiske virkemidler
- bruke utradisjonelle informasjonskanaler

- ta hensyn til ulike aldersgruppers behov og forutsetninger

Barne- og familiedepartementet har gjennom magasinet «Ung» utviklet en felles statlig informasjonskanal til elever på ungdomsskolen. Ungdomsmagasinet er gratis og distribueres etter avtale med Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet gjennom skolene. Magasinets innhold framkommer gjennom et interdepartementalt redaksjonsråd. Departementer, direktorater, institutter og råd bidrar økonomisk etter hvor mange sider de benytter i hvert nummer. Barne- og familiedepartementet koordinerer arbeidet. Formålet er å nå en spesiell aldersgruppe med tilrettelagt informasjon. Gjennom denne konsentrerte innsatsen blir statlig informasjon formidlet rasjonelt, rimelig og tilpasset målgruppen. Informasjonsteknologien kan imidlertid få en slagside i narkotikapolitisk sammenheng. Veien ligger åpen for ukritisk, positiv omtale av narkotiske stoffer. Her kan man på ingen måte utelukke uheldige påvirkningskilder. På den annen side formidles også omvendte holdninger.

Ungdom som orienterer seg med hensyn til f.eks. cannabis på norske linker og nettilknyttede hjemmesider, møter en selvmotsigende svart-hvit verden. Cannabis framstilles typisk som relativt harmløst eller uhyre farlig. Da kan veien ligge mer eller mindre åpen for forvirring, nysgjerrighet og troen på personlig formidlede vitnesbyrd farget av ideologi og subjektive betraktninger. Forskning og kunnskap viser oss idag en noe annen virkelighet som ikke kommer tilstrekkelig fram. Med dagens kunnskap bør det være mulig å gi en noe mer balansert og saklig framstilling av rusmidlenes egenart. En vurdering om å redusere mer eller mindre avskrekkende virkemidler til fordel for mer realistisk argumentasjon fra det offentliges side kan umiddelbart virke provoserende. Det bør allikevel ikke utelukke grundige overveielser. Mye av ungdomsforskningen demonstrerer at dette er sentralt i forhold til de deler av ungdomsbefolkningen som faktisk befinner seg ved en terskel til mulig misbruk, eksempelvis ungdom som omgås brukere og har lett tilgang på stoff. Det dreier seg om forutsetninger for troverdighet. Skal offentlige myndigheter oppnå troverdighet i konkurranse med vitnesbyrd fra innflytelsesrike jevnaldringer, må vi opptre saklig og realistisk. Det skal på ingen måte innebære at det offentlige opptre «hipt» eller liberalt. Strategisk argumentasjon overfor disse gruppene, kan f.eks. spille på argumenter knyttet til solidaritet og kollektiv ansvarsfølelse. Poenget er at strategien må være tilpasset de enkelte miljøer og kulturer, selvfølgelig uten at det utelukker mer generell satsing. Gjennom slagferdig budskapsformidling bør man vinkle påvirkningen mot de områder hvor de unge har sitt engasjement og sine følelser. Også de unge i «tøffe» miljøer har verdier, erfaringer og holdninger som storsamfunnet vil ha bruk for. Om

de skal kunne kjempe for sine saker, fordrer det innsats som er uforenlig med rusmiddelmisbruk.

9. BARNE- OG UNGDOMSVERNETS ROLLE

Den kommunale barneverntjenesten er involvert langt utover individrettede tiltak med hjemmel i barnevernloven. Dette gjelder både generelle tiltak for barn og unge, og tiltak for risikogrupper. Slik virksomhet er bla hjemlet i kap. 3 i barnevernloven, som omhandler barnevernets mer generelle oppgaver. I dette kapitlet understrekes det feks at barneverntjenesten skal medvirke til at barns interesser skal ivaretas også av andre offentlige organer. Dessuten vektlegges det at barneverntjenesten bør samarbeide med frivillige organisasjoner som arbeider med barn og unge. Barneverntjenesten er da også involvert i en rekke nye utviklingsprosjekter og generelle tiltak av forebyggende karakter. Dette dreier seg om ulike aktivitetstilbud og forskjellige former for relevant veiledning og opplysningsvirksomhet. Av temaer kan nevnes fritidsgrupper for jenter, pengebruk/lånopptak, guttegrupper, samtalegrupper rundt livsproblemer, leksehjelpgrupper, verkstedaktiviteter, ol. Listen kunne bli lang. Man får et godt innblikk i feltets mangfold ved å studere «Idébank for barnevernet», utgitt som rapportserie fra Barnevernets utviklingssenter (siste utg. 1994). Generelt er målet at det i spekteret av lokalt tilpassede aktiviteter skal finnes tilbud hvor ungdom på grunnlag av behov og interesser har mulighet for å komme i konstruktiv dialog med annen ungdom og engasjerte voksne.

Det er bred enighet om at rusmiddelmisbruk, det være seg hos foresatte eller barnet selv, heller ikke må gis anledning til å utvikle seg. Det er med andre ord nødvendig med tidlig identifisering og rask iverksetting av egnede tiltak. I mange tilfeller er imidlertid rusmiddelmisbruk noe de impliserte forsøker å skjule, spesielt under tidlige faser av negativ utvikling. Selv om barnevernet i større grad enn tidligere har som mål å yte tidlig hjelp og bistand, er det ingen garanti for at et flertall av rusbrukerne på eget initiativ aktivt oppsøker den kommunale barneverntjenesten for å be om hjelp. Barnevernet er derfor avhengig av tillit og samarbeid med andre offentlige instanser på lokalplan.

Barn som utsettes for mangelfull eller sviktende omsorg pga foresattes rusmiddelproblemer, eller viser utilstrekkelig egenomsorg ved selv å utøve ukritisk omgang med rusmidler, har et generelt krav på rett hjelp til rett tid. Med dagens lovgrunnlag vil dette i praksis innebære tilnærmet umiddelbar undersøkelse og vurdering. Dersom grunnlaget for bekymring er tilstede, bør videre tiltaksarbeid iverksettes før problematikken får utvikle seg med de tilleggsbelastninger rusmiddelmisbruket fører med seg. Den nye loven har forøvrig også bestemmelser som muliggjør tvangsplassering i behandlingsøyemed hvis

barn eller ungdom har et alvorlig, vedvarende misbruk av rusmidler.

Problematikken rundt barn og ungdom vil i rusmiddelsammenheng kunne anta mange former. Noe avhengig av de involverte personers livssituasjon, egne ressurser, behov og endringskapasitet, fordrer hver enkelt sak tilpassede intervensjoner på grunnlag av umiddelbare og forventede konsekvenser for det enkelte barn. Forebyggende tiltak i grenselandet mellom sekundær- og tertiærforebygging, vil mao kunne anta mange former og endres i takt med videre utvikling.

Forholdsvis alminnelige tiltak kan dreie seg om avtalt bruk av støttekontakt, ofte med mål å bringe utsatte barn eller ungdom inn i miljøer som kan tilføre nye opplevelser og danne grunnlag for et mer gunstig sosialt nettverk. Avlastning, eller feks week-endhjem, med tanke på miljøforandringer, kan også være nyttige tiltak. Ulike ordninger kan inngå i mer omfattende pragmatiske løsningsstrategier, gjerne kombinert med aktiv, endringsfremmende aktivitet fra barnevernets side. Barnevernet vil i enkelte tilfeller også kunne tilby ulike former for støttetiltak og veiledning i hjemmet.

Utekontaktene arbeider over et bredt spekter fra kontakt med unge, tungt problembelastede misbrukere til generelt forebyggende virksomhet gjennom sitt oppsøkende arbeid i lokalmiljøene. Ved inngående kjennskap til ungdomsgruppene og tillit hos den enkelte, kan feltarbeidet også være mer individuelt rettet. Utekontakten vil ofte disponere lokaler som er tilrettelagt for at ungdommer selv kan ta mer uformell kontakt med denne delen av det kommunale barne- og ungdomsarbeidet.

I de tilfeller hvor det dreier seg om konkretisert fare for mer akutte nedbrytende forhold rundt barn og unge, samarbeider barnevernet også med lokale politimyndigheter. Samarbeidet mellom politiet og barnevernet gjennom barnevernvaktene ved politikamrene i de større byene, er med på å styrke innsatsen i forhold til ungdommer som er i en tidlig fase når det gjelder rusmiddelmisbruk, kriminalitet eller andre alvorlige former for atferdsavvik. Gjennom sitt arbeid i forhold til familier der en eller flere voksne selv er misbruker(e), søker barnevernvaktene dessuten å redusere faren for at stoffmisbruk blir «en sosial arv». Personalet ved barnevernvaktene er generelt meget erfarne sosialarbeidere. I mindre kommuner ivaretas barnevernets beredskap utenfor ordinær arbeidstid vanligvis gjennom bakvaksordninger.

10. FOREBYGGENDE TILTAK I SKOLEN

I innledningen til den generelle delen av læreplanen for grunnskole, videregående opplæring og voksenopplæring heter det: «Opplæringens mål er å ruste barn, unge og voksne til å møte livets oppgaver og

mestre utfordringer sammen med andre. Den skal gi hver elev kyndighet til å ta hånd om seg selv og sitt liv, og samtidig overskudd og vilje til å stå andre bi.» I læreplanens generelle del er det lagt stor vekt på at oppfostring og opplæring skal bidra til holdningsutvikling hos barn og unge slik at de settes i stand til å foreta bevisste og veloverveide valg og ta ansvar for egne handlinger. I kapitlet om det meningssøkende mennesket heter det således:

«Oppfostringen skal se mennesket som et moralsk vesen, med ansvar for egne valg og handlinger, med evne til å søke det som er sant og gjøre det som er rett.»

Rusmiddelforebyggende arbeid (rusmidler omfatter her alkohol, narkotika og tobakk) er viktig på alle trinn og nivåer i skolen. Målet er å øke kunnskapen om og å styrke holdninger til sammenhengen mellom livsstil og helse. Barn og unge må bevisstgjøres i forhold til verdier og trenes i å mestre sosialt press. Det er da viktig at alle instanser som har medansvar for barns oppvekstmiljø ikke bare etablerer samarbeid i bestemte situasjoner, men også generelt finner fram til mer organiserte og forpliktende samarbeidsformer. Skolen vektlegges som knutepunkt og møteplass i lokalsamfunnet.

Rådgivertjenesten i grunn- og videregående skole er viktig såvel for personlig rådgiving som for elevenes veivalg i skole og yrkesliv. Pedagogisk-psykologisk tjeneste skal, sammen med andre rådgivings-tjenester i skolen, hjelpe elever, foreldre og personale med å utvikle gode læringsvilkår for elever som trenger særlig hjelp. Tjenesten skal medvirke i tverrfaglig samarbeid om forebyggende tiltak for barn og unge i oppvekstmiljøet.

Som forebyggende tiltak kan man også se lovfestingen av en fylkeskommunal oppfølgingstjeneste for ungdom som har rett til videregående opplæring. Oppfølgingstjenesten i videregående skoler skal ta personlig kontakt med hver enkelt ungdom som ikke har søkt eller ikke mottatt skoletilbud. Den skal også fange opp elever/lærlinger som avbryter opplæringen i løpet av skoleåret, som er blitt bortviste eller som har fått opphevet lærekontrakten. Formålet er å gi all ungdom i målgruppen tilbud om opplæring, arbeid eller annen meningsfull beskjeftigelse.

Barn og ungdom har rett til et miljø fritt for mobbing og krenkende atferd. At barn blir gitt omsorg er en nødvendig forutsetning for å kunne tilegne seg kunnskap. Barn som blir gitt trygghet og lærer å akseptere seg selv og andre, vil være mer mottakelig for ny viten og mer kunnskapssøkende og nysgjerrige enn elever som er utrygge og lider under manglende selvaksept. Å bekjempe mobbing og vold er derfor et viktig satsingsområde innen skolepolitikken. Beredskapen mot mobbing og vold i skolen skal styrkes. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet har lagt fram en rekke tiltak for å forebygge

mobbing og vold i skolen. Aktuelle tiltak er blant annet utvikling av læremateriell og veiledningshefter. Det er etablert beredskapsgruppe mot mobbing i alle fylker i regi av Statens utdanningskontor. Her vil om lag 15 personer fra hvert fylke bli gitt den nødvendige kompetanse til å kunne ta på seg kurs- og veiledningsoppgaver. Skolene vil dermed få et apparat å henvende seg til i aktuelle saker.

Elevene må lære å bruke kunnskaper og ferdigheter fra ulike fag for å belyse og forstå større, helhetlige temaer og områder. De nye læreplanene for grunnskolen og for videregående opplæring legger derfor til rette for og oppmuntrer til arbeid på tvers av fagene. Rusmiddelforebyggende arbeid er ett av flere sentrale områder som skal forankres i fagene og behandles tverrfaglig. Dette er understreket både i St meld nr 29 (1994-95). Om prinsipper og retningslinjer for 10-årig grunnskole - ny læreplan og i komiteinnstillingen Innst S nr 15 (1995-96).

Innenfor grunnskolen har flere fag innenfor helsefremmende og forebyggende opplæring fått en styrking av timetallet i den nye læreplanen, feks natur- og miljøfag og samfunnsfag. Styrking av timetallet på småskoletrinnet gir muligheter for større primærforebyggende innsats. Det er viktig med gode basis-kunnskaper før den spesifikke rusmiddelforebyggende undervisningen starter.

I natur- og miljøfag er kunnskap om kropp og helse et viktig mål på alle trinn. I målformuleringen for 5. - 7. trinn heter det at:

«... Dei skal kjenne til verknader av tobakk og rusgifter og utvikle bevisste holdningar til bruk av rusmidlar.»

I mål for ungdomstrinnet, 8. - 10. klasse, sies det videre:

«... Dei skal ha kunnskap om korleis tobakk og rusmiddel verkar på kroppen, utvikle ansvar for eiga helse og omsorg og respekt for andre.»

I samfunnsfag for mellomtrinnet skal elevene oppøves i evnen til å ta egne valg og stå for dem. I 9. klasse skal elevene:

«- skaffe seg innsikt i følgjer av rusmiddelbruk og røyking. ... Elevane skal drøfte haldningar til fråhald, måtehald og misbruk.»

Både i heimkunnskap og kroppsøving er sammenhengen mellom helse og livsstil understreket. I begge fag skal elevene lære om hvordan bruk av rusmidler påvirker helsen, og det skal bygges opp holdninger mot bruk. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet medvirker i aksjonsprogrammet Barn og Helse 1995 - 99 i regi av Sosial- og helsedepartementet og i foreldreveiledningsprosjektet i regi av Barne- og familiedepartementet/Sosial- og helsedepartementet.

Rusmiddeldirektoratet har hatt det faglige ansvar

for det rusmiddelforebyggende arbeidet i skoleverket siden etableringen av den regionale pedagogiske veiledningstjenesten i 1978. Regjeringen ga i 1989 direktoratet i oppdrag å utarbeide et skoleringsopplegg for å styrke skolens forebyggende rusmiddelundervisning. Dette ble gjennomført for grunnskolen i skoleårene 1990/91 og 1991/92 og i videregående opplæring i skoleårene 1992/93 og 1993/94.

Opplysnings- og undervisningsvirksomheten i grunnskolen har vært et sentralt satsingsområde på 90-tallet. I samråd med Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og statens utdanningskontorer i fylkene har det vært gjennomført et skoleringsopplegg for lærere i grunnskolen og i videregående opplæring for å styrke skolens forebyggende rusmiddelundervisning. Her har lærere på ulike klassetrinn fått innføring i og veiledning om bruk av nye læremidler og metoder for slik undervisning. I dag finnes det undervisningsopplegg for alle klassetrinn i grunnskolen og for videregående opplæring med både elev-, lærer- og foreldremateriell. Utfordringene nå ligger i å få skolene til å bruke disse oppleggene aktivt i en tid med skolereformer og nye undervisningsplaner. Rusmiddelforebyggende arbeid er et av flere sentrale områder som skal forankres i fagplanene og behandles tverrfaglig. Mye taler for at mange opplegg nå må revideres og tilpasses de nye rammebetingelsene for forebyggingsvirksomheten i skolen.

Det er mange aktører som i større grad enn tidligere bistår skolene i deres rusmiddelforebyggende arbeid. Særlig har politiet økt sin innsats vesentlig, men også mange frivillige organisasjoner og enkeltpersoner deltar på ulike måter med forskjellige opplegg og metoder. Rusmiddeldirektoratets rolle overfor disse har vært å gi råd om hvordan hensynet til forebygging av rusmiddelproblemer best kunne ivaretas. Direktoratet har også aktivt støttet opplegg i regi av frivillige organisasjoner. Forebyggingsopplegg beregnet på skoleungdom, bla fra ungdomsorganisasjonen Juvente, har fått omfattende støtte fra Rusmiddeldirektoratet.

11. SKOLEHELSETJENESTEN

Skolen er et viktig forum for forebyggende helsearbeid. Skolehelsetjenesten skal, på samme måte som kommunenes øvrige helsetjeneste, ha oversikt over barns og unges helsetilstand, samt forhold som virker inn på deres helse. Skolehelsetjenesten omfatter alle elever som følger undervisning i grunn- og videregående skole. I tillegg bør kommunens skolehelsetjeneste, i samarbeid med fylkeskommunen, ha en oppfølgingstjeneste for ungdom som ikke benytter seg av retten til videregående skole og som heller ikke er i arbeid. Dette betyr at skolehelsetjenesten skal ha kontakt med hele befolkningsgruppen fra 6 - 19 år, og får gjennom dette mye informasjon om og innsikt i ulike familie- og livsforhold samt sosiale for-

hold i skoler og ungdomsmiljøer. Utfra dette har tjenesten mulighet til å iverksette primærforebyggende tiltak tilpasset lokale forhold og behov, samt å kunne intervenere raskt når det er problemer.

Ett av skolehelsetjenestens hovedinnsatsområder er forebygging av psykososiale problemer. Innsatsområdet er i tråd med regjeringens anbefaling i St meld nr 37 (1992-93). Utfordringer i det helsefremmende og forebyggende arbeid. Forebygging av narkotikaproblemer vil ha en sentral plass i dette arbeidet. Tjenesten skal både iverksette forebyggende tiltak for egen del, og så langt det er mulig bidra til at andre instanser får kunnskap om forhold som må ivaretas i det narkotikaforebyggende arbeidet. Skolehelsetjenesten alene rår ikke over virkemidlene til å endre på folks livssituasjon og levekår. Det kreves derfor samarbeid med andre instanser som har betydning for barn og unges oppvekstkår. Dette gjelder feks skole, kulturretat, ulike ungdomsorganisasjoner, samt direkte involvering av barn og unge både i planleggings- og tiltaksfasen.

Likeledes bør skolehelsetjenesten ha en koordinerende rolle i det tverretatlige og tverrfaglige samarbeidet som er nødvendig når det må interveres i forbindelse med at det er oppstått et misbruk. Skolehelsetjenesten skal selv ikke drive behandling, men det er viktig at den opprettholder god kontakt og kommunikasjon med den det gjelder. Målet er at barn/unge med problemer skal oppleve kontinuitet og trygghet i kontakten med skolehelsetjenesten parallelt med en eventuell behandlingsinstans.

Primærforebyggende arbeid i forhold til rusmiddelproblemer og andre typer problemer, må ta utgangspunkt i tiltak og metoder som skal bidra til at barn/unge gis mulighet til å styrke egen identitet, selv tillit og evne til grensesetting. Dette var bla ideen bak Helsetilsynets kampanje som startet i 1987. Kampanjen består av plakater, brosjyrer, pamfletter, T-skjorter, skoledagbøker, årskalendere osv. Budskapet «Sett dine egne grenser» går som en rød tråd gjennom alt materialet, og bidrar til å skape gjenkjennelse og bestemte assosiasjoner. Kampanjen benyttes fremdeles, og er under kontinuerlig utvikling. Den er alders- og kjønntilpasset gjennom tekst, bilder og utforming. Budskapet er allmenngyldig og uavhengig av endringer innen barne- og ungdomskulturen. Den appellerer dessuten til befolkningen langt utover de opprinnelige målgruppene. Dette har ikke minst vist seg å bidra til større kontakt og samtaler barn/unge seg imellom, mellom foreldre og barn, lærere og elever osv.

Helsetilsynet har siden materialet ble utarbeidet og distribuert, hatt kontakt med barn/unge, fritidsledere, ungdomsklubbledere, lærere, helsestasjoner, skolehelsetjenesten, utdanningsinstitusjoner, foreldre oa som har benyttet materialet. Tilbakemeldingene konkluderer med at tiltaket bidrar positivt til en bevisstgjøringsprosess. Dette gjelder særlig evnen til å foreta valg utfra egne premisser.

Et annet stort satsingsområde fra helsemyndighetenes side innen det forebyggende og helsefremmende arbeid, er Samlet plan som startet i 1989 og ble avsluttet ved årsskiftet 1994/95. Målet med planen var å utvikle nye metoder og modeller knyttet til kommunehelsetjenestens forebyggende virksomhet. Del I av planen omfattet helsetjenestens ansvar for overvåking, informasjon og miljørettet helsevern. Del II omfattet det individrettede forebyggende arbeid og helseopplysning. Utviklingsarbeidet/prosjektene skulle oppfylle bestemte kriterier for å få en bedre kommunal samordnet tjeneste fra ulike sektorer, og for å oppfylle kravet om tverrfaglighet. Bakgrunnen for dette var, som nevnt over, at helsetjenesten alene ikke rår over folks livssituasjon og levekår.

På landsbasis har det vært gjennomført ca 50 utviklingsprosjekter som har hatt barn og unge som målgruppe. En rekke av disse prosjektene har hatt som hovedmål å forebygge rusproblemer. I tillegg dreier flere av prosjektene seg om barn og unges psykososiale miljø, holdninger, vaner og atferd, eller ulike typer trivselsprosjekter. Skolehelsetjenesten har spilt en sentral rolle i gjennomføringen av prosjektene. I tillegg til de prosjektene som har hatt barn og unge som hovedmålgruppe, vil mange av de øvrige prosjektene under Samlet plan også ha stor betydning for det forebyggende arbeid i forhold til gruppen. Dette dreier seg om prosjekter som har arbeidet med tema som generell helseopplysning, bedring av nærmiljø og nettverk, friskvern osv. Flere av prosjektene er avsluttet, mens andre er innlemmet i den ordinære helsetjenesten i kommunene. Modeller/metoder som er utviklet i løpet av perioden er formidlet til alle kommuner i hele landet.

12. FORSVARETS FOREBYGGENDE ARBEID

Forsvarets narkotikapolitikk skiller seg generelt ikke ut i fra samfunnets forøvrig, men flere forhold knyttet til Forsvarets aktiviteter gjør det på enkeltområder særegent. Blant forhold som gjør Forsvaret særegent kan nevnes:

- jevnlig omgang med våpen og sprengstoff, samt annet stridsmateriell som spesielle kjøretøy, fartøy og fly
- særlige krav til presisjon og generell funksjonsdyktighet i strid eller tilsvarende presset situasjon
- særlige krav til selvkontroll og disiplin

Dette krever at Forsvaret har en overordnet politikk som først og fremst ivaretar sikkerheten. Det er derfor viktig for Forsvaret å avdekke et eventuelt narkotikamisbruk på et tidligst mulig tidspunkt, slik at forebyggende tiltak kan iverksettes øyeblikkelig. Slike tiltak kan være:

- straffeforføyning

- medisinsk vurdering med henblikk på tjenstedyktighet og begrenset tjenstedyktighet
- vurdere behov for ny legekjennelse
- sosial vurdering med sikte på å hjelpe vedkommende til å overkomme misbruket

Den medisinske vurdering gjøres på grunnlag av faglige direktiver utarbeidet av Forsvarets sanitet. I tillegg til en medisinsk vurdering gjennomføres en sosialvurdering av det enkelte tilfelle med sikte på å hjelpe vedkommende til å overkomme misbruket. Med hensyn til behandling og ettervern er det viktig for Forsvaret å kunne samarbeide med det sivile hjelpeapparat på det kommunale, såvel som på det fylkeskommunale plan. Forsvarets egne tiltak tar først og fremst sikte på å hjelpe sporadiske og «lettere» narkotikamisbrukere. Forsvaret vil uansett måtte vurdere personelladministrative tiltak som:

- dimisjon/avskjed
- omdisponering
- overføring

Ovennevnte personelladministrative tiltak må vurderes såvel av hensyn til avdelingen som av hensyn til den enkelte. I denne forbindelse vil også misbrukerens mulighet for å påvirke annet personell negativt måtte vektlegges i vurderingen. Noe av det viktigste Forsvaret gjør i narkotikasammenheng er det forebyggende arbeidet som omfatter:

- opplysning/undervisning
- tematimer
- annet holdningsskapende arbeid

Opplysning/undervisning tar sikte på å gi personell en klar forståelse av de skadevirkninger misbruk fører med seg både for den enkelte og for Forsvaret. Et eget program om rusmidler inngår derfor i undervisningen ved alle rekruttskoler og andre skoleavdelinger, herunder befalskoler og krigsskoler. I tillegg skal den enkelte lokale rusmiddelkontaktnevd gjennomføre tilleggsundervisning/informasjon som kurskvelder, møter med videre.

Personell fra Forsvarets to narkotikagrupper gjennomfører dessuten undervisning for avdelingsbefal, helsepersonell, militærpolitipersonell og en forsterket undervisning ved Forsvarets skoler. I tillegg undervises alt personell som skal ut i ordinær FN-tjeneste. Hensikten med undervisningen er å:

- gi informasjon om skadevirkninger ved misbruk
- gi befalet kunnskap slik at de er i stand til lettere å kunne oppdage eventuelt narkotikamisbruk ved sin avdeling, og derved raskt å kunne iverksette øyeblikkelige tiltak mot slikt misbruk
- skape holdninger blant personellet mot misbruk.

Det gjennomføres kurs i narkotikaetterforskning for militærpolitibefal to ganger i året.

Selv om Forsvarets narkotikapolitikk i første rekke utøves gjennom Forsvarets narkotikagrupper, er

bekjempelsen av misbruk et klart avdelingsansvar, der den samlede innsats er meget viktig. De lokale rusmiddelkontaktneemnder er derfor viktige lokale organer i bekjempelsen av narkotikamisbruk.

I tillegg til den innsats som Forsvarets enheter/avdelinger selv driver i bekjempelsen av misbruk av narkotika, foregår et nært samarbeid med politi og tollvesen. Dette samarbeidet bidrar blant annet til god effektivitet såvel som kvalitetssikring i forbindelse med narkotikagruppens virksomhet. Av andre samarbeidsorganer nevnes blant annet Statens retts toksikologiske institutt i forbindelse med urinalyser på narkotika, Rusmiddeldirektoratet, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning og Arbeidslivets komite mot alkoholisme og narkomani (AKAN).

Av konkrete enkelttiltak som Forsvaret har iverksatt mot misbruk, kan nevnes:

- tipstelefon - narkotika
- informasjonsfolder om rusmiddelarbeidet i Forsvaret
- distribusjon av tidsskriftet «Stoffmisbruk» samt «Illustrert informasjonsmateriale om narkotika» (faghefte)
- videofilmer/film om narkotika

13. POLITIETS FOREBYGGENDE ARBEID

I henhold til retningslinjene som er trukket opp i Stortingsmelding nr. 23 (1991/92) Om kriminalitetsbekjempelsen -, skal politiet følge to hovedstrategier. Forebyggende tiltak, som settes inn før en straffbar handling er begått, og etterfølgende tiltak, som settes inn etter at en straffbar handling er begått. Det er nær sammenheng mellom de to hovedstrategiene, og en likeverdig innsats på begge områder vil på sikt forebygge og redusere kriminaliteten. De to hovedstrategiene anvendt på narkotikabekjempelse betyr en aktiv innsats fra politiets side for å forhindre at nye grupper ungdom rekrutteres til narkotikamiljøene, og en like aktiv innsats for å avdekke og straffe- forfølge misbruk og omsetning av narkotiske stoffer.

Forebyggingsstrategien kan deles inn i tre tiltaksgrupper:

1. Undervisning, holdningskampanjer og oppsøkende virksomhet rettet mot all ungdom.

Den mest grunnleggende form for forebyggende virksomhet fra politiets side er uniformert patrulje i områder hvor ungdom oppholder seg, og hvor det er et potensielt misbrukerproblem. Patruljens funksjon er å virke avskrekkende i forhold til kriminell aktivitet generelt, og i forhold til omsetning av narkotiske stoffer spesielt.

Politiet har lange tradisjoner på å samarbeide aktivt med skolene, både som forelesere på klassenivå, ved temadager og i foreldremøter, og som rådgivere for skolen i forhold til ungdom, rus og kriminalitet. I

den forbindelse er det utviklet undervisningsopplegg og kampanjer som benyttes av politiet over hele landet. En av de mest kjente kampanjene er «Fra bagatell til helvete», som er et rollespill om farene som er forbundet med et begynnende narkotikamisbruk.

2. Tiltak rettet mot risikogruppene.

Politiets aktive samarbeid med skolene, fritidsklubbene, barnevernet og andre offentlige etater medfører at risikogruppene blir avdekket. Gjennom ulike aktiviseringstiltak, hvor politiet er koordinator eller medspiller, forsøker man å kanalisere risikoungdom inn i positive fritidsaktiviteter og bort fra et risikofylt miljø hvor rusmidler er i ferd med å bli en del av hverdagen.

3. Tiltak rettet mot enkeltungdommer som er i et begynnende misbruk med tanke på å avbryte en misbrukerkarriere.

Samarbeidet mellom politiet og barnevernet gjennom barnevernsvaktene ved politikamrene, er med på å styrke innsatsen overfor de enkeltungdommene som befinner seg i en tidlig fase i forhold til utvikling av rusmiddelmisbruk, kriminalitet og annen antisosial atferd. Det samme gjelder en mer aktiv bruk av konfliktrådsordningen overfor unge førstegangs-kriminelle.

Tidlig inngripen fra det offentlige hjelpeapparatet overfor risikogruppene, og de enkeltungdommene som befinner seg i en begynnende misbrukersituasjon, er den viktigste forutsetningen for å kunne stanse eller begrense et begynnende narkotikamisbruk eller en kriminell løpebane.

Et vellykket forebyggende arbeid forutsetter nært samarbeid mellom offentlige etater og frivillige lag og foreninger som arbeider med rusmiddelproblematikk blant barn og unge. Politiet har gjennom Politiiinstruksen og Politiloven instruksfestet at de skal drive aktivt forebyggende arbeid i samarbeid med annen offentlig virksomhet.

14. ARBEIDET MED Å MOTARBEIDE DOPINGMISBRUKET

Misbruk av dopingmidler har tidligere i hovedsak vært knyttet til den organiserte idretten. Imidlertid er man nå blitt klar over at det er en omfattende bruk av dopingmidler også utenfor denne. I dag er situasjonen den at man innenfor den organiserte idretten i Norge er kommet svært langt i arbeidet med å bekjempe bruk av dopingmidler. Dette skyldes i stor grad bevisst innsats både fra idretten og myndighetenes side for å bekjempe et av de største problemene innenfor idretten. Utenfor den organiserte idretten synes problemet å øke. Motivene for bruk av dopingmidler er noe forskjellige innenfor og utenfor den organiserte idretten. Grovt sett kan det sies at

man innenfor den organiserte idretten tar dopingmidler i håp om å øke prestasjonsevnen. Utenfor den organiserte idretten kan det synes som om motivet for å dope seg i større grad skyldes fokusering på kroppens utseende.

14.1 Den organiserte idretten

Med doping forstås å tilføre medikamenter, eller med hjelp av andre metoder, å øke idrettsutøverens konkurransedyktighet på en kunstig måte. Definisjonen omfatter både bruk og medvirkning til bruk av ulovlige medikamenter og metoder. De enkelte midlene og metodene er oppført i en egen dopingliste. Dette er gjort for å klargjøre hvilke preparater som er ulovlige. De mest anvendte stoffene er preparater som stimulerer sentralnervesystemet, vevsoppbyggende preparater (spesielt muskulatur - androgene anabole steroider) og bloddoping.

Det er Norges Idrettsforbund som har hovedansvaret for anti-dopingarbeidet i norsk idrett. Arbeidet blir for en stor del finansiert av Kulturdepartementet gjennom øremerkede midler fra spillemiddeloverskuddet fra Norsk Tipping A/S. I 1996 overførte Kulturdepartementet 7,1 mill. kroner til Norges Idrettsforbund til dette formål. Norges Idrettsforbunds hovedsatsingsområder i antidopingarbeidet er knyttet til følgende;

- Kontroll og etterforskning
- Forebyggende arbeid
- Samarbeid nasjonalt og internasjonalt
- Forskning og dokumentasjon

Kontrolldelen er den viktigste delen av Norges Idrettsforbunds arbeid på området. Den avskrekende virkningen av det å bli avslørt i dopingbruk, er fortsatt sterk innenfor idretten. Enhver som har medlemskap i Norges Idrettsforbund, kan i teorien måtte avgi dopingprøve. Å nekte dette får de samme følger som å avgi positiv test.

Innenfor Norges Idrettsforbunds lov (1994) finnes det i kapittel 12 bestemmelser som forbyr bruken av dopingmidler eller dopingmetoder. I kapittel 11 fastslås det at overtredelse av dopingbestemmelsene er straffbelagte handlinger.

I 1995 tok Norges Idrettsforbund 2149 prøver, hvorav 24 var positive. Av disse er 5 dømte innenfor Norges Idrettsforbunds system. Ca 75% av kontrollene blir foretatt utenfor konkurranse. Det norske kontrollsystemet er bygd opp omkring stikkprøver, som i særlig grad er rettet mot idretter og øvelser som man av erfaring vet utgjør såkalte «belastede miljøer». Prøvene tas uten forhåndsvarsel og blir analysert ved Aker sykehus - Hormonlaboratoriet. Kulturdepartementet bevilget i 1996 2 mill. kroner til laboratoriet til drift av seksjon for dopinganalyse. Dopinganalysen er bygd opp rundt et akkrediterings-system styrt av den Internasjonale Olympiske Komite (IOC) sin medisinske kommisjon. IOC har årlige kontroller av laboratoriet.

I det forebyggende arbeidet er det viktig å skape oppmerksomhet og interesse for dopingproblemet på alle nivåer i idretten, men også innenfor viktige sektorer i samfunnet for øvrig. Det er viktig at utøvere, trenere, ledere og medisinsk personell sitter inne med gode kunnskaper. Disse må også ta et ansvar i det forebyggende antidopingarbeidet. For Norges Idrettsforbund er det av avgjørende betydning at unge og ambisiøse utøvere må bevare troen på at det er fullt mulig å bli god uten doping.

Det forebyggende arbeidet har vært bygd opp omkring intensive kampanjer rettet mot utvalgte målgrupper innenfor avgrensede tidsperioder. Gjennom et systematisk forsknings- og dokumentasjonsarbeid søker Norges Idrettsforbund å bli bedre i stand til å drive et målrettet arbeid. FOU-virksomheten skal ha en praktisk verdi for det forebyggende arbeidet og kontrollvirksomheten.

14.2 Arbeidet utenfor den organiserte idretten

Det er ingen som har et overordnet ansvar for dopingproblemet utenfor den organiserte idretten. Problemet i seg selv er komplekst og berører en rekke departement. Det er liten tvil om at bruken av dopingpreparater kan få til dels svært alvorlige helsemessige konsekvenser. Eksempelvis kan nevnes leverskader, fare for hjerte og kar-sykdommer, hormonforstyrrelser, samt psykiske lidelser. Man har også vært vitne til at misbruk har vært medvirkende årsak til dødsfall. De siste årene er det i tillegg blitt vist til sammenhengen mellom bruk av dopingpreparater og økt vold.

Når det gjelder lovgivning på feltet, kan den som ulovlig tilvirker, innfører, utfører, oppbevarer, sender eller overdrar dopingmidler bli straffet for dopingforbrytelse. Dette er regulert i straffelovens § 162b. Bruk og besittelse er pr. i dag ikke ansett som ulovlig. Dette spørsmålet ble sist vurdert i 1990. Blant annet ut fra krav til bevis og at problemet utenfor den organiserte idretten ennå ikke ble ansett å være særlig omfattende, ble ikke kriminalisering av bruk gjennomført. I Ot prp nr 46 for 1991-92 legger man derimot opp til en etterkontroll av denne lovendringen. Kontrollen skal rette seg mot i hvilken utstrekning det har skjedd domfellelser for forhold som ikke var straffbart etter tidligere rett, samt i hvilken utstrekning det er idømt straff som er høyere enn tidligere regler ga anledning til. I innstillingen fra Justiskomiteen (Innst. O.nr.64 -1991-92) ber komiteen departementet om å vurdere hvorvidt det å gjøre bruk av disse midler straffbart, ville lette etterforskning og oppklaring av slike saker.

Basis for arbeidet innenfor idretten har vært, og er kontrollene. For at kontroll skal virke preventivt er det viktig at man har et regelverk som gjør at det ikke finnes begrensninger på hvor og når kontrollørene kan dukke opp, og at det er en straff forbundet med å avgi positiv prøve. Utenfor idretten er det ikke

formalisert kontrolltaking. Så lenge vi ikke har en lov som forbyr bruken av disse midlene, vil kontrolltaking være et vanskelig virkemiddel å sette iverk. Kontroll i helsestudioer kan i dag bli utført av Norges Idrettsforbund etter forespørsel fra det enkelte studio, men straffen for å bli tatt vil, (hvis man ikke er medlem i Norges Idrettsforbund) bare være den sanksjon dette helsestudioet måtte ha for sine medlemmer.

I forbindelse med en økende bekymring både fra myndighetens og idrettens side over den tiltagende bruk av dopingpreparater utenfor den organiserte idretten, ble det fra Kulturdepartementets side tatt initiativ til et møte sommeren 1994 for gjensidig informasjon mellom berørte departement, underliggende

etater og idretten. På møtet kom man til enighet om å opprette et uformelt kontaktutvalg mellom myndighetene og idretten. I dag består utvalget av følgende instanser: Kulturdepartementet, Forsvarsdepartementet, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Justisdepartementet, Statens helsetilsyn (som representant for Sosial- og helsedepartementet), Forsvarets overkommando, Toll og avgiftsdirektoratet, Norges Idrettshøgskole, Aker Hormonlaboratorium, og Norges Idrettsforbund. Utvalget har møte en gang pr halvår, og har som mål å sikre gjensidig informasjon, og så langt som mulig å samordne anti-dopingarbeidet mellom de berørte parter.

Vedlegg 3**De tyngst problembelastede misbrukerne og hjelpeapparatet****1. DET TUNGE MISBRUKET****1.1 Epidemiologiske data om misbrukets omfang**

Generelt er det mange problemer knyttet til kartlegging av menneskelig atferd. Kartlegging av atferd knyttet til illegale fenomener som bruk av narkotiske stoffer, vil av naturlige grunner innebære spesielle problemer og feilkilder. For det første vil brukere av slike stoffer i størst mulig grad søke å holde bruken skjult. For det andre vil en eventuell registrering innebære betydelige problemer med definisjoner og kategorisering og således i stor grad være basert på skjønn. Eksempelvis må man regne med at ikke alle som har brukt sprøyter er i samme situasjon med hensyn til sitt misbruk. Etter alt å dømme vil man finne en gruppe som av nysgjerrighet for å eksperimentere inntar stoff med sprøyte et par ganger og så lar det være med det. En annen gruppe har vært aktive misbrukere, men er nå stoffrie enten som resultat av behandling eller ved egen hjelp. En tredje gruppe vil være de som er inne i et varig og aktivt misbruk. Det er først og fremst denne gruppen som vil være i fokus når man skal analysere misbrukssituasjonen, selv om selvsagt også de andre gruppene har interesse.

Problemene med å tallfeste omfanget er ikke spesielt for Norge, men gjelder alle land. Det er således et prioritert område i ulike internasjonale organer å bidra til utvikling av metoder for å følge misbruksutviklingen.

Fram til slutten av 1980-tallet var studier av misbrukere i Norge konsentrert om grupper som var i kontakt med ulike behandlingstiltak, (Stang 1976, Vaglum 1979, Ravndal et al 1984, Holsten 1984). Den første undersøkelsen av en gruppe misbrukere utenfor slike tiltak, ble foretatt av Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) ved at det i årene 1987-1991 ble gjennomført en såkalt «stikkmerkeundersøkelse» av arrestanter innbrakt til Sentralarresten ved Oslo politikammer. Arrestantene ble undersøkt for merker etter sprøytestikk på armene, og stikkenes alder ble vurdert og klassifisert som henholdsvis «ferske», «gamle» eller «arr». I «stikkmerkeundersøkelsen» inngikk 1 765 arrestanter som brukte narkotika ved hjelp av sprøyte. De 1 765 arrestantene representerer imidlertid et noe mindre antall individer. Dette har sammenheng med at undersøkelsen ble foretatt anonymt og noen av sprøytebrukerne ble arrestert mer enn en gang i den tid undersøkelsen fant sted. De fleste arresterte sprøytebrukerne var i alderen 20-35 år. 18 prosent var kvinner og 82 prosent menn. Den relativt lave kvinnean-

delen henger etter alt å dømme sammen med at mannlige sprøytebrukere av ulike grunner blir arrestert oftere enn kvinner som bruker sprøyter.

Opioider, i hovedsak heroin, ble oppgitt å være det vanligste stoffet som ble brukt ved injeksjon. Det var imidlertid en betydelig gruppe som oppga at de vanligvis injiserte sentralstimulantia (amfetamin) og en relativt stor gruppe som brukte begge stofftyper i sprøyte. Det store flertallet, omkring 90 prosent, oppga at de var HIV-testet. Et klart mindretall, under en tredel, av sprøytebrukerne som ble påtruffet i arresten, oppga å ha hatt kontakt med tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere i løpet av de siste seks måneder. Andelen som hadde hatt slik kontakt i løpet av de siste to år, var naturlig nok noe større, opp i mot 50 prosent. En langt større andel av kvinnene enn mennene hadde hatt kontakt med tiltaksapparatet. Likeledes var det langt flere blant heroinbrukerne enn blant dem som oppga at de i hovedsak injiserte sentralstimulerende stoffer som hadde hatt behandlingskontakt. Det syntes også å være en viss sammenheng mellom misbruksintensitet uttrykt ved stikkmerkets «alder» og kontakt med tiltaksapparatet. De som framviste «ferske» stikkmerker oppga i høyere grad å ha slik kontakt enn de med «gamle» stikkmerker og «arr».

På grunnlag av en gjennomgang av materialet fra ulike datakilder som belyser omfanget av sprøytebruk, deriblant data fra politiet, ble det i 1990 foretatt en analyse av utviklingen av injeksjonsmisbruk i Norge (Skog 1990). Det ble trukket følgende konklusjoner:

- «Den årlige tilveksten av nye sprøytemisbrukere økte tidlig på 1970-tallet, var forholdsvis stabil på slutten av 1970- og i første halvdel av 1980-tallet, og har gått betydelig ned på slutten av 1980-tallet.
- I aldersgruppen under 20 år synes nedgangen i sprøytemisbruk siden 1984 å være omkring 60-70 prosent, vurdert ut fra narkotikapolitiets tall.
- Antallet som noensinne har forsøkt å ta narkotiske stoff med sprøyte er fortsatt økende og kommer til å være det i mange år fremover - med mindre nyrekrutteringen stanser helt opp. Denne økningen forteller imidlertid ikke noe om dagens narkotikasituasjon.
- Antallet aktive misbrukere har vært økende på 1970-tallet og under store deler av 1980-tallet pga kohorteffekten. Økningstakten har vært avtagende de senere årene, og økningen har nå etter all sannsynlighet stanset opp, fordi nyrekrutteringen på det nærmeste balanserer «avgangen» i de eldste aldersgruppene.
- Omkring 30 prosent av sprøytemisbrukerne er kvinner og 70 prosent er menn. Omkring halvparten er bosatt i Oslo.
- Det er anslått at omkring 90 sprøytemisbrukere

for tiden dør pr år. Dette utgjør omkring 2 prosent av de aktive misbrukerne. De viktigste dødsårsakene er forgiftning, selvmord, ulykker og sykdommer. Man må regne med at siden dette misbruksproblemet oppsto omkring 1970, er nærmere 1000 sprøytemisbrukere døde.

- Ca 2-3 prosent av sprøytemisbrukerne lykkes hvert år i å avslutte sitt misbruk og blir stoffrie. Det anslås at tilsammen 1000-1500 tidligere aktive sprøytemisbrukere hittil er blitt stoffrie.
- I tillegg til disse tidligere aktive misbrukerne er det mellom 2000 og 3000 personer som en eller annen gang i sitt liv har eksperimentert med sprøyte noen få ganger, men uten at dette har utviklet seg til et varig og aktivt misbruk.
- Det kan anslås at det i øyeblikket er omkring 4-5000 aktive sprøytemisbrukere i Norge. Dette anslaget bygger dels på dødelighetstall og dels på politiets arrestasjonsmateriale.
- Det samlede antall personer i Norge som tar eller har tatt narkotisk stoff med sprøyte (inkludert de som er døde) kan således anslås til mellom 8000 og 10 000.»

1.2 Misbrukere i behandling

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning har i prosjektet «stoffmisbrukere i behandling» registrert tilsammen 5 261 forskjellige personer som i de fire årene 1990 til 1993 var i behandling for stoffmisbruk. Av et utvalg på 2 359 fra den landsdekkende delen av undersøkelsen som fant sted i 1992 og 1993 og som dekker poliklinikker og langtids døgnbehandling, var 37,5 prosent kvinner. Gjennomsnittsalder var 26 år, 25 år for kvinner og 27 år for menn. Mer enn halvparten var i aldersgruppen 21-30 år (tabell 1).

Tabell 1: Aldersfordeling blant kvinner og menn som søkte behandling i årene 1992 og 1993, i prosent.

	Kvinner	Menn	Totalt
> 20 år	14	26	18
21-30 år	58	54	56
31 år +	29	20	25
Totalt	101	100	101
Prosentgrunnlag	1 475	884	2 359
Gjennomsnittsalder	25 år	27 år	26 år

Materialet viser at misbrukerne som inngår i undersøkelsen har stor grad av problembelastning. Omkring halvparten rapporterte at en eller begge foreldre hadde alkoholproblemer, ca en tredel hadde som barn hatt tilsyn fra barnevernet, en femdel hadde vært i behandling for psykiske problemer, en tidel rapporterte at de som barn hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. Videre hadde 43 prosent hatt en eller flere livstruende overdoser, en tredel hadde forsøkt å ta sitt eget liv. Mer enn halvparten oppga angst og depresjoner ved inntak i behandling. Når det gjaldt sosial situasjon ved påbegynt behandling, hadde nesten halvparten uoppgjorte saker med politi- og rettsvesen, 13 prosent var uten fast bolig og 60 prosent rapporterte at deres sosiale nettverk i hovedsak besto av andre misbrukere.

De fleste som ble tatt inn i behandling, rapporterte om misbruk av flere typer rusmidler. Kartlegging av rusmiddelbruk siste seks måneder før inntak i behandling, viste at 77 prosent oppga at de hadde røkt hasj, 56 prosent at de hadde brukt opiat, 50 prosent amfetamin eller andre sentralstimulantia, 68 prosent at de hadde brukt beroligende midler. Godt over halvparten, 58 prosent, oppga at de brukte sprøyter, 3,3 prosent var HIV-positive. Klientene oppga å ha brukt i gjennomsnitt tre ulike typer rusmidler forut for inntak.

1.3 Siktete for narkotikaforbrytelser

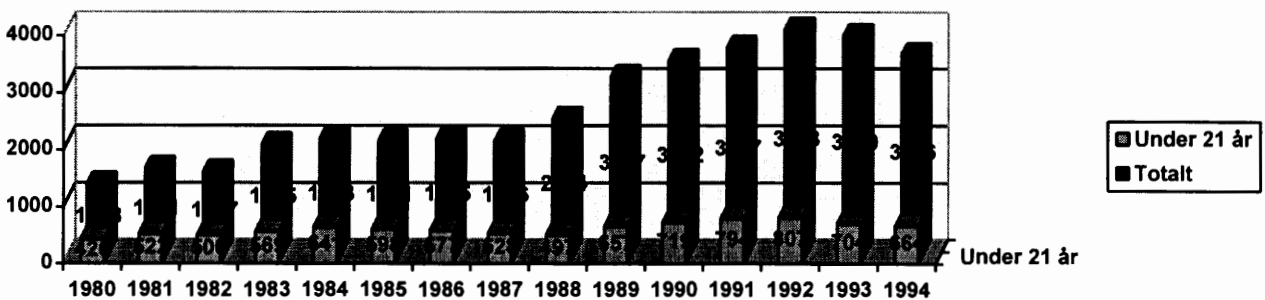
Antall personer som er siktet for narkotikaforbrytelser gir også en indikasjon på omfanget av misbruk av narkotiske stoffer. I løpet av de siste 10 år har det skjedd en fordobling av antall personer som var siktet etter straffelovens § 162 eller legemiddeloven. I de senere år har det videre vært flere personer som har vært siktet etter straffeloven enn etter legemiddeloven. Dette kan tyde på at det skjer en større profesjonalisering av narkotikaomsetningen.

Tabell 2: Etterforskede saker og personer siktet for narkotikaforbrytelser 1968 - 1994.

	Staffeloven § 162		Legemiddeloven		I alt	
	Saker	Siktede	Saker	Siktede	Saker	Siktede
1968					201	134
1969					244	185
1970					437	412
1971					770	533
1972					811	559
1973					1 262	885
1974					1 752	943
1975					1 253	653
1976	46	49	1 087	653	1 133	702
1977	55	71	1 365	747	1 420	818
1978	63	72	1 554	823	1 617	895
1979	67	88	1 639	865	1 706	953
1980	56	57	1 994	1 131	2 050	1 188
1981	52	60	2 942	1 299	2 991	1 461
1982	81	98	2 853	1 762	2 934	1 397
1983	156	123	3 637	1 736	3 793	1 885
1984	293	247	4 115	1 332	4 408	1 983
1985	1 137	609	3 666	1 150	4 803	1 941
1986	1 794	825	2 789	1 150	4 583	1 975
1987	2 364	915	2 244	1 021	4 608	1 936
1988	3 624	1 260	2 605	1 064	6 229	2 324
1989	4 266	1 367	3 837	1 690	8 103	3 057
1990	4 697	1 511	4 394	1 821	9 091	3 332
1991	5 328	1 584	4 621	1 993	9 949	3 577
1992	6 250	1 974	5 059	1 929	11 309	3 903
1993	6 458	2 282	5 281	1 508	11 739	3 790
1994	5 783	2 143	4 452	1 303	10 235	3 446

Kilde: Kriminalstatistikken, Statistisk sentralbyrå

Figur 1: Siktede for narkotikaforbrytelser under 21 år og totalt antall siktede, 1980-1994



Kilde: Kriminalstatistikken, Statistisk sentralbyrå

Av figur 1 som viser utviklingen i antall siktede for narkotikalovbrudd under 21 år i forhold til det totale antall, ser vi at det ikke har vært noen dramatisk økning i antall siktede for narkotikaforbrytelser under 21 år fra 1980 fram til i dag. På 1990-tallet må antallet kunne sies å ha vært nokså stabilt. Dette støtter opp under andre typer data som peker i retning av at det ikke ser ut til å ha vært en økning i rekruttering av unge til misbruksmiljøene.

Som det framgår av vedlegg I har antall beslag av heroin, som er det mest brukte narkotiske stoffet i det tunge misbrukermiljøet, økt de senere år. Selv om det blir gjort enkelte store beslag på grenseoverganger og flyplasser, gjøres de fleste beslag i misbrukermiljøene. De såkalte gatebeslagene representerer imidlertid små kvanta. I 1995 var således 85 prosent av heroinbeslagene mindre enn ett gram.

1.4 Oslo - resten av landet

Bruken av heroin har tidligere først og fremst vært konsentrert til Oslo-området. I byer som Bergen, Tromsø, Trondheim, Stavanger og Kristiansand har misbruksmiljøet vært dominert av cannabis, amfetamin og legemidler sammen med alkohol. Bruken av heroin har vært mer sporadisk, noe som i stor grad ser ut til å ha sammenheng med at misbrukerne selv har arbeidet mer eller mindre aktivt mot at heroin skulle få innpass i miljøet. I løpet av de siste årene er det imidlertid mye som tyder på at denne barrieren til en viss grad er brutt og at også misbruksmiljøene utenfor Oslo-området nå ligger åpne for bruk av heroin.

1.5 Stoffmisbrukere og HIV/AIDS-epidemien

Undersøkelser av lagrede blodprøver fra stoffmisbrukere viste det første positive HIV-funn i 1983. Dette tyder på at HIV-epidemien blant sprøytemisbrukere startet for alvor i 1983-84. Etter all sannsynlighet kulminerte den nokså raskt da kunnskap om epidemien spredte seg i miljøet og forebyggende tiltak ble iverksatt fra 1985-86.

Pr 31.12.95 var det meldt 367 HIV-positive stoffmisbrukere i Norge (tabell 3). Av disse var 219 menn og 148 kvinner. 55% av tilfellene er meldt fra Oslo. Tabellen viser at HIV-epidemien blant stoffmisbrukere startet noe senere blant sprøytenarkomane enn blant menn som har sex med menn. Fra 1988 har antall diagnostiserte HIV-positive stoffmisbrukere gått ned og har de siste årene holdt seg på omkring 10 tilfeller pr år.

Det høye antall diagnostiserte HIV-tilfeller i 1985 må sees i sammenheng med at det var dette år HIV-testing ble allment tilgjengelig. Mange som ble diagnostisert som HIV-positive i 1985 og i de følgende år, må således antas å ha blitt smittet i årene før 1985. Dette innebærer at tallene for 1985 - 1987 ikke avspeiler det reelle antall nye tilfeller, men er kummulative tall for misbrukere som ble HIV-smittet en eller annen gang i perioden fra slutten av

1970-tallet fram til de ble diagnostisert som HIV-positive.

Sprøytemisbrukere ble tidlig oppfordret til å ta HIV-test, og etter alt å dømme har testaktiviteten blant sprøytemisbrukere vært høy helt fra man for alvor ble oppmerksom på epidemien. Mange har selv tatt initiativ til å teste seg, mens andre får rutinemessig tilbud om test i forbindelse med behandling, fengselsopphold o l. Undersøkelser blant sprøytemisbrukere viser at mer enn 90% oppgir at de har testet seg, de fleste flere ganger. Mørketallet er derfor trolig relativt lite og antall ny-smittede ser nå ut til å være stabilt med rundt 10 tilfeller pr år.

Totalt var det pr 31.12.95 meldt om 72 tilfeller av AIDS blant sprøytemisbrukere (tabell 4). En stor del av disse er døde. Relativt mange av de HIV-positive sprøytemisbrukerne vil også være døde av andre årsaker. Dette henger sammen med at dødeligheten blant stoffmisbrukere generelt er høy. Dødsfall blant stoffmisbrukere omfatter ikke bare overdoser, mange dør også av andre årsaker. Eksempelvis viste en undersøkelse av dødsårsaker blant 1 491 misbrukere som var innlagt ved Statens klinikk for narkomane i perioden 1961 til 1991, at 402 var døde pr 1. september 1992 (Rossow og Kielland 1994). Så mange som 9% (287) døde før de fylte 50 år. Av de 402 var det 28% som døde av overdose, 21% ved selvmord og 13% i ulykker, mens de resterende 38% døde av andre årsaker. En annen undersøkelse av dødelighet blant stoffmisbrukere registrert ved Klinikk for infeksjonsmedisin, Ullevål sykehus, viste videre at dødeligheten blant HIV-positive var større enn blant andre misbrukere (Eskild et al 1993).

Selv om man ikke vet hvor mange av de 367 HIV-smittede som fortsatt er i live, da meldesystemet for HIV-infeksjonen er bygget på anonymitet, er det således flere faktorer som peker i retning av at gruppen av HIV-positive er redusert langt utover de som er døde av AIDS. Smittepotensialet er med andre ord lavere enn det registrerte totale antallet HIV-positive.

Tabell 3: HIV-infeksjon i Norge etter risikofaktor og diagnoseår - diagnostisert pr 31.12.95

	Antall tilfeller diagnostisert													
Risikofaktor	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	Tot	%
Homo-/biseksuell	9	104	68	70	47	48	36	59	27	43	36	45	592	38,5
Sprøytemisbruk	1	71	66	68	32	23	18	13	12	11	10	9	367	23,9
Kombinasjon 1+2		5	8	2	2	5	3	2		1		2	30	2,0
Hemofili/koag.feil		20	1										21	1,4
Fått blod/blodprod		3		6	10	1		1	2	1			24	1,6
Heteroseksuell pr.		5	11	29	32	23	17	18	28	23	17	20	223	14,5
Høyend. fødeland		1	6	18	20	29	11	39	31	32	18	27	232	15,1
Barn av HIV+mor			13			2	3				9	0,6		
Annet/ukjent		1	1		5	2	3	5	6	2	12	2	39	2,5
Totalt	10	210	195	193	148	134	90	140	106	113	93	105	1 537	100

Kilde: MSIS, Folkehelsen

Tabell 4: AIDS i Norge etter risikofaktor og diagnoseår - meldt pr 31.12.95

Antall tilfeller diagnostisert																
Risikofaktor	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	Tot	%	
Homo-/biseksuell	2	4	9	13	27	19	32	25	36	23	37	34	34	295	57,7	
Sprøytemisbruk			1		2	1	3	10	15	6	12	16	6	72	14,1	
Kombinasjon 1+2							1	2		2	1	2	1	9	1,8	
Hemofili/koag.feil			1	2		1	1	2				2		9	1,8	
Fått blod/blodprod				1	2	5	3		3	2	2		1	19	3,7	
Heteroseksuell pr.				1	3	3	2	11	5	11	8	9	17	70	13,7	
Høyend. fødeland					1		1	1	2	4	2	6	5	22	4,3	
Barn av HIV+mor							1			1		1		3	0,6	
Annet/ukjent						1	1	2	1	3		3	1	12	2,3	
Totalt	2	4	11	17	35	30	45	53	62	52	62	73	65	511	100	

Kilde: MSIS, Folkehelsa

1.6 Virale hepatitter blant stoffmisbrukere i Norge

Virale hepatitter er leverinfeksjoner forårsaket av virus.

1.6.1 Hepatitt A

Sykdom som følge av hepatitt A inntreffer omtrent en måned etter at en person er blitt smittet. Symptomene er feber, magesmerter, kvalme og generell sykdomsfølelse. Deretter får man vanligvis gulsott. En del pasienter, særlig barn, får ikke gulsott, men bare milde symptomer. Hepatitt A kan da forveksles med andre febersykdommer. Vanligvis varer sykdommen bare et par uker. Færre enn 1 av 1000 dør av hepatitt A.

Hepatitt A-viruset skilles ut i avføring og blod og det meste av smitten skjer etter alt å dømme i inkubasjonstiden, det vil si når pasienten ikke vet at han eller hun er smitteførende. Ved dårlig håndhygiene kan virus komme i maten og smitte andre og ved deling av sprøyter kan viruset sannsynligvis overføres direkte. Sykdommen er selvbegrensende. Etter infeksjonen forsvinner viruset, man blir immun og kan ikke smittes igjen. Man er heller ikke smittefarlig for andre.

Vanligvis meldes det omkring 100 tilfeller av hepatitt A til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) i året. Inntil halvparten av pasientene er smittet utenlands. Fra sommeren 1995 har det imidlertid pågått et utbrudd av hepatitt A blant stoffmisbrukere på Østlandet, men utbruddet er nå på retur. I løpet av ett år er nær 300 stoffmisbrukere og om lag 50 personer med nær tilknytning til disse meldt til MSIS med hepatitt A. Man må imidlertid regne med at mange flere av stoffmisbrukerne har vært smittet.

Etter et liknende utbrudd blant stoffmisbrukere i Oslo-området i 1985-86, økte andelen stoffmisbrukere med IgG-antistoffer (som tegn på gjennomgått infeksjon) fra under 5% til om lag 40%. Det kan tyde

på at store deler av gruppen infiseres under slike utbrudd. Antakelig er det samme tilfelle under utbruddet i løpet av det siste år. Dette innebærer at mange hundre, kanskje over tusen stoffmisbrukere er blitt smittet.

I det enkelte tilfelle er det umulig å avgjøre om smitten har skjedd på vanlig måte fra avføring via hender og mat til neste person, eller ved sprøytedeling. Dersom man forutsetter at håndhygiene er dårligere hos stoffmisbrukere enn hos andre, er det fullt mulig å forklare det pågående utbruddet med den vanlige smitemåten, altså fra avføring via hender og mat til munnen. Under det siste utbruddet av hepatitt A har Folkehelsa gitt kommunehelsetjenesten følgende råd om smitteverntiltak:

- innskjerpe håndhygiene hos stoffmisbrukerne
- på ny minne om farene ved sprøytedeling
- vaksinasjon av stoffmisbrukere i byer med utbrudd
- vaksinasjon av visse grupper helse- og omsorgspersonell
- passiv immunisering av personer som nylig har vært eksponert for hepatitt A

Folkehelsa har besluttet at vaksine og gammaglobulin gitt etter disse anbefalingene kommer inn under forskrift om godtgjørelse for viktigere legemidler, slik at Folketrygden refunderer kostnadene.

På sikt bør det vurderes å tilby alle stoffmisbrukere vaksinasjon mot hepatitt A. Dette må imidlertid ikke gå på bekostning av vaksinasjonen mot den mye alvorligere hepatitt B.

1.6.2 Hepatitt B

Sykdom i forbindelse med hepatitt B begynner vanligvis om lag tre måneder etter smitten med feber, magesmerter, kvalme og generell sykdomsfølelse. Deretter kan pasienten få gulsott. Samlet kan sykdommen vare en til tre måneder. Sykdomsbildet er

som regel mildere enn ved hepatitt A, og et flertall av tilfellene blir trolig aldri diagnostisert som akutt hepatitt B. Noen få pasienter ($\approx 1\%$) utvikler raskt en alvorlig leverskade med høy dødelighet.

Smitte skjer ved at viruset kommer inn i blodet gjennom slimhinner eller skader i huden. Voksne som smittes med hepatitt B-virus, klarer som regel å kvitte seg med viruset. Da blir de immune og kan ikke smittes igjen. De er heller ikke smittefarlige for andre. Om lag 5% blir imidlertid kroniske smittebærere. Kronisk hepatitt B er som regel uten symptomer, men påvises med blodprøver. De kroniske smittebærerne har økt livstidsrisiko for å utvikle alvorlig leversykdom (skrumplever og leverkreft). Nyfødte som smittes under fødselen, blir nesten alltid kroniske bærere. Dette er årsaken til at en høy bærerprevalens opprettholdes i store deler av verden.

I perioden 1975-86 ble det hvert år meldt om lag 300 tilfeller av akutt hepatitt B i Norge. Stoffmisbrukere utgjorde om lag halvparten av tilfellene. Fra 1987 ble antallet nysmittede redusert til under 100 pr år. Reduksjonen falt sammen med oppmerksomheten omkring HIV-epidemien, innføring av vaksinasjon og utdeling av sprøyter. I 1995 kom det imidlertid en økning til 99 tilfeller hvorav minst en tredel var blant stoffmisbrukere. Det er foreløpig for tidlig å si om dette innvarsler økt smittespredning i misbrukermiljøene.

Hvor mange som har kronisk hepatitt B (smittebærertilstand) i Norge er ikke sikkert kjent. Folkehelsen anslår at det lever mellom 10 000 og 15 000 smittebærere i landet. De fleste av disse tilhører risikogruppene, særlig innvandrere, utenlandsadopterte, stoffmisbrukere og menn som har sex med menn. I disse gruppene kan 5-20% være smittebærere. Blant blodgivere, der personer med risikofaktorer ikke får gi blod, er det funnet 0,2% bærere.

Det er også gjort undersøkelser av prevalens av antistoffer mot hepatitt B, som tegn på gjennomgått infeksjon uten utvikling av bærertilstand. I risikogruppene som er nevnt, har 30-90% tegn på at de har hatt infeksjon. For eksempel hadde over 90% av klientene ved Statens klinikk for narkomane i 1986 vært smittet med hepatitt B en gang i livet. I 1989 hadde 60% av stoffmisbrukerne og 30% av homofile menn som oppsøkte Oslo helseråd, enten antistoffer mot hepatitt B eller smittebærertilstand. I den norske befolkningen forøvrig har under 4% slike antistoffer.

I Norge følger man tre strategier for forebygging av hepatitt B:

- For det første forsøker man å spore opp smittebærere og gi dem personlig smittevernveiledning slik at de ikke sprer smitten videre. Risikogrupper for hepatitt B tilbys testing ved anledning; særlig gjelder dette stoffmisbrukere, menn som har sex med menn og personer fra land utenfor Vest-Europa, Nord-Amerika, Australia og New Zealand. Flyktninger og asylsøkere tilbys hepatitt B-testing.

- For det andre informeres befolkningen og helsevesenet om smitteveiene for hepatitt B. Der det er aktuelt, oppfordres det til å bryte smitteveiene, for eksempel ved å bruke kondom og ikke dele sprøyter.
- For det tredje beskytter man de usmittede ved vaksinasjon. I flere land i Europa innføres nå vaksinasjon mot hepatitt B i barnevaksinasjonsprogrammet. De nordiske land har valgt en selektiv vaksinasjon av utsatte grupper og av personer som, dersom de selv blir smittet, kan utgjøre en særlig risiko for andre. Sosial- og helsedepartementet har nylig revidert retningslinjene for hepatitt B-vaksinasjon der stoffmisbrukere og prostituerte inngår som de grupper som skal tilbys slik vaksinasjon.

1.6.3 Hepatitt C

Hepatitt C-viruset ble først identifisert i 1988. Sykdom som følge av hepatitt C inntreffer vanligvis om lag to-tre måneder etter smitten, med magesmerter, kvalme og generell sykdomsfølelse. Deretter får noen få pasienter gulsott. Sykdomsbildet er som regel mildere enn ved hepatitt B, og et flertall av tilfellene blir aldri diagnostisert som akutt hepatitt C. Mange pasienter merker ingen ting til den akutte infeksjonen. Hepatitt C-viruset smitter ved at viruset kommer inn i blodet gjennom slimhinner eller skader i huden. De fleste har blitt smittet ved blodoverføring eller sprøytedeling.

Bare om lag en firedel av de som smittes, klarer å kvitte seg med viruset. Da blir de immune og kan ikke smittes igjen. De er heller ikke smittefarlige for andre. De fleste blir dermed kroniske smittebærere. Kronisk hepatitt C er som regel uten symptomer, men påvises med blodprøver. De kroniske smittebærerne har økt livstidsrisiko for å utvikle skrumplever og kanskje leverkreft.

Årlig meldes det færre enn 50 tilfeller av akutt (nysmittet) hepatitt C i Norge. Det er flere forhold som gjør at dette antallet gir et nærmest verdiløst bilde av den reelle insidensen av hepatitt C. For det første får de fleste smittede ingen symptomer og søker derfor ikke lege slik at tilstanden kan diagnostiseres og meldes. For det andre er det ofte ikke mulig, når man diagnostiserer hepatitt C hos en pasient, å fastslå når smitten skjedde. Vi må derfor konkludere at insidensen av hepatitt C i Norge, som i resten av verden, er ukjent.

Prevalens (antall tilfeller) av kronisk hepatitt C i Norge er heller ikke sikkert kjent. Det er først det siste året at det er blitt praktisk mulig å avgjøre om en person som har vært smittet (har antistoffer), har kvittet seg med viruset eller fremdeles er smittebærer. Et stort antall stoffmisbrukere har vært smittet. De fleste er fremdeles smittebærere. Blant et utvalg stoffmisbrukere innlagt ved Statens klinikk for narkomane i 1989 hadde 74% antistoffer mot hepatitt C.

Hepatitt C er en nokså nyoppdaget sykdom. Kunnskapene om sykdommen er fremdeles mangelfulle. Det er derfor få land som har utviklet en helhetlig forebyggingsstrategi. Det viktigste tiltaket, som også Norge har innført, er testing ved blodgivning og andre donasjoner. På oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet er Folkehelsa i ferd med å utvikle en nasjonal strategi for hepatitt C-forebygging.

Nye oppfølgingsstudier av hepatitt C-smittede vil trolig gi bedre informasjon om infeksjonens naturlige forløp. Dersom det viser seg at en stor andel av pasientene etter få tiår utvikler alvorlig leversykdom, vil dette kreve store ressurser av helsevesenet. Ved langtkommen leversvikt er levertransplantasjon eneste livreddende behandling. Det er dessverre ikke utsikter til noen beskyttende vaksine de nærmeste ti årene. Det er heller ingen umiddelbare utsikter til gjennombrudd i den medikamentelle behandlingen av pasientene.

Virale hepatitter (leverinfeksjoner forårsaket av virus) utgjør en viktig trussel mot stoffmisbrukernes helse. Det er hovedsaklig deling av sprøyter som medfører helsetrusselen, men også dårlig hygiene og risikofyllt seksualliv kan bidra. Opphør av misbruket vil for de fleste misbrukere langt på vei eliminere infeksjonsfaren. Den viktigste utfordringen i årene framover blir å kontrollere spredningen av hepatitt C. Hepatitt A er et mindre alvorlig helseproblem, og hepatitt B er allerede rimelig bra under kontroll. Tiltakene mot hepatitt B må imidlertid stadig opprettholdes.

1.7 Dobbeltdiagnoser

Mange rusmiddelmisbrukere sliter med store psykiske problemer. Omvendt ser man også at mennesker med psykiatriske lidelser har misbruksproblemer. Betegnelsen «dobbeltdiagnose» brukes i tilfeller hvor en person har både en klassifiserbar psykiatrisk lidelse og et etablert rusmiddelmisbruk.

Det rår betydelig usikkerhet om størrelsen av gruppen personer som kvalifiserer til dobbeltdiagnose. Sosialdepartementet foretok i 1990 en enkel spørreundersøkelse til fylkeskommunenes psykiatriske hjelpeapparat og tiltaksapparat for rusmiddelmisbrukere. Det ble spurt om hvor mange klienter/pasienter den enkelte behandlingsenheten hadde hatt i løpet av de siste seks måneder (første halvår 1990), hvor mange av disse som var rusmiddelmisbrukere og hvor mange av dem som i tillegg ble vurdert å ha alvorlige psykiske lidelser. De mottatte tilbakemeldingene oppga svært varierende tall på størrelsen av problemet; fra 5% til 90% av klientene/pasientene ble vurdert å høre inn under gruppen personer med dobbeltdiagnoser. Den store variasjonen i tallene åpenbarer bla diagnostiseringsproblemene. Innenfor psykiatrien kan pasientenes misbruksproblemer overses dersom de ikke kommer til uttrykk i konkret atferd. Innenfor tiltaksapparatet for rusmiddelmis-

brukere kan det tilsvarende være den psykiatriske lidelsen som overses eller feildiagnostiseres.

I 1996 ble det foretatt en kartlegging av problembelastning blant klienter som går i poliklinisk behandling hos de psykiatriske ungdomsteamene. Av de 1 661 klientene som inngår i undersøkelsen, var 6 prosent under 19 år, 72 prosent i alderen 19-30 år og 22 prosent over 30 år. 60 prosent var menn og 40 prosent kvinner. Utenom kartlegging av bruk av rusmidler, ble det gitt psykiatrisk diagnose for 1 258 av klientene. 68 prosent hadde ulike former for personlighetsforstyrrelser, 25 prosent ulike angstlidelser, 24 prosent hadde posttraumatiske og dissosiative lidelser, 23 prosent affektive lidelser og 25 prosent hadde andre diagnoser. I gjennomsnitt hadde klientene 1,6 psykiatriske diagnoser. Det generelle inntrykket er at personer med både psykiatriske lidelser og alvorlige misbruksproblemer utgjør en betydelig utfordring både for psykiatrien og for tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere, og at disse hører med blant dem det er vanskeligst å hjelpe. For å bedre situasjonen på dette området er det en hovedutfordring å samordne de fylkeskommunale tjenestene for psykiatriske pasienter og for rusmiddelmisbrukere på en langt bedre måte enn det som er tilfelle idag. Sosial- og helsedepartementet vil gå nærmere inn i denne problematikken i stortingsmeldingen om psykisk helsevern som legges fram i 1997.

1.8 Narkotikadødsfall

Det har vært økt oppmerksomhet omkring de relativt mange dødsfall knyttet til narkotika de senere år. Hva som inngår i betegnelsen narkotikadødsfall er ikke alltid entydig. Dette gjelder både i Norge og internasjonalt. Betegnelsene overdosedødsfall, narkotikadødsfall, narkotikarelaterte dødsfall blir brukt om hverandre. En arbeidsgruppe nedsatt av Sentralrådet for narkotikaproblemer i 1985, bestående av representanter fra ulike fagfelt, prøvde å komme fram til en definisjon. Arbeidsgruppen valgte å bruke betegnelsen narkotikadødsfall på dødsfall knyttet til utilsiktet virkning av illegale narkotiske stoffer.

Da det ikke foreligger noen felles definisjon på det som internasjonalt stort sett omtales som «narkotikarelaterte dødsfall», er det heller ikke enkelt å sammenligne antall narkotikadødsfall fra land til land. Det er god grunn til å stille spørsmål ved definisjoner og registreringsrutiner i de enkelte land når man ønsker å foreta slike sammenligninger. Det har således i flere år vært en internasjonal gruppe, først i regi av Europarådet, så i regi av EU, som arbeider med en studie av definisjoner og omfang av narkotikadødsfall i ulike europeiske land.

I Norge foreligger det to ulike statistikker over narkotikadødsfall. Statistisk sentralbyrå (SSB) fører statistikk over ulike dødsårsaker, og i denne statistikken blir dødsfall som går under betegnelsen narkotikadødsfall brukt i de tilfeller hvor «avhengighet

av medikamenter» er den underliggende årsak til dødsfall. SSB fører sin statistikk på bakgrunn av rettsmedisinske obduksjonsrapporter og legenes dødsmeldinger. Kriminalpolitisen (KRIPOS) bygger sin statistikk på dødsfall som innrapporteres fra landets politikamre. Tradisjonelt har politiet hatt en noe videre definisjon av narkotikadødsfall enn SSB og det kan derfor være noe avvik i tallene som rapporteres fra de to instansene.

De første narkotikadødsfallene i Norge ble registrert i 1976. Selv om måten å registrere på kan ha variert noe i årene som følger, er det ikke grunn til å tro at det har vært systematiske variasjoner. Tallene for de enkelte år bør derfor kunne sammenlignes. Tabell 5 viser utviklingen fra 1980 fram til 1995 slik den framkommer i rapporter fra KRIPOS. Det fant sted en økning i 1985, antallet var stabilt fram til 1990 da det kom en ny klar økning. I 1994 var det en ytterligere økning som fortsatte i 1995.

Tabell 5: Antall narkotikadødsfall i Norge, 1980-95.

År	Oslo	Utenfor Oslo	Totalt
1980	25	18	43
1981	17	27	44
1982	5	20	25
1983	14	17	31
1984	22	18	40
1985	17	36	53
1986	22	33	55
1987	25	35	60
1988	30	33	63
1989	24	40	64
1990	43	32	75
1991	55	41	96
1992	73	24	97
1993	48	47	95
1994	81	43	124
1995	79	53	132

Kilde: KRIPOS

Antall registrerte narkotikadødsfall i Norge er langt høyere enn det vi eksempelvis finner i Nederland, hvor det rapporteres at antall narkotikarelaterte dødsfall i den senere tid har vært omkring 40 pr år. At Nederland synes å ha et relativt lavt antall registrerte narkotikadødsfall blir i mange sammenhenger trukket fram som et argument for at man i Norge bør ha en mer liberal narkotikapolitikk. Dette innebærer at det antas å være en sammenheng mellom et lands narkotikapolitikk og skadevirkninger i form av narkotikadødsfall.

Ut fra det som er sagt om vanskelighetene med å definere hva som er narkotikadødsfall, kan det være grunn å stille spørsmål ved om de registrerte tallene fra Norge og Nederland er sammenlignbare. Er det

faktisk færre narkotikadødsfall i Nederland enn i Norge eller er det slik at vi i Norge er «flinkere» til å telle? Det kan også tenkes at Nederland i større grad har prioritert lavterskeltilbud til sprøytemisbrukere med det resultat at akutte overdosedødsfall er lavere. Det er ikke enkelt å gi noe entydig svar på hvorfor det er slike forskjeller. Hvis man sammenligner studier av den generelle dødeligheten blant tunge misbrukere i Norge og Nederland, viser det seg at dødeligheten er omtrent på samme nivå, det vil si omkring 2 prosent, noe som kan tyde på at Nederland har en registreringspraksis som fanger opp færre narkotikadødsfall enn hva som er tilfelle i Norge (Waal 1996).

Det har vært ulike teorier om hvorfor antall narkotikadødsfall har vist en så stor økning i Norge de senere årene. I en studie av narkotikadødsfall i Norge drøfter Bretteville-Jensen ved SIFA mulige forklaringer (Bretteville-Jensen 1994). Hun diskuterer hvor viktige de enkelte faktorer kan antas å være for å forklare utviklingen.

- *Alderseffekt.* En del av dem som startet sitt misbruk tidlig på 1970-tallet utgjør fremdeles en del av misbrukergruppen. Gjennomsnittsalderen blant sprøytemisbrukerne ser ut til å øke i samme takt som tiden går. På grunnlag av beregning av forventet antall narkotikadødsfall som følge av dødelighet som har sammenheng med alder og misbrukernes overdødelighet i forhold til den generelle befolkning med tilsvarende alders- og kjønnsfordeling, framkommer det at alder alene ikke er nok til å forklare hvorfor det har vært en økning i narkotikadødsfall.
- *Interaksjonseffekt.* Undersøkelser og kliniske observasjoner viser at mange misbrukere kombinerer bruken av heroin med benzodiazepiner og andre rusmidler. På grunnlag av bl a obduksjonsdata kan det se ut som om kombinasjonen er blitt mer utbredt på 1990-tallet enn tidligere, selv om vi ikke kan si dette med sikkerhet. Hvis det er skjedd en slik endring i bruksmønster, kan dette være én av forklaringene på økningen i dødsfallene. Misbrukernes kunnskap om de enkelte medikamentenes halveringstid og kombinasjonseffekter er ofte dårlig. F eks brytes Rohypnol, som er ett av de mest brukte benzodiazepinene blant misbrukere, langsommere ned enn heroin. En person som gjentatte ganger bruker den samme blandingen av disse stoffene, vil derfor få en opphopning av Rohypnol i kroppen etter at effekten av heroin har gått ut. Uten en slik kunnskap om ulikhet i halveringstid, øker muligheten for overdosering. Når enkelte stoffer og kombinasjoner i ulike perioder blir mer vanlige og på denne måten også farligere, kan slike endringer bidra til å forklare økningen i narkotikadødsfall.
- *Markedsendringer.* Etter at prisen på heroin var stabil gjennom hele 1980-tallet, gikk den kraftig ned på begynnelsen av 1990-tallet. Prisfallet kan

ha ført til at mengden av heroin i hvert «skudd» har økt, noe som igjen bidrar til å øke den generelle toleransen. Etter lang tids misbruk og generelt nedsatt helse, kan doser en person normalt tåler bli livstruende. Hvis det er slik at prisfallet har ført til økt forbruk, kan den generelle helsetilstanden ha bidratt til at dosen mer eller mindre plutselig får dødelige konsekvenser.

- *Selv mord.* Rusmiddelmissbrukere er en høyrisikogruppe for selvmord. Flere studier har vist at mange misbrukere har forsøkt å ta sitt eget liv. En studie av dødsårsaker blant klienter innlagt ved Statens klinikk for narkomane i perioden 1961-91, viste at en av fem av dem som i 1992 var døde, hadde begått selvmord. I kjølvannet av HIV/AIDS-epidemien var man redd for at flere stoffmisbrukere enn tidligere skulle begå selvmord. Det er imidlertid ikke noe som tyder på at det har skjedd en økning ut fra de strenge kriteriene som finnes for at et dødsfall skal kunne klassifiseres som selvmord. Da den vanligste metoden for selvmord blant misbrukere er egenforgiftning, dette gjaldt f.eks. to tredeler av de registrerte selvmordene i materiale fra Statens klinikk for narkomane, kan man tenke seg at det har skjedd en økning i skjulte selvmord, men at dødsfallene er klassifisert som narkotikadødsfall.
- *Kvaliteten på heroin.* Det har vært diskutert om økningen i narkotikadødsfall kunne ha sin årsak i at partier med heroin de senere årene i enkelte perioder har vært renere eller sterkere enn hva som tidligere var tilfelle. Dette ville kunne innebære at dosene som settes i sprøyte noen ganger kan være sterkere enn hva man er vant med, og således få katastrofale følger. Ved bruk av statistiske metoder for å studere fordelingene gjennom året for narkotikadødsfall, er det imidlertid ikke noe som tyder på at dette har vært tilfelle.
- *Flere uerfarne nykommere.* Den alt overveiende del starter sitt misbruk i ung alder. Tilgjengelige datakilder gir ikke grunnlag for å si at det har skjedd en økning i tilveksten av antall unge misbrukere. Dette innebærer at det ikke er en økt tilvekst av uerfarne stoffmisbrukere som kan forklare økningen i narkotikadødsfall.
- *Flere med senket toleranse.* Undersøkelser viser at det kan variere hva som er en dødelig heroin-dose. Ved langvarig bruk av heroin øker toleransen. Ved opphold i bruk reduseres imidlertid toleransen raskt, og selv ved kortvarige opphold skal det vesentlig mindre stoff til enn tidligere for å risikere overdose. Det foreligger ikke data som kan si hvorvidt det er skjedd en økning i antall narkotikadødsfall som resultat av senket toleranse. Antall behandlingsplasser og antall personer som soner fengselsstraffer for narkotikaforbrytelser er imidlertid økt på 1990-tallet. Hvis det ellers ikke har skjedd noen vesentlig økning i antallet

aktive sprøytemisbrukere, kan det være grunn til å anta at flere misbrukere enn tidligere har pauser i sitt misbruk. Dersom de etter et opphold i fengsel eller på behandlingsinstitusjon tar en injeksjon med heroin, kan risikoen for å sette en dødelig heroin-dose ha økt.

Som det framkommer synes det ikke å være noen åpenbare grunner til økningen i narkotikadødsfall selv om de enkelte faktorer som er nevnt hver for seg kan tenkes å forklare noe. Det kan også tenkes at flere faktorer kan virke samtidig. Eksempelvis kan det tenkes at en redusert allmenntilstand som følge av økende alder sammen med økt forbruk av heroin og Rohypnol, kan være utslagsgivende.

1.9 Prostitusjon og misbruk av rusmidler

1.9.1 Arenaer for prostitusjon

Med arenaer for prostitusjon tenkes det her på de steder hvor avtale om kjøp/salg av seksuelle tjenester gjøres. Grovt sett kan man snakke om en uten-dørs «arena» og en innendørs «arena». Til den førstnevnte hører tradisjonelle områder for gateprostitusjon og i noen tilfeller knutepunkt for kommunikasjon som jernbane/busstasjon. Det finnes trolig uten-dørs «arenaer» i de fleste norske byer av en viss størrelse. Til innendørs «arenaen» hører prostitusjon fra leilighet, massasjestitut, mobil massasje (escorte), prostitusjon fra hotell/restaurant og kjøp av sex formidlet via telefon og elektroniske medier. Man finner massasjestitut i Oslo, Bergen og Kristiansand, muligens også andre større byer. Innendørsprostitusjonen finnes etter alt å dømme over hele landet, men det er lite sikker kunnskap om disse miljøene.

Det tunge misbruket er i stor grad knyttet til uten-dørs «arenaene». F.eks. preges gateprostitusjonsmiljøet i Oslo av sprøytebruk og bruk av benzodiazepiner. Det anslås at godt over 2/3 av de omlag 500 kvinnene på «strøket» i Oslo er heroinmisbrukere og det er denne gruppen som preger miljøet.

Bildet av innendørs prostitusjon er mer variert. Etter det man kjenner til er det her lite bruk av opiater i forbindelse med prostitusjonsaktiviteten, mens bruken av benzodiazepiner, kokain, amfetamin og alkohol er mer utbredt. I en intervjuundersøkelse Prosentret utførte høsten -95/våren -96 blant en del behandlere ogprostituerte i Oslo, framgår det at bruken av opiater på «fritiden» er økende i deler av innendørsmiljøet. Dette tilskrives at heroin er lett tilgjengelig og at «jobben» er slitsom (sentralstimulerende midler for å jobbe - opiater eller piller for å hvile). Selv om omfanget ikke er stort er det imidlertid noe som bør følges med oppmerksomhet, da miljøet må sies å være utsatt, særlig i forhold til misbruk av sentralstimulerende midler.

1.9.2 Omfang av prostitusjon knyttet til rusmiddelmissbruk

Det foreligger ikke noe register over prostituerte i Norge. Prostitusjonsmiljøene er til dels også svært lukket og det foreligger derfor relativt lite informasjon som kan tallfestes. De kunnskaper som finnes må derfor i stor grad sies å være kvalifiserte gjetninger. Prostitusjonen som foregår utendørs er som regel den mest synlige. Det er kjente utendørs «arenaer» for prostitusjon i Oslo, Bergen og Stavanger.

I Oslo er det anslagsvis omkring 500 kvinner i gateprostitusjonen i løpet av ett år. Tallet på mannlige prostituerte er mer usikkert, men ligger anslagsvis på omlag 100. I tillegg foregår noe prostitusjon i tilknytning til ungdomsmiljøer i enkelte bydeler. I Bergen har oppsøkende avdeling kontakt med ca 50 kvinner pr år. I Stavanger har prosjektet Albertine hatt kontakt med ca 20 siden sommeren 1996. Ved en kort rundspørring i andre bykommuner framkommer det at det finnes gateprostitusjon i de fleste større byer knyttet til rus- og ungdomsmiljøer. Det er imidlertid vanskelig å få øye på prostitusjon som sosialarbeider om man ikke spesielt ser etter det og er kjent med de koder som gjelder. Et forsiktig anslag tilsier at det på landsbasis er minst 1000 personer som selger seksuelle tjenester på den del av prostitusjonsmarkedet som foregår utendørs i løpet av ett år. De fleste av disse er rusmiddelmissbrukere.

Prostitusjonen som foregår innendørs er enda mindre kjent. Massasjeinstitutter finnes hovedsakelig i Oslo og i enkelte andre større byer. Pr 1. september 1996 kjenner man til 14 massasjeinstitutter der man anslår at det finnes ca 300 kvinner i løpet av ett år. Det antas imidlertid at det er mindre misbruk av rusmidler her enn i det man finner i gateprostitusjonen.

Leilighets- og escortprostitusjonen gjelder hele landet og er relativt omfattende. I Oslo-regionen anslås denne del å utgjøre over halvparten av det totale prostitusjonsmarkedet. Det er liten grunn til å tro at andelen på landsbasis er mindre. Etter alt å dømme er det lite intravenøst misbruk i denne sammenheng, men mye tyder på at det foregår en betydelig bruk av sentralstimulerende og beroligende midler, samt alkohol. Prostitusjonsmiljøet i andre byer foregår ofte i tilknytning til restauranter, barer og hoteller.

1.9.3 Tiltak for prostituerte

I Oslo har Kirkens bymisjon to tiltak: Nadheim driver individuell behandling, rådgivning, gruppearbeid, oppsøkende virksomhet og åpent hus for kvinner. Nadheim er årlig i kontakt med ca 300 brukere, de fleste er rusmiddelmissbrukere. Natthjemmet er et lavterskel overnattings- og omsorgstilbud med plass til 14 kvinner. Stedet har åpent fra kl 22.00 til 10.00 og søker å dekke primære og akutte behov samt formidling til behandlingstiltak. Årlig er Natthjemmet i kontakt med ca 200 kvinner, de aller fleste er rusmiddelmissbrukere.

Pro-sentret er et tiltak i regi av Oslo kommune og driver individuell behandling, rådgivning, gruppevirksomhet, oppsøkende virksomhet, en lavterskel varmestue og et botilbud. Med unntak av de to siste er tilbudene for både kvinner og menn. Senteret er delvis statlig-, delvis kommunalt finansiert. Pro-senteret er årlig i kontakt med ca 700 prostituerte. De fleste er rusmiddelmissbrukere.

De tre nevnte tiltakene har et tett samarbeid. Det samarbeides også med andre oppsøkende tiltak. Ut over dette er det en del private, frivillige tiltak som arbeider blant prostituerte i Oslo.

Oppsøkende avdeling i Bergen har et eget tiltak for kvinner i prostitusjonen. Det drives oppsøkende virksomhet, rådgivning, varmestue og formidling. Avdelingen har kontakt med ca 50 kvinner årlig. De aller fleste er rusmiddelmissbrukere.

Albertine er et prosjekt rettet inn mot gateprostitusjon i Stavanger. Det drives oppsøkende virksomhet, formidling og et treffsted. Prosjektet har vært i gang siden juni 1996 og har i løpet av sommeren 1996 hatt kontakt med over 20 kvinner. Tiltaket er administrert av Kirkens bymisjon.

Prostitusjonsprosjektet i Kristiansand var en gruppe igangsatt av «Oppvekstteamet» under undervisningsdirektøren i Kristiansand kommune. Prosjektet drev opplysning overfor hjelpeapparatet og en rådgivningstelefon for menn og kvinner med prostitusjonserfaring. Tiltaket er nå lagt ned, men noen av medarbeiderne brukes fortsatt konsultativt på frivillig basis av hjelpeapparatet.

Undersøkelser blant rusmiddelmissbrukere innlagt til behandling viser at mange, og da særlig kvinner har større eller mindre prostitusjonserfaring. Det er naturlig å bearbeide prostitusjonserfaringer i tilknytning til behandling og dette arbeidet er viet større oppmerksomhet i de senere år. I undersøkelsen «Kvinnerettet rusbehandling» pekes det på behovet for kvalifisering av personalet på dette området og på behovet for å opprette egne kjønnsespesifikke behandlingstiltak for å kunne arbeide videre med bla prostitusjonserfaringer (Taksdal 1995). Tiltakene for prostituerte vil være en betydelig ressurs for behandlingstiltakene i kvalifisering av medarbeiderne og utvikling av tiltak på området.

1.9.4 Nasjonalt kompetansesenter om prostitusjon

Pro-sentret i Oslo kommune er tillagt oppgaver som nasjonalt kompetansesenter på området prostitusjon, foreløpig i en prøveperiode fra 1994 til 1996. Tiltaket evalueres av Arbeidsforskningsinstituttet. I beskrivelsen av kompetansesentrets oppgaver heter det at Pro-sentret skal ha kompetanse på området prostitusjon i vid forstand, dvs både barneprostitusjon, kvinnelig og mannlig prostitusjon. Sentret skal videre ha generell kompetanse på:

- fenomenet prostitusjon
- arbeidsmetoder i sosialt arbeid med personer som prostituerer seg

- hvorledes ulike deler av hjelpeapparatet kan samarbeide om løsninger for å bringe dem det gjelder ut av prostitusjonen

Videre skal sentret:

- yte veiledning på forespørsel fra ansatte i hjelpeapparatet i Norge
- svare på telefonhenvendelser fra hele landet fra personer med prostitusjonsproblemer
- bistå aktuelle universiteter og høyskoler med materiell og undervisning
- ta imot studenter og hospitanter

Foreløpig har sentret, i tillegg til å ta i mot løpende henvendelser, prioritert undervisning, praktikanter og hospitering, samt dokumentasjon. Ved siden av kompetanse på prostitusjon har sentret utviklet kompetanse på kjønns spesifikk behandling. Dette har også gitt seg uttrykk i at Pro-sentret har tilbudt hospiteringsordning for institusjoner som er opptatt av disse områdene. Pro-sentret tilbyr fylkeskommuner å arrangere seminar om prostitusjon.

2. VANEDANNENDE LEGEMIDLER

I tillegg til den terapeutiske nytte, representerer vanedannende legemidler også fare for avhengighet og misbruksproblemer. Dette gjelder såvel blant den allmenne befolkning som i utgangspunktet får slike legemidler i terapeutisk øyemed og så blir avhengige, og for misbrukere av illegale rusmidler som bruker slike legemidler som supplement til andre narkotiske stoffer. I tillegg til den direkte forskrivning fra lege til den som misbruker slike preparater, er det også et betydelig illegalt marked der «overskuddet» fra slik forskrivning omsettes. Mange av de legemidler som blir beslaglagt er således legale i utgangspunktet, men blir beslaglagt i en illegal situasjon. Det er også en rekke beslag av legemidler som kommer fra utlandet og blir tatt enten i forbindelse med innsmugling eller i de tradisjonelle misbrukermiljøene. Antall beslag og mengden av beslaglagte legemidler varierer fra år til år. I 1995 ble det eksempelvis gjort 1 882 beslag av benzodiazepiner som representerte 32 153 enheter (Kripos 1995).

Ved Rogalandsforskning arbeides det med et prosjekt som studerer utilsiktet bruk og illegal omsetning av legemidler i Sandnes kommune. I en foreløpig rapport fra prosjektet pekes det på at misbrukere skaffer seg legemidler eksempelvis ved:

- Bruk av flere leger. Dette synes mest utbredt tidlig i en misbrukskarriere, mens etablerte misbrukere i større grad velger å spille med åpne kort i forhold til en fast lege.
- Tjuveri og nasking fra slekt, venner. I noen grad innbrudd på apotek, legekontor osv.
- Reseptforfalskning.
- Salg på gatenivå i ulike former. Det er avdekket

profesjonelt drevne familienettverk knyttet til omsetning av piller.

Ved analyse av salg av B-preparater ved 12 apotek i Rogaland og Vest-Agder i løpet av 11 måneder, har man fått et bilde av hvordan slike legemidler fordeles seg blant kunder. Mer enn halvparten av kundene hadde bare en ordinasjon i perioden. I gjennomsnitt kjøpte kundene 164 døgndoser i perioden. 13 personer mottok mer enn 2000 døgndoser. Personer over 70 år sto for 40 prosent av den totale mengden B-preparater som ble solgt i perioden. Mye tyder på at det skjer et mer eller mindre organisert salg av B-preparater fra eldre som får resepter på uforholdsvis store kvanta til yngre misbrukere. Studien fra Rogalandsforskning viser også at det er stor forskjell mellom de enkelte legers forskrivning av B-preparater.

2.1 Forbruket av vanedannende legemidler

2.1.1 Smertestillende midler

Bruken av smertestillende midler er generelt lavere i Norge enn i mange andre land. Eksempelvis lå salget regnet i døgndoser pr 1000 innbyggere i 1995 på 64% av nivået i Sverige, 60% av nivået i Danmark og 85% av nivået i Finland. De fleste smertestillende legemidler er imidlertid ikke narkotiske eller vanedannende. Narkotisk virkende smertestillende midler som f.eks morfin og petidin utgjør således mindre enn 5% av den totale bruken av smertestillende midler i Norge. Bruken av narkotisk virkende smertestillende midler er stabil og svarte i 1995 til at omkring tre promille av befolkningen i gjennomsnitt bruker slike legemidler daglig.

Legemidlet buprenorfin (Temgesic) blir brukt i misbrukssammenheng. Etter at dette legemidlet ble klassifisert som A-preparat, er forbruket sunket og har holdt seg på et lavere nivå. Stoff som heroin er ikke tillatt brukt i medisinske sammenhenger. For andre midler, som metadon, er det gitt strenge begrensninger i forskrivningen. I behandling av stoffmisbrukere tillates metadon bare brukt innenfor prosjekter godkjent av Sosial- og helsedepartementet.

2.1.2 Sentralstimulerende legemidler

Sentralstimulerende legemidler som amfetamin (Dexamin) og metylfenidat (Ritalin) hører inn under konvensjonen om psykotrope stoffer, og er klassifisert som forbudte narkotiske stoffer i Norge. Legemidlene er plassert i utleveringsgruppe A. Den medisinske bruken er underlagt strenge restriksjoner. Midlene blir bare tillatt brukt ved noen få indikasjoner, og leger må ha særskilt forskrivningstillatelse fra Statens helsetilsyn.

Forbruket av sentralstimulerende legemidler er jevnt økende. Den viktigste grunnen til dette er etter alt å dømme at sentralstimulerende legemidler først

for alvor er blitt tatt i bruk hos barn med hyperkinetisk atferdssyndrom det siste ti-året, og at flere barn får slik behandling. Det må understrekes at den medikamentelle behandling av barn med hyperkinetiske forstyrrelser må sees på som et supplement til andre hjelpe- og behandlingstiltak, og kan ikke erstatte disse. Foreløpig er det også flere som begynner enn som slutter å bruke disse legemidlene, fordi en del fortsetter opp i ung voksen alder. Hos voksne brukes slike legemidler ved narkolepsi. Det er et betydelig press på myndighetene for å tillate bruk av amfetamin og metylfenidat i behandlingen av atferdsforstyrrelser hos voksne. Internasjonalt er det uttrykt bekymring for den økende bruken av sentralstimulerende midler, særlig blant amerikanske barn. Det internasjonale narkotikakontrollrådet (INCB) oppgir i sin årsrapport for 1995 at 3-5% av alle skolebarn i USA behandles med det sentralstimulerende legemidlet metylfenidat (Ritalin). Beregninger antyder at så mye som 10-12% av alle amerikanske gutter i alderen 6-16 år behandles med metylfenidat.

2.1.3 Sovemidler og beroligende midler

Sovemidler og beroligende midler hører også inn under konvensjonen om psykotrope stoffer. Selv om forbruket av sovmidler og beroligende midler er lavere i Norge enn i mange andre vestlige land, er det av en helt annen størrelsesorden enn bruken av narkotisk virkende, smertestillende legemidler. Forbruket i døgndoser i 1995 svarte til at ca 4-5% av befolkningen i gjennomsnitt kan bruke slike legemidler daglig. Bruken av sovmidler og beroligende midler har vært mye diskutert i Norge, særlig på bakgrunn av de store fylkesforskjellene og den registrerte forskjell i bruk mellom menn og kvinner. Undersøkelser viser at kvinner i gjennomsnitt bruker omkring dobbelt så mye sovmidler og beroligende midler som menn (Bjørndal et al 1983). I de senere år har imidlertid forbruket av slike legemidler vist en nedadgående tendens.

2.2 Kontrollen med vanedannende legemidler

2.2.1 Det formelle regelverk for forskrivning og utlevering

Det følger av § 18 i henholdsvis legeloven og tannlegeloven, at leger og tannleger har rett til å forskrive legemidler i sin virksomhet. Blant helsepersonell er det bare leger og tannleger som har slik adgang. I tillegg kan veterinærer rekvirere legemidler til veterinærmedisinsk bruk, jf veterinærloven § 8. Leger og tannleger er pålagt en generell plikt til å utøve sin virksomhet forsvarlig, jf legeloven og tannlegeloven § 25. Dette forsvarlighetskravet vil således også omfatte legen/tannlegens forskrivningspraksis. I tillegg til det nevnte forsvarlighetskrav reguleres rekvirering av legemidler av forskrift av 11. november 1993 om rekvirering og utlevering av legemidler (utleve-

ringsforskriften). Ved forskrivning av vanedannende legemidler gjelder særlige resept- og utleveringsregler.

Legemidler i utleveringsgruppe A (narkotiske preparater) kan forskrives av leger med autorisasjon. Det finnes visse unntak som er beskrevet i utleveringsforskriftens § 3. For tannleger er rekvisisjonsretten av preparater i gruppe A begrenset til noen bestemte preparater i bestemte mengder, jf utleveringsforskriftens § 4. Også veterinærer kan rekvirere legemidler i utleveringsgruppe A til veterinærmedisinsk bruk, jf utleveringsforskriftens § 5. Ved forskrivning av narkotisk virkende legemidler er det krav om bruk av autoriserte nummererte reseptblanketter med legens/tannlegens Id-nummer påtrykt. Resepten kan bare brukes én gang og blir oppbevart i apoteket i tre år for eventuell kontroll.

Resepter på legemidler i utleveringsgruppe B (sovmidler, beroligende midler og smertestillende midler med innhold av kodein) kan også bare ekspederes én gang. Resepter på B-preparater oppbevares i apoteket i ett år for eventuell kontroll. For utskrivning av B-preparater brukes vanlige reseptblanketter.

Det er Statens legemiddelkontroll som avgjør hvorvidt et vanedannende legemiddel skal klassifiseres som A- eller B-preparat og dermed også hvilke resept- og utleveringsregler som gjelder for det enkelte preparat. Hovedregelen er at legemidler i gruppe A inneholder stoffer som omfattes av Narkotika-konvensjonen. Det er imidlertid visse unntak. Eksempelvis er smertestillende midler med et begrenset innhold av kodein (f eks Paralgin forte) ikke klassifisert som A-preparat selv om det har et visst vanedannende potensiale.

Ved utlevering av vanedannende legemidler fra apotek blir pasientens identitet kontrollert, og det kan også kontrolleres om pasienten er oppført i et særskilt registeret over pasienter som er avhengige av vanedannende legemidler. Videre blir forskrivers identitet og forskrivningsrett kontrollert. Ved mistanke om misbruk, skal utlevering ikke finne sted før apoteket har konferert med den som har skrevet ut resepten. Legemidler som kan nedsette evnen til å føre motorkjøretøy eller utføre risikofylt arbeid, skal være merket med varseltrekant.

2.2.2 Spesielle forskrivningsregler

Gjeldende bestemmelser for forskrivning av metadon:

Legemidler med innhold av metadon kan forskrives til den enkelte pasient i forbindelse med smerter når behandlingen er påbegynt i sykehus. Bruk i forbindelse med behandling av stoffmisbrukere skal bare skje innenfor prosjekter som er godkjent av Sosial- og helsedepartementet, jf utleveringsforskriftens § 3.

Gjeldende bestemmelser for forskrivning av Dexamin (amfetamin) og Ritalin (metylfenidat):

Amfetamin (Dexamin) og metylfenidat (Ritalin), også omtalt som sentralstimulerende legemidler, er i narkotikaforskriften klassifisert som forbudte narkotika i Norge. Helsedirektøren er imidlertid i narkotikaforskriften gitt hjemmel til å gjøre unntak fra forbudet mot import og bruk, når det foreligger «særlige grunner», jf forskriftens § 4. Dagens bruk av legemidlene Dexamin og Ritalin skjer derfor som en unntaksordning.

Dexamin/Ritalin kan således bare forskrives etter spesiell tillatelse fra Statens helsetilsyn. Helsetilsynet gir, etter særskilt søknad, tillatelse til å forskrive sentralstimulerende legemidler ved indikasjonene hyperkinetiske forstyrrelser i barndommen og narkolepsi. Med hensyn til indikasjonen hyperkinetiske forstyrrelser gis det ikke tillatelse til å påbegynne behandling med sentralstimulerende legemidler hos pasienter etter fylte 18 år.

For å kunne få generell tillatelse til forskrive Dexamin/Ritalin kreves det spesialistkompetanse, og at legen regelmessig behandler pasienter med den aktuelle sykdommen. Generell tillatelse til å forskrive legemidlene til barn med hyperkinetiske forstyrrelser, er forbeholdt spesialister i pediatri som arbeider innen barnenevrologi, og spesialister i barne- og ungdomspsykiatri. Generell tillatelse til å forskrive Dexamin/Ritalin til pasienter med narkolepsi, er forbeholdt spesialist i nevrologi. Søknader om generell forskrivningstillatelse blir behandlet samlet én gang pr år. En generell forskrivningstillatelse innebærer at det ikke er nødvendig å gi tillatelse for hver enkelt pasient.

I tillegg til de generelle tillatelsene gis det også spesielle tillatelser til å forskrive til navngitte enkelt-pasienter. Slik tillatelse vil kunne gis til pasientens primærlege når denne skal følge opp behandlingen i hjemkommunen. Det kreves da at behandlingen skal skje i samarbeid med kvalifisert spesialist.

Pasienter som først i voksen alder får diagnosen hyperkinetiske forstyrrelser - spørsmål om forskrivning av sentralstimulerende legemidler:

I løpet av de senere år har spørsmålet om bruk av Dexamin/Ritalin i behandlingen av pasienter som først i voksen alder får diagnosen hyperkinetiske forstyrrelser, vært under diskusjon i Norge. Etter en vurdering av tilgjengelig vitenskapelig litteratur mener Helsetilsynet pr i dag at den faglige dokumentasjon for nytten av slik behandling hos denne pasientgruppen er mangelfull. Bruk av sentralstimulerende legemidler til pasienter som først i voksen alder har fått diagnosen hyperkinetiske forstyrrelser, må etter Helsetilsynets vurdering betraktes som utprøvende og kan derfor eventuelt bare skje innenfor rammene av en vitenskapelig klinisk utprøving som kan bidra til å avklare nytten av behandlingen hos disse pasi-

entene. Dette gjelder selv om det kan sannsynliggjøres at pasienten har hatt diagnosen hyperkinetiske forstyrrelser siden barne-/ungdomsalder. Helsetilsynet foretar nå en ny gjennomgang av dokumentasjonen.

2.2.3 Revisjon av utleveringsforskriften

Utleveringsforskriften er for tiden under revisjon. En av de foreslåtte endringene er krav om påføring av rekvirentens Id-nummer (iht Helsepersonellregisteret) på alle resepter (mot tidligere bare på A-resepter). Dette vil sikre entydig identifikasjon av rekvirent, og gi bedre verktøy ved tilsyn med forskrivning av f eks vanedannende legemidler. For å sikre entydig identifikasjon av mottaker av legemidlet, stilles det krav om at pasientens fødselsdato og kjønn skal påføres resepten i tillegg til navn. I forbindelse med arbeidet med nye forskrifter vurderes det også om det skal kreves at ytterligere opplysninger om pasienten skal påføres resepten (f eks personnummer som i Sverige og i Danmark), og at resepten skal utformes på en standardisert måte.

Endringer i utleveringsforskriften tilrettelegger for et forbedret tilsyn med forskrivning av B-preparater på samme måte som man i Norge har hatt i over 25 år for A-resepter.

2.2.4 Konsensuskonferansen om bruk av benzodiazepiner (BZD)

De fleste sovemidler og beroligende midler som brukes i Norge er av gruppen benzodiazepiner. Debatten om nytten av benzodiazepiner har pågått både i fagmiljø og media, og har engasjert såvel helsepersonell som allmennhet. De senere år er det reist spørsmål om man har undervurdert problemene ved disse medikamentene, også når de brukes i lave doser. I februar 1996 arrangerte Norges forskningsråd i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn en konsensuskonferanse om bruk av benzodiazepiner. Statens helsetilsyn vil i 1996/97 revidere sin veileder i bruk av vanedannende legemidler blant annet på bakgrunn av anbefalingene fra konferansen.

På konferansen drøftet man nytte og konsekvenser av BZD-bruk for den enkelte og for samfunnet. Behovet for bedre retningslinjer og tiltak for å oppnå riktigere bruk, ble også drøftet. Et overordnet mål for konferansen var å fremme god medisinsk praksis og bidra til mere hensiktsmessige prioriteringer i helsevesenet. Her følger spørsmålene som ble stilt på konferansen og noen av de viktigste konklusjonene:

1. Hva vet vi om bruken av BZD i klinisk praksis?

I 1994 ble det omsatt 72 millioner døgndoser med BZD, noe som tilsvarer daglig bruk blant ca 200.000 nordmenn. Bruken av disse midlene er redusert med

40 % siden 1988. Forbruket er vesentlig høyere blant eldre mennesker og blant kvinner enn ellers i befolkningen. Det er ikke mulig å si om forbruket av BZD i Norge er høyere eller lavere enn det bør være. Det er betydelige forskjeller i forskrivningsvolum mellom leger. 80 % av forskrivningen av BZD skjer i allmennpraksis. Registrering av legers forskrivning synes å redusere variasjonen.

2. Hva er dokumentert om medisinske nytte-effekter og bivirkninger av BZD?

Ved korttidsbruk er BZD effektive og sikre medikamenter med raskt innsettende effekt, lav toksisitet og få alvorlige bivirkninger. BZD kan gi avhengighet og misbrukes som rusmiddel. Det er et misforhold mellom den utstrakte langtidsbruk av BZD og den manglende vitenskapelige dokumentasjon på nytten av slik bruk.

3. Hva er dokumentert om avhengighet av BZD ved bruk av terapeutiske doser?

Det er markert tendens til toleranseutvikling, det vil si tap av effekt, ved daglig bruk av BZD, mest uttalt for preparater med kort virketid, men regelmessig bruk av BZD innebærer liten risiko for utvikling av avhengighet. Regelmessig bruk lengre enn 3 måneder fører imidlertid til seponeringsproblemer hos 30-50 %. Seponeringsproblem kan skyldes kombinasjon av tilbakefall til opprinnelig lidelse, forbigående symptomforsterkning og abstinens.

4. Har bruken av BZD viktige sosiale, økonomiske eller etiske konsekvenser? I så fall, hvilke?

Det er ikke dokumentert samfunnsøkonomiske gevinster ved en eventuell endret praksis for forskrivning av BZD i Norge. Det er imidlertid dokumentert at BZD brukt i terapeutiske doser kan redusere kjøreferdigheten. BZD kan derfor ha negative konsekvenser når medikamentene brukes av bilførere eller utøvere av yrker som krever særlig oppmerksomhet.

5. Hvilke dokumenterte alternativer finnes til bruk av BZD?

Det finnes en rekke medikamentelle alternativer til BZD. Gjennomgående har de flere bivirkninger og er dyrere i bruk. Det finnes også alternativ til medikamentell behandling av angsttilstander og nervøse plager som f.eks fysisk trening, kognitiv terapi, eksponeringsterapi, rådgivning og terapeutiske samtaler og hjelp fra frivillige organisasjoner. Det foreligger få gode studier der BZD er sammenlignet med alternative behandlinger.

6. Hvilke kliniske retningslinjer bør legges til grunn ved forskrivning av BZD?

I rapporten oppsummeres en rekke generelle retningslinjer, forebyggende tiltak og tiltak overfor langtidsbrukere ved forskrivning av BZD.

7. Er spesielle tiltak nødvendig for å optimalisere bruken av BZD? I så fall, hvilke?

Utforming av kliniske retningslinjer kan bidra til en mer enhetlig forskrivning av BZD. Videre bør Statens helsetilsyn utforme et pasientskriv om riktig bruk av BZD basert på vitenskapelig dokumentasjon.

Korttidsbruk eller sporadisk bruk av BZD bør tilstrebes. Det bør lanseres 5-pakninger som dekker kortvarige behov. Prispolitikken bør endres slik at det ikke blir lønnsomt å kjøpe store pakninger.

Videre behøves det mer kunnskap om bruk av BZD og det bør derfor opprettes en nasjonal database som registrerer all forskrivning av BZD.

8. Hva er de viktigste oppgaver for forskning og kunnskapsutvikling i tilknytning til bruk av BZD?

Rapporten angir en rekke oppgaver for forskning og kunnskapsutvikling på dette området.

Legemidler med innhold av fluenitrazepan er aktuelle i forbindelse med misbruk. Det er derfor reist forslag fra leger som arbeider med misbrukere om muligheten for å avregistrere f.eks Rohypnol. På grunn av avtaler i forbindelse med EU og EØS er dette imidlertid ikke realistisk. Det kan imidlertid vurderes tiltak for å begrense forbruket av denne type legemidler. Et slikt tiltak kan være å motivere leger til i større grad å skrive ut mindre forpakninger.

2.3 Veiledning, kontroll og tilsyn

2.3.1 Helsetilsynets og fylkeslegenes rolle

Vanedannende legemidler har en viktig plass i moderne medisinsk behandling, men midlene kan gi avhengighet og kan også misbrukes i rusøyemed. Kunnskapen om risiko for tilvenning og misbruk av disse legemidlene er utgangspunktet for myndighetenes regelverk, kontroll, tilsyn og veiledning vedrørende forskrivning og bruk av vanedannende legemidler. I det følgende vil det i hovedsak bli henvist til reglene slik de gjelder i forhold til legers forskrivning av vanedannende legemidler. Dette skyldes at regelverket i store trekk vil være det samme for leger og tannleger på dette området, samt at det i praksis vil være overfor legers forskrivninger at de fleste problemstillinger oppstår.

2.3.2 Veiledning

Både Helsetilsynet og fylkeslegene gir regelmessig veiledning i forbindelse med konkrete saker på dette området. Dette vil typisk skje hvor man overfor en enkelt lege påpeker uheldige sider ved hans forskrivningspraksis og ber om at denne endres, eller i de tilfelle hvor man besvarer en konkret henvendelse fra en lege.

Helsedirektoratet ga i 1990 ut en veileder for for-

skrivning av vanedannende legemidler. Veilederen ble laget for å gi norske leger råd og veiledning i forskrivning av vanedannende legemidler og råd om behandlingen av rusmiddelmissbrukere som henvender seg på legekantoret. Målet med veilederen var å hindre at misbrukere rekrutteres eller at misbruk vedlikeholdes gjennom legers forskrivning av legemidler. På bakgrunn av nye undersøkelser og anbefalinger fra konsensuskonferansen om bruk av benzodiazepiner i februar 1996, vil Statens helsetilsyn foreta en revisjon av veilederen for forskrivning av vanedannende legemidler. Den nye veilederen vil utformes med tanke på at den skal kunne brukes som faglig standard i tilsyn og klagesaker. Den nye veilederen vil i betydelig grad legge vekt på riktig forskrivning og bruk av vanedannende legemidler, men også på situasjoner rundt misbruk.

2.3.3 Legers forskrivning

Helsetilsynet og fylkeslegene fører tilsyn med legers forskrivning av vanedannende legemidler, jf legeloven § 24. Som tilsynsmyndighet mottar Helsetilsynet/fylkeslegene meldinger fra leger, apotek, pasienter, pårørende eller andre ved mistanke om misbruk av eller uforsvarlig forskrivning av vanedannende legemidler. Leger, tannleger, apotekere, apotekbestyrere eller andre med lovbestemt taushetsplikt kan gi opplysninger om mulig misbruk til Statens helsetilsyn, jf legemiddeloven § 25 første ledd. Apotekere og apotekbestyrere vil også kunne gi slik melding etter apotekloven § 23 annet ledd. Opplysningene kan også gis til fylkeslegene, jf Statens helsetilsyns delegasjon av 15. juli 1982. Etter legemiddelovens § 25 annet ledd kan dessuten Helsetilsynet/fylkeslegene kreve opplysninger fra apotek i de tilfeller der det er mistanke om at bestemte personer misbruker vanedannende legemidler. På bakgrunn av ovennevnte opplysninger, vil en nærmere undersøkelse av en leges forskrivning kunne foretas og eventuelle pasienter som er avhengige av vanedannende legemidler, gis nødvendig behandlingstilbud.

Fylkeslegene kan også på eget initiativ foreta undersøkelser, der alle resepter på vanedannende legemidler samles inn fra bestemte apotek i en periode. Ved mistanke om uforsvarlig forskrivning følger Fylkeslegen opp med videre tilsyn med den enkelte forskriver. Ved vurderingen av om en leges forskrivning har vært uforsvarlig, jf legeloven §§ 20, 21 og 25, vil man måtte foreta en konkret vurdering av om den aktuelle forskrivning har vært i overensstemmelse med allment aksepterte, medisinskfaglige normer innenfor angjeldende fagområde på det tidspunkt forskrivningen ble gjort. I vurderingen tar man blant annet utgangspunkt i ovennevnte veileder for forskrivning av vanedannende legemidler. Forskrivningsmønsteret blir videre vurdert i forhold til type praksis og den pasientgruppe legen har. Dersom fylkeslegen konkluderer med at forskrivningen er ufor-

svarlig, og legen ikke endrer sin praksis etter Fylkeslegens råd og veiledning, eventuelt etter en uformell kritikk, blir saken sendt til Statens helsetilsyn for vurdering. Helsetilsynet vurderer om det er nødvendig å gi en administrativ reaksjon mot legen, som er strengere enn den uformelle kritikk som fylkeslegene kan gi. Helsetilsynet kan gi en lege som har forskrevet og/eller forskriver uforsvarlig, en tilrettevisning eller en advarsel med hjemmel i legeloven § 52, eventuelt tilbakekalle legens forskrivningsrett, jf legeloven § 20, eller tilbakekalle autorisasjon, jf legeloven § 8.

Helsetilsynet kan som nevnt ovenfor, frata en lege forskrivningsretten dersom legens forskrivning av vanedannende legemidler er uforsvarlig. Det må foreligge tilfredsstillende dokumentasjon for den uforsvarlige forskrivningen. Legen får i slike saker mulighet til å uttale seg, og saken forelegges også Statens legeråd med anmodning om uttalelse, jf legeloven § 10. Rådets medlemmer representerer både juridisk og medisinsk kompetanse. Det er derfor en relativt tidkrevende prosess å frata en lege retten til å forskrive legemidler. En kan imidlertid også gjøre midlertidige hastevedtak (suspensjon) inntil endelig vurdering av tilbakekall kan foretas. I slike situasjoner må nødvendig dokumentasjon foreligge, og legen bør ha fått mulighet til å uttale seg. Avhengig av sakens karakter kan, som nevnt ovenfor, både mildere sanksjoner som tilrettevisning og advarsel være aktuelt, eller i de mest alvorlige tilfellene tap av autorisasjon. Legen kan også selv velge å gi avkall på sin forskrivningsrett for en bestemt tid eller for alltid, jf legeloven § 20 annet ledd. I 1995 var det til sammen 12 leger som ga fra seg eller tapte forskrivningsretten.

2.3.4 A-preparater

Apotekenes utlevering av narkotisk virkende legemidler (A-preparater) til pasient eller rekvirent etter resept, eller til helseinstitusjon etter rekvisisjon, registreres i et nasjonalt narkotikaregister som administreres av Helsetilsynet. Norsk Medisinaldepot på vegne av Helsetilsynet legger resept-/rekvisisjonsopplysningene inn i et dataregister og lager rapporter/liste over utlevering av legemidler i utleveringsgruppe A. Rapportene/listene som oversendes Helsetilsynet inneholder bl a rekvirentens Id-nummer (registreringsnummer i Helsepersonellregisteret), pasientens fødselsdato, kjønn og initialer, utleveringssted (apoteknummer) preparatnavn, pakningsstørrelse og antall pakninger som er utlevert. Opplysningene legges inn i et EDB-register (fra 1970) og kjøres ut på papirlister som oversendes Helsetilsynet. Datafilene blir så slettet. Dagens register er tungvint i bruk og lite fleksibelt og en oppgradering av registeret vurderes. Bruken av autoriserte og nummererte reseptblanketter med rekvirentens Id-nummer påtrykt, gjør det likevel mulig å følge den

enkelte rekvirents forskrivning, og eventuelt kan den enkelte pasients kjøp fra apotek følges.

Systemet gjør det mulig å føre tilsyn med legers og tannlegers forskrivning til ulike pasienter, og det er mulig å vurdere enkeltpasienters samlede kjøp selv om de har fått resepter av forskjellige leger/tannleger. All utlevering til pasienter i helseinstitusjoner registreres ved den enkelte institusjon, men disse opplysningene inngår ikke i det nasjonale narkotikaregisteret.

Det nasjonale narkotikaregisteret er nå tatt i bruk mer aktivt enn tidligere i tilsynet med forskrivningen ved at Helsetilsynet med jevne mellomrom har begynt å sende oversikter til fylkeslegene over de legene som forskriver mest. Fylkeslegene får på denne måten en bedre mulighet til å følge opp legenes A-forskrivninger i de respektive fylker. Dette vil kunne utvikles videre ved at opplysninger om A-forskrivninger gjøres lettere tilgjengelig for fylkeslegene.

2.3.5 B-preparater

Mulighetene for oppfølging av forskrivning og bruk av vanedannende legemidler i utleveringsgruppe B, det vil si sovemidler, beroligende midler og kodeinholdige legemidler, er lite tilfredstillende. Disse legemidlene inngår ikke i helsemyndighetenes dataregister slik som legemidler i utleveringsgruppe A. Ved forskrivning av legemidler i utleveringsgruppe B, blir det i dag benyttet vanlige, ofte håndskrevne resepter. Kvaliteten på reseptinformasjonen er derfor varierende og lite egnet for systematisk oppfølging. Forbruket av B-preparater er langt høyere enn for A-preparater. Kritikkverdig forskrivning og også misbruk av B-preparater, er trolig et større problem enn for A-preparater, i alle fall kvantitativt.

Det er et klart behov for å forbedre metodene for tilsyn med forskrivning av vanedannende legemidler. Systematiske kartlegginger gjort av flere fylkeslegekontorer gjennom mange år, har avdekket forskrivningsmønstre som har gitt grunnlag for nærmere samtaler, veiledning og oppfølging. I befolkningstette områder med flere apotek, krever dette samkjøring av data. Dette er i dag arbeidskrevende og krever spesiell datakompetanse. Den systematiske oppfølging kan derfor variere mellom fylkene. Helsetilsynet har på bakgrunn av dette startet et arbeid der man ser på muligheten for å gjøre tilsynet med forskrivning, kontroll og bruk av vanedannende legemidler mer effektivt, systematisk og forutsigbart.

2.4 Generelle kriterier for tilsyn

I tillegg til et godt datagrunnlag for å kunne føre tilsyn, er det nødvendig å finne fram til gode kriterier for når fylkeslegene bør ta kontakt med leger/tannleger for nærmere vurdering av forskrivning av vanedannende legemidler.

Helsetilsynet vil utarbeide et «verktøy» for Helsetilsynets og fylkeslegenes tilsyn med forskrivning av

vanedannende legemidler. Det er bl a ønskelig å komme frem til bestemte kriterier som indikerer når det er aktuelt å undersøke rekvirenters forskrivningsmønster nærmere. Eksempler på slike kriterier kan være antall definerte døgndoser (DDD) forskrevet i en viss periode, andel A- og B-resepter av totalt antall utskrevne resepter, og aldersprofil og kjønnsfordeling på rekvirentens pasienter som får forskrevet vanedannende legemidler.

Det er imidlertid viktig å være klar over at et forskrivningsmønster som i utgangspunktet oppfyller noen av de kriteriene som fastsettes, kan ha fullt ut akseptable årsaker. Legens praksistype (feks smerteklinikk) eller pasientgrunnlag (feks stor overvekt av eldre) kan forårsake et forskrivningsmønster som ligger utenfor normalområdet. Dette må vurderes av fylkeslegen i hvert enkelt tilfelle.

Apotekenes rolle. Apotekenes oppgave er å påse at pasienten får utlevert de legemidlene legen har forskrevet, og at legemidlene er påført en riktig og forståelig bruksanvisning. Apotekene skal også gi den tilleggsinformasjon som anses nødvendig i de enkelte tilfeller. Denne del av apotekenes arbeid reguleres av utleveringsforskriften. Med utgangspunkt i problematikken omkring forskrivning av vanedannende legemidler er det spesielt §§ 23 og 24 som må trekkes fram. I § 24 punkt 3 heter de at: «Legemidler med innhold av narkotika m.v. må ikke utleveres når det er sannsynlig at de vil bli misbrukt, før apoteket har konferert med reseptutstederen.» Apotekpersonalet har ikke sjelden annen kunnskap om pasienten enn det legen har, og føler derfor ofte behov for å få forskrivningen bekreftet av legen.

Apoteket kan oppdage at flere leger forskriver til samme pasient og at enkelte pasienter får utlevert uforholdsmessig store mengder vanedannende legemidler. Apotekene kan også oppdage at enkelte leger generelt forskriver store mengder vanedannende legemidler til egen praksis eller til enkelte pasienter. I slike tilfeller bør apotekene melde fra til fylkeslegen med hjemmel i apotekloven 23 annet ledd og legemiddeloven § 25.

Dersom en pasient får forskrevet vanedannende legemidler fra flere leger og henter ut disse fra forskjellige apotek, er det vanskelig for apotekene å vurdere om pasienten misbruker vanedannende legemidler. Dersom en lege forskriver vanedannende legemidler f eks til bruk i egen praksis eller til en pasient, hvor uttak av legemidlene skjer på forskjellige apotek, er det også vanskelig å få en oversikt over legens forskrivning. Her kan bare kobling av data fra flere apotek synliggjøre omfanget. I en nasjonal, reseptbasert legemiddelstatistikk kan fylkeslegen få denne muligheten.

Helsetilsynet/fylkeslegene har i dag få muligheter til å følge opp legenes forskrivninger av legemidler i gruppe B. Pr i dag må Helsetilsynet/fylkeslegene rette en henvendelse til alle aktuelle apotek for å få vite omfanget av disse forskrivningene. Som nevnt tidli-

gere, finnes det ikke opplysninger om legemidler i gruppe B i det eksisterende nasjonale narkotikaregisteret. Ved opprettelsen av en nasjonal, reseptbasert legemiddelstatistikkbase, vil Helsetilsynet/fylkeslegene lettere kunne få oversikt over både A- og B-forskrivninger.

Det heter i apotekloven § 29 at apotekets leveringsplikt ikke omfatter legemidler som kan misbrukes når disse er forskrevet til personer som Statens helsetilsyn har bestemt ikke skal ha slike midler og når melding om dette er sendt til landets apotek

Til tross for at kravene til rekvirering og utlevering av vanedannende legemidler er såpass omfattende, forekommer det falske resepter. Dersom det er tvil om en resept er ekte, kan apoteket ta kontakt med forskrivende lege og få brakt dette på det rene, jf utleveringsforskriften § 22 annet ledd. Hvis legen bekrefter at resepten er falsk eller at legen som er oppgitt ikke eksisterer, kan apoteket anmelde saken. Apoteket kan også anmelde en sak hvor pasienten har rettet en resept utstedt av en lege. Også Statens helsetilsyn vil kunne politianmelde en sak «dersom det foreligger mistanke om lovstridig handling», jf legemiddeloven § 25. Man må regne med at ikke alle falske resepter blir oppdaget av apotekene. Systemet vil aldri kunne bli så sikkert at dette helt kan unngås. Det vil alltid være en balanse mellom sikkerhets-/kontrolltiltak og det som er ønskelig eller praktisk gjennomførbart.

Register over pasienter som er avhengige av vanedannende legemidler. Som et ledd i oppfølgingen av pasienter med et særlig høyt forbruk av vanedannende legemidler, er det etablert et register over pasienter som er avhengige av vanedannende legemidler. Ordningen som ble etablert på midten av 1950-tallet, administreres av Statens helsetilsyn og fylkeslegene i fellesskap. En nylig gjennomgang av ordningen førte bl a til at Helsetilsynet i januar 1995 ga ut «Retningslinjer for registrering av pasienter som er avhengige av vanedannende legemidler»

Formålet med ordningen er å:

- forhindre at pasienter utvikler avhengighet av vanedannende legemidler
- øke mulighetene til å avvikle eller redusere bruken av vanedannende legemidler hos pasienter som er blitt avhengige
- forhindre at avhengighet opprettholdes ved at brukeren ukontrollert kan benytte flere leger for å få forskrevet vanedannende legemidler
- sørge for en medisinsk forsvarlig behandling av de pasienter som har et medisinsk konstatert behov for vanedannende legemidler i særlig høye doser

Vedvarende eller sporadisk overdrevet og uforvarlig bruk av legemidler i utleveringsgruppe A og/eller B skal ligge til grunn for å kunne føre en pasient opp i registeret. For å fastslå om det nevnte forhold er til stede, skal ett eller flere av følgende kriterier legges til grunn:

- Det foreligger en erkjennelse fra pasienten og et skriftlig samtykke til å bli oppført i registeret.
- Langvarig (mer enn to måneder) bruk av ett eller flere vanedannende legemidler i doser som er klart høyere enn det som anses som medisinsk begrunnet. Eventuelt bruk av flere forskrivere for å oppnå et slikt forbruk.
- Langvarig (mer enn to måneder) bruk av ett eller flere vanedannende legemidler i kombinasjon med misbruk av andre rusgifter som feks alkohol.

Andre forhold enn de ovennevnte kan etter konkret vurdering legges til grunn i det enkelte tilfellet. Det må da foreligge en særskilt begrunnelse. Pasientene må som hovedregel selv gi samtykke til å oppføres i registeret. Uavhengig av pasientens samtykke vil han/hun imidlertid kunne bli registrert dersom fylkeslegen finner at vilkårene for registrering er til stede. Et vedtak om registrering er å anse som et enkeltvedtak, og vedkommende som føres opp i registeret har følgelig klageadgang i henhold til forvaltningslovens bestemmelser. Også i de tilfeller der det foreligger skriftlig samtykke, skal det opplyses om klageadgang. Pasienter som føres opp i registeret får tilbud om medisinsk oppfølging og forplikter seg til å bruke en bestemt lege og et bestemt apotek i oppfølgingsperioden. Pasientopplysningene som legges inn i registeret, skal slettes etter 5 år. Dersom det er grunnlag for å fastholde en registrering utover denne tiden, må det fattes nytt vedtak. Dersom det er grunnlag for å omgjøre vedtaket om oppføring i registeret, kan pasientopplysningene strykes før det er gått 5 år. Landets apotek og legene i det fylket pasienten er hjemmehørende, vil motta melding (såkalt «fortrolig melding») om at pasienten er oppført i «Registeret over pasienter som er avhengige av vanedannende legemidler». En slik melding vil bla gi opplysning om hvilken lege og hvilket apotek pasienten skal forholde seg til (jf foregående avsnitt). Pr i dag er ca 3800 personer oppført i dette registeret.

3. BEHANDLING

Mange års erfaringer har vist at behandling av rusmiddelmisbrukere ikke er noen enkel oppgave. Hva samfunnet får igjen for de relativt store kostnadene som er forbundet med behandling av misbrukere og i hvilken grad behandling nytter, er derfor legitime spørsmål som blir aktualisert i stadig større grad. Siden det er så mange typer behandlingstiltak, blir det naturlig nok også reist spørsmål om og i hvilken grad, noen former for behandling gir bedre resultater enn andre. Det er med andre ord ikke bare et spørsmål om hvor mange eller få behandlingsplasser som kan skaffes til veie, men også hva som skal være innholdet i behandlingen. Det er også et spørsmål om innholdet i behandlingen er egnet til å møte de problemer misbrukerne har og om de eksisterende

ressursene blir godt nok utnyttet. Det er derfor på tide å se med kritiske øyne på de mer kvalitative sidene ved ulike typer behandlingstiltak. Med en faglig gjennomgang av de ulike sidene ved behandling av stoffmisbrukere vil man således kunne bli bedre i stand til en mer planmessig og langsiktig utvikling av behandlingstiltak.

Hvorvidt behandling nytter, kan i første omgang synes som et enkelt spørsmål. I praksis er det imidlertid sammensatt og komplisert, og har derfor ikke noe enkelt eller entydig svar. Et avgjørende spørsmål i denne sammenheng er hvilke mål vi bruker og når man skal kunne snakke om resultater av behandling. Hvis man bare aksepterer et behandlingsresultat der klientene har sluttet å bruke rusmidler som tilfredsstillende, vil det i praksis være vanskelig å gi et entydig positivt svar på om behandling virker. Hvis man derimot ser på behandling som en prosess, og kan godta atferdsendringer som går i retning mot mindre misbruk og bedre mestring av ulike livsområder som delmål mot et større mål om rehabilitering, vil det være enklere å svare bekreftende. Med et slikt utgangspunkt er det lettere å finne positive resultater fra behandling. De fleste misbrukere som kommer ut av misbruket gjennom behandling, har vært inntatt flere behandlingsopplegg, enten innen samme tiltak eller de har vært gjennom flere behandlingstiltak. Erfaring tilsier derfor at det er viktig å ikke gi opp selv om man ikke lykkes i første omgang. I mange tilfeller er rehabilitering å sammenligne med et hus som må bygges, og behandlingserfaring kan sees på som byggesteiner i et slikt hus.

Behandling virker imidlertid ikke i et vakuum. Som kjent er det mange faktorer som påvirker folks atferd og dette gjelder selvsagt også for misbrukere. Det vil ofte være krefter i og utenfor den enkelte person som trekker i andre retninger enn behandlingen. Noe av endringsprosessen består således i å få kontroll over det som trekker mot et fortsatt misbruk. Dette kan for mange være en lang og vanskelig prosess, og alle når ikke målet om et liv uten bruk av rusmidler. Det er imidlertid ingen enkel oppgave å forutsi hvem som vil klare det, hva som skal til og hvor lang tid den enkelte misbruker vil trenge for å etablere en stabil rusfri tilværelse.

3.1 Hva er behandling og hva er nytten?

Dagens behandlingstilbud inneholder alt fra profesjonelle psykoterapeutiske tilnærminger til mer enkle, livssynsbaserte tiltak der samlingen omkring det kristne budskap er det sentrale. Det er ikke nødvendigvis gitt at den ene type tiltak er så mye bedre enn den andre, målt i form av positive resultater.

På oppdrag av Sosial- og helsedepartementet foretok overlege ved Incognito klinikk i Oslo, Jon Johnsen og sosialøkonom Elizabeth Nygaard ved Folkehelsen en gjennomgang av ulike former for behandling (Johnsen og Nygaard 1995). Utredningen var

basert på ulike behandlingsstudier i inn- og utland med hovedvekt på behandling for alkoholmisbruk. En tilsvarende gjennomgang av ulike studier av stoffmisbrukere i behandling er gjort av forsker Edle Ravndal (Ravndal 1993).

På bakgrunn av litteraturgjennomgangen trekker Johnsen følgende konklusjoner om nytten av behandling:

- Det er ikke en enkelt behandlingsmetode som er effektiv for alle personer med rusmiddelproblemer.
- En rekke studier av ulike grupper har vist at behandling i institusjon ikke gir bedre resultater enn poliklinisk behandling.
- Noen av de beskrevne behandlingsmetoder har gitt bedre behandlingsresultater enn andre behandlingsmetoder og ført til bedre livskvalitet enn ingen behandling i det hele tatt.
- Kortvarig, motiverende rådgivning kan være effektivt sammenlignet med ingen behandling. Disse behandlingsmetodene kan være kostnadseffektive sammenlignet med omfattende og intens behandling.
- Behandling av andre problemer enn rusmiddelproblemet kan forbedre behandlingsresultatet.
- Egenskaper ved terapeuten har betydelig innvirkning på behandlingsresultatet.
- Behandlingsresultatet påvirkes av samspillet mellom en rekke faktorer som pasientens motivasjon for behandling, pasientens sosiale situasjon etter endt behandling, egenskaper ved individet som søker behandling og type rusmiddelproblem.
- Pasienter som behandles for sine rusmiddelproblemer vil oppnå høyst forskjellige behandlingsresultater med hensyn til rusmiddelbruk.
- Det er stort frafall av pasienter i behandlingstiltakene for stoffavhengige, hvilket sannsynligvis har sammenheng med graden av psykiatrisk sykkelighet.
- De pasientene som reduserer rusmiddelbruken betydelig eller som blir totalavholdende, vil som oftest oppleve forbedringer på flere områder, særlig hvis perioden med betydelig redusert forbruk blir langvarig.

Etter Johnsens oppfatning er det hensiktsmessig med en bred definisjon av hva som er behandling og han gir en summarisk beskrivelse av hva ulike former for behandling kan innebære:

«Behandling omfatter en lang rekke tiltak som inkluderer identifikasjon, kartlegging, vurdering, rådgivning, behandling, omsorg og oppfølging av individer med rusmiddelproblemer.»

Målsettingen med disse tiltakene er å kontrollere eller stoppe rusmiddelbruken, samt forhindre videre utvikling av medisinske, psykologiske eller sosiale problemer.

Når man diskuterer behandling, tar man som oftest utgangspunkt i en gruppe med langtkomne pasi-

enter, uten å inkludere tiltak for dem som har mindre alvorlige problemer. Hensikten med denne vide definisjonen er at alle de individer som blir diagnostisert til å ha et rusmiddelproblem, også de med begynnende problemer, skal tilbys en eller annen form for assistanse.

Behandlingsprogrammer for rusmiddelbrukere må danne en kontinuerlig og helhetlig tiltakskjede, slik at både individer med akutte såvel som kroniske problemer kan tilbys hjelp. Det er viktig å være klar over at personer i enkelte situasjoner kan ha behov for akutt hjelp mens de i andre faser kan ha behov for støtte og omsorg. Tre ulike hovedtiltak må derfor være tilstede for å kunne tilby en komplett behandlingsskjede. Disse hovedtiltakene kan inndeles i akutt- behandlings- og oppfølgingstiltak. Disse ulike hovedtiltakene består av følgende elementer:

Akutt-tiltak:

Akuttbehandling - i form av hjelp til å løse akutte medisinske, psykologiske og sosial problemer forårsaket av rusmiddelbruk.

Avrusing - behandling av forgiftninger og abstinenssymptomer.

Kartlegging - identifisering av et rusmiddelproblem med henvisning til videre behandling.

Behandling:

Vurdering - utvikling av en behandlingsplan som, etter kartlegging av personens fysiske, psykiske og sosiale ressurser, skal ha som målsetning å stoppe eller redusere rusmiddelforbruket.

Primær behandling - bruk av ulike terapeutiske metoder for å redusere rusmiddelforbruket samt bedre pasientens fysiske, psykologiske og sosiale funksjonsnivå. Behandlingen kan foregå poliklinisk eller være i institusjon og være kort- eller langvarig.

Utvidet primærbehandling - selve primærbehandlingen kan etterfølges av en stabiliseringsfase, hvor behandlingstiltakene retter seg mot å stabilisere de resultatene som er oppnådd. I denne fasen vil ulike utførelsestiltak som arbeidstrening og videre- og etterutdanning være aktuelt. Pasienten kan f.eks i en periode være dagpasient eller nattpasient eller daglig møte opp i behandlingssenheten for å ta f.eks metadon eller antabus.

Oppfølgingsbehandling:

Ettervern - fortsatt tilbud om bruk av begrensede terapeutiske tiltak i den hensikt å opprettholde den bedring som ble oppnådd som en følge av primærbehandlingen.

Tilbakefallsforebyggende behandling - oppfølging i form av mer omfattende behandling rettet mot å hindre tilbakefall i høyrisikosituasjoner.

Vernede botiltak - pasienter som trenger høy grad av støtte og tilsyn, fordi de har betydelig svekkelse i psykososialt eller medisinsk funksjonsnivå.»

3.2 Hvordan finne ut om behandling virker?

Det er knyttet store metodologiske problemer til en god vitenskapelig evaluering av ulike behandlingstilbud. Dette har delvis sammenheng med det som allerede er nevnt om at det sjelden er en enkelt ting som fører til at misbruket tar slutt eller fortsetter. Delvis henger forskningens problemer også sammen med at det i praksis er svært vanskelig å bruke meto-

der i behandlingsforskning som tilfredsstiller de vitenskapelige krav som normalt settes til forskning.

Eksperimentelle studier. Den mest anerkjente vitenskapelige metoden for å avgjøre om behandling i det hele tatt er virksom, er det som kalles randomiserte og matchede, kliniske studier. Det vil si at resultatet av behandling for en gruppe sammenlignes med en tilsvarende gruppe som ikke har vært i behandling, eller en gruppe som har hatt en annen type behandling (kontrollgruppe). For at sammenligningen skal gi mening, må det ikke være noen systematiske forskjeller mellom de ulike klientgruppene som kan påvirke behandlingsresultatet. Det vanligste i slike tilfeller er derfor å fordele pasientene tilfeldig (randomisere) etter visse kriterier til de gruppene som skal sammenlignes. Dette gjør at individuelle forskjeller som kan påvirke utfallet av behandlingen, blir tilfeldig fordelt mellom gruppene. Selv om slike klinisk kontrollerte studier er nyttige og etter mange forskeres mening det eneste som kan si noe om mulige effekter av ulike former for behandling, er det imidlertid vanskelig å bruke en slik tilnærming i den kliniske hverdag. Det er særlig bruk av randomiserte kontrollgrupper som byr på problemer. For å gjennomføre en forsvarlig randomiseringsprosedyre trengs det spesielle metodologiske kunnskaper og ressurser som sjelden finnes hos de behandlere som tar klienter inn i behandling. Dessuten vil mange behandlere oppleve det som etisk uforsvarlig å bruke hensyn til forskning som argument for å avslå en bestemt type behandling for en klient, og vil derfor ha motforestillinger mot å etablere kontrollgrupper. Mange henvisende instanser vil også ha motforestillinger mot å henvise klienter til forsøk hvor kontrollgrupper inngår. De vil dermed på forhånd velge ut hvilke klienter de henviser, og f.eks la være å henvise de dårligste eller mest trengende til et slikt opplegg.

Deltakerne i kontrollerte forsøk utgjør også av andre grunner svært selekterte grupper. Ofte eliminerer man potensielle deltakere med spesielle problemer - f.eks fysiske skader av misbruk - spesielle diagnoser eller bestemte former for fungering. Slike seleksjonskriterier reduserer generaliseringsmulighetene fra resultatstudiene i betydelig grad. Dessuten er det også resultater fra internasjonal forskning som tyder på at personer som melder seg frivillig til slike behandlingsforskningsprosjekter, systematisk er forskjellige fra de som ikke ønsker å delta. Det er også spesielle problemer knyttet til en kontrollgruppe som ev. ikke skal ha behandling. I utgangspunktet må også denne gruppen gjennomgå en eller annen form for kartlegging for at man skal kunne sammenligne. Dette kan i seg selv ha en terapeutisk effekt og sees på som en form for «behandling».

En mulig måte å løse slike problemer på, er å fordele klientene tilfeldig til to ulike typer behandling som kan presenteres som likeverdige. Man slipper da de etiske betenkelighetene knyttet til det å ikke

kunne tilby behandling, eller at en behandling er «bedre» enn en annen. Det er imidlertid ikke alltid slik at klientene selv opplever de to behandlingsalternativene som likeverdige, og de vil derfor kunne foretrekke den ene behandlingen framfor den andre. I slike tilfeller vil det bli problemer med motivasjon og mulig negativ effekt av klientenes egne ønsker.

Slike randomiserte, kontrollerte studier kan være egnet i utprøving av medisiner og medisinsk behandling, men er mer problematisk når det gjelder ulike former for psykoterapeutisk eller sosialpedagogisk behandling, som ofte gis i tilfeller med rusproblemer. Behandling for rusmiddelmissbruk er mer kompleks og varierende enn det man vanligvis ser ved medisinsk behandling. Innholdet i individuell terapi eller gruppeterapi vil eksempelvis kunne variere fra gang til gang. To standarddoser med et konkret medikament vil derfor være lettere å sammenligne enn f.eks. to sesjoner av «standard» gruppeterapi. I Norge har vi således ingen slike kontrollerte studier av resultater av behandling for narkotikamissbruk. Det er også svært få studier i internasjonal sammenheng.

Oppfølgingsstudier. Systematiske oppfølgingsstudier eller det som gjerne kalles prospektive studier, er en annen metode. Dette innebærer at man følger klientene fra behandlingen starter og videre over et bestemt tidsrom. En slik oppfølgingsstudie omfatter vanligvis gjentatte undersøkelser på bestemte tidspunkter, både i løpet av og etter at behandlingen er avsluttet. Selv om en slik måte å undersøke effektene av behandling på ikke anses som like vitenskapelig holdbar, unngår man de praktiske og etiske problemene som er nevnt ovenfor. Dette er imidlertid også en ressurskrevende undersøkelsesmetode. I Norge er en slik tilnærming brukt bl.a. når det gjelder de 200 første klientene som tok kontakt med Veksthuset i Oslo og i det tre-årige nasjonale forsøksprosjektet med metadonbehandling som ble satt i gang i 1994.

Etterundersøkelser. Den vanligste metoden er imidlertid å foreta en etterundersøkelse - eller det som kalles en retrospektiv undersøkelse. I dette tilfelle undersøker man på et bestemt tidspunkt hvordan det er gått med klienter som har vært i behandling i et gitt tidsrom. Den nylig avsluttede Tyrili-undersøkelsen og den pågående undersøkelsen av klienter som har vært på kvinnekollektivet Arken, er eksempler på dette. Selv om det i mange tilfeller kan by på store praktiske problemer å finne fram til de klientene man ønsker å undersøke, er dette likevel den minst ressurskrevende måten å gjøre slike undersøkelser på.

Uansett hvilken tilnærming man velger for å undersøke effekt av behandling, viser det seg å ha stor betydning hvor lang tid det er gått etter behandlingen ble avsluttet. Selv om klienten ikke synes å ha problemer med rusmidler når han eller hun avslutter et behandlingsopphold, er resultatet ofte mindre po-

sitivt hvis man følger klientene i et visst antall år etter utskrivning. Det kan selvsagt også tenkes at klienter som ikke ser ut til å ha profitert på et behandlingsopphold, senere viser seg å bli kvitt sine misbruksproblemer. Om dette så kan tilskrives den konkrete behandlingen man ønsker å undersøke effekten av, er et spørsmål det som tidligere nevnt ikke er enkelt å svare på.

Nytte - kostnad. Det har i liten grad blitt foretatt vurderinger av nytten av behandling og kostnadsberegninger i denne forbindelse. Dette er også svært komplisert. Når vurdering av terapeutiske intervensjoner skal sees i forhold til økonomiske kalkyler, er det på mange måter ulike forståelser av hva som faktisk finner sted som skal møtes. Det er snakk om svært ulike tilnærminger for hva som skal være utgangspunkt eller inngå i en beregning av hva behandling koster. Man kan også stille spørsmål om hvem som skal være utgangspunktet for beregning av eventuell nytte, misbrukeren som individ eller samfunnet. Det er ingen selvfølge at resultatet vil bli det samme.

I en rapport fra SIFA om beregning av kost-nytte i behandling av misbruksproblemer drøfter sosialantropologen Hans Christian Sørhaug ved Arbeidsforskningsinstituttene denne type problemstillinger (red Waal og Duckert 1996). Ved et terapeutisk perspektiv vil man som regel legge til grunn en mer eller mindre kompleks forståelsesramme ved å se på ulike hendelser eller intervensjoner i og utenfor den konkrete behandlingssituasjon. Bakgrunnen for dette er at det aldri vil være mulig å fastslå med sikkerhet i hvilken grad endringer i misbruksatferd kan knyttes til den aktuelle behandlingen, om det er faktorer utenfor behandlingssituasjonen eller en kombinasjon av dette. Slik sett vil man ut fra en behandlingssmessig synsvinkel finne det mer eller mindre umulig å finne svar på hva det var som utløste en eventuell forandring. I et rent økonomisk perspektiv kan man imidlertid langt på vei bestemme seg for å sette et tidspunkt for når en konkret behandling starter og når den avsluttes, og ut fra dette anslå hva behandlingen har kostet. For å bestemme nytten kan man således på den ene eller andre måten finne et mål for den eventuelle «bedringen» som har funnet sted innenfor tidsrammen for behandlingen, og således få et økonomisk mål på «kost - nytte». Sørhaug understreker at det ikke desto mindre vil være nødvendig med et samarbeid mellom terapeuter og økonomer for å foreta såkalte «kost - nytte»-beregninger, slik at man kan komme fram til et minste felles multiplum av rammebetingelser for denne type beregninger.

Steinar Andersen, John E. Berg, Tor Bjerkdal og Per Ø. Alveberg ved seksjon for forebyggende medisin, Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo, har publisert funn fra en studie av dødelighet blant klienter som har vært til behandling i ulike tiltak for rusmiddelmiss-

brukere (Andersen et al 1996). De seks institusjonene som inngår i undersøkelsen er gruppert som henholdsvis psykiatrisorienterte institusjoner og kollektiver/attføringsinstitusjoner. Et sentralt spørsmål i undersøkelsen er om forskjeller i dødelighet kan tilskrives den behandling klientene har fått på et tidligere tidspunkt (1984–85). Undersøkelsen peker i retning av at dødeligheten etter ti år er størst blant klientene innlagt på psykiatrisorienterte institusjoner, og at man på denne bakgrunn kan konkludere med at de mest kostnadskrevende tiltakene ikke nødvendigvis er de mest effektive.

Sosial- og helsedepartementet har sammen med Norges forskningsråd tatt initiativ til at det settes i gang et større forskningsprosjekt som skal prøve å komme videre i vurderingen av kostnad i forhold til nytte i behandling av personer med misbruksproblemer. Ved Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning arbeides det med konkretisering av prosjektet som forutsettes å inngå i videreføringen av Rusmiddelforskningsprogrammet i regi av Norges forskningsråd. Som en del av forarbeidet har sosialøkonom Elizabeth Nygård diskutert en del sentrale økonomiske begreper i forhold til gjennomføringen av et slikt prosjekt (red Waal og Duckert 1996). Nygård sier bl a:

«Det blir ofte hevdet at narkotikamisbruksbehandling er individuelt lagt opp og så avhengig av den enkelte terapeut at det nesten er umulig å si noe generelt om ressursforbruket i de ulike typer institusjoner. I tillegg til vanskene med valg av resultatindikator, har en altså problemer med å definere og beskrive hva som skiller ulike behandlingsopplegg fra hverandre. Følgelig er det også vanskelig å beregne kostnadene ved behandlingene. For å komme videre i mulighetene for økonomisk evaluering av narkotikamisbruksbehandling, må det derfor legges arbeid i å lage gode definisjoner av ulike behandlingsopplegg, og det må legges vekt på å beskrive forskjellene i ressursbruk. En rimelig utgangshypotese må kunne være at de gode terapeutene er tilfeldig fordelt på de ulike institusjoner, slik at «terapeutfaktoren» kan holdes utenfor analysen. Dersom institusjonene rekrutterer i gjennomsnitt like pasienter, skulle det være mulig å beregne gjennomsnittskostnader pr gjennomsnitts rusmiddelbruker. Videre må det utarbeides et instrument som kan beskrive rusmiddelbrukernes helsetilstand både ved innskrivning i og ved utskrivning av institusjon. For å kunne evaluere ulike behandlingsopplegg, må samme instrument brukes. I første omgang er det viktigere å bruke samme instrument enn å finne fram til det perfekte instrument. Det kan også være interessant å beregne kostnader og eventuelle resultater ved å lage «herberger» for narkotikamisbrukere, slik at de får mat og har en seng. Om ikke rusmiddelbruken reduseres, vil en kanskje kunne bedre livskvaliteten til brukerne av herberger. Kanskje slike enkle tilbud har samme effekt som langvarig og kostbar behandling?

Et annet forhold som er viktig å fange opp ved evaluering av rusmiddelbehandling, er at rusmiddelmisbrukere ofte er mange ganger ut og inn av institusjoner. Behandlingskarrieren kan være vel så avgjørende for hva som blir resultatet av en gitt behandling som selve behandlingsopplegget. Behandlingsforsøk og -avbrudd er typisk for rusmiddelmis-

brukere, og må tas hensyn til ved valg av metoder for å vurdere resultater av behandlinger. Det er for lett å si at en behandling er mislykket fordi mange av klientene sprekker etter forholdsvis kort tid. Det kan likevel være et viktig ledd i en prosess som etter en tid kan vise seg å gi resultater. Det bør derfor forskes på og utvikles evalueringsmetoder som tar utgangspunkt i typisk behandlingsatferd hos misbrukere»

3.3 Norske behandlings-studier

Sammenlignet med et land som f eks Sverige, er det i Norge gjennomført relativt få undersøkelser av stoffmisbrukere som har vært i behandling. I de senere år har det imidlertid vært en økende interesse for slike studier, og Sosial- og helsedepartementet har både ved direkte økonomiske tilskott og tilskott gjennom Norges forskningsråd bidratt aktivt til gjennomføringen av flere undersøkelser. Det er også foretatt studier i regi av hovedfagsstudenter ved universitetene. Vi vil her kort referere noen av undersøkelsene som er foretatt i 1990 årene.

3.3.1 Behandlingsstudier ved enkeltinstitusjoner

3.3.1.1 Veksthusmodellen

Den såkalte veksthusmodellen er et terapeutisk samfunn som er sprunget ut av institusjonen Synanon i USA, grunnlagt i 1958. I Europa fikk denne tradisjonen særlig utbredelse i England og Nederland. Denne type terapeutiske samfunn finnes i dag i 26 land over hele verden. Phoenix House i London har vært den viktigste modellen for denne type behandlingsinstitusjoner i Norge, hvor vi i dag har flere institusjoner som i større eller mindre grad arbeider etter de samme prinsippene og har dannet sammenslutningen Norsk Forum for Terapeutiske Samfunn. Det eldste er Veksthuset i Oslo som ble etablert i 1982, Veksthuset i Møre og Romsdal etablert i 1988, Phoenix House i Mysen etablert i 1989/90. Andre terapeutiske samfunn er Sauherad Samtun i Telemark, Vivestadkollektivet i Vestfold, Færingen Terapeutiske Samfunn i Troms og Renåvängen i Hedmark.

Selv om ikke alle disse institusjonene har helt det samme opplegget, vil man finne mange felles trekk:

- Programmene er relativt langvarige (minst 1 1/2 år).
- Beboerne (de som er i behandling) lever tett sammen i fellesskap med små muligheter til privatliv.
- Beboerne er organisert i ansvarsstrukturer som er bygd opp hierarkisk etter hvor lenge de har vært i programmet og hvordan de fungerer. Det gjelder også stabstrukturen som er hierarkisk organisert med ledelse, senior- og juniorstab. Nye medlemmer av staben blir plassert på bunnen av strukturen for å bli kjent med programmet.
- Behandlingsprogrammet består av en fasestruktur med tre faser, en ettårig institusjonsfase og to polikliniske faser hver på tre måneder. Behandlingsprogrammet inneholder videre en arbeidsstruktur,

der målsettingen er å lære seg gode arbeidsvaner, arbeide under press og øke toleransen for stress, ta ansvar for andres velferd, utvikle selvfølelsen gjennom arbeidsprestasjoner og integrere verdien av produktivt arbeid.

- I behandlingen arbeider man med å bryte ned misbruksidentiteten og bygge opp en ny identitet. I denne sammenheng legges det vekt på oppøving av sosiale og praktiske ferdigheter og evne til å ta ansvar.
- Det legges vekt på gruppeterapi, fysisk trening og behandlingsprogrammets filosofi. Kroppsorienterte teknikker blir ofte brukt i det terapeutiske arbeidet. En viktig del av behandlingen er ulike former for konfrontasjoner omkring egen atferd.
- Et annet viktig trekk er vektleggingen på å ha tidligere misbrukere med i staben sammen med terapeuter med profesjonell utdanning.

Veksthuset i Oslo. Veksthuset i Oslo er et behandlingstilbud for langtkomne stoffmisbrukere. Før klientene begynner i selve behandlingen, deltar de i en ukentlig inntaksgruppe utenfor selve institusjonen mens de venter på at det skal bli ledig plass. Selve behandlingsprogrammet tar omkring 18 måneder. Staben ved Veksthuset har gjennomgående lang erfaring med misbruksbehandling og er preget av sterkt engasjement for den type behandling de driver.

Ved Veksthuset er det foretatt en undersøkelse av 200 stoffmisbrukere som søkte behandlingsplass i årene 1986-88 (Ravndal 1995). Dette er den mest omfattende undersøkelsen av stoffmisbrukere som søker behandling ved et bestemt tiltak, som vi har i Norge fram til i dag. Undersøkelsen er en oppfølgingsundersøkelse, eller en såkalt prospektiv studie, av de 200 klientene fra de søkte behandling fram til 1993, og er i hovedsak finansiert av midler fra Sosial- og helsedepartementet. Klientene ble intervjuet ved inntaket til Veksthuset om familieforhold, utdanning, arbeid, rusmiddelbruk, kriminalitet, sosial tilpasning, tidligere behandlingserfaring, prostitusjon og seksuelle overgrep. Videre tar undersøkelsen spesielt for seg graden av psykiske belastninger blant misbrukere ved at de 200 klientene har fylt ut ulike selvrapporteringskjema som kartlegger personlighetsavvik og psykiske belastninger.

De 200 misbrukerne som søkte seg til behandling i perioden 1986-1988, hadde en gjennomsnittsalder på 27,5 år. 31 prosent var kvinner. De hadde gjennomsnittlig brukt narkotiske stoffer i noe over 10 år. De fleste var blandingsmisbrukere. I løpet av de siste seks månedene før de søkte behandling, hadde 78 prosent brukt opiat og 70 prosent amfetamin. Alkoholforbruket i løpet av det siste året lå på gjennomsnittlig 25 liter. Gruppen som helhet var preget av problemfylte oppvekstforhold og psykiske belastninger.

Av de 200 som søkte var det 144 som begynte i

behandling. Av disse 144 var det igjen 43 personer (30 prosent) som fullførte det første året av behandlingen og 29 personer (20 prosent) som fullførte hele programmet på ett og et halvt år. Det var klart flere kvinner (36 prosent) enn menn (13 prosent) som fullførte behandlingen. Undersøkelsen viser at det var minst frafall blant klienter med en utagerende personlighetsstil, noe som etter alt å dømme henger sammen med at denne type klienter lettere tilpasser seg en konfronterende og gruppeorientert behandling slik man finner på Veksthuset, enn de som er kontaktsky og isolerte.

Ravndal understreker viktigheten av typologisering og diagnostisering av klienter både når det gjelder behandling og evaluering av behandlingsresultater. Hun konkluderer med at dette er viktig for en ressursøkonomisk vurdering av behandling på flere måter (i Waal og Duckert red 1996).

- «For det første må en ha systematiske og brede kunnskaper i utgangspunktet for å kunne måle endringer og si noe om nytteverdien av de enkelte tiltak for hvem. Ikke alle rusmiddelmisbrukere er like vanskelige å behandle og ikke alle trenger det samme.
- For det andre, om en ikke undersøker godt nok hva klientene trenger i utgangspunktet, vil mange få en utilstrekkelig behandling, mens andre vil få en unødvendig omfattende behandling. Noen risikerer også å få en feilaktig og kanskje direkte skadelig behandling. Det vil si at ressursene brukes for dårlig.
- For det tredje, om en ikke kartlegger klientene tilstrekkelig i utgangspunktet kan behandlingsvanskene bli store og behandlingsapparatet kan lett bli demoralisert. Dette koster også penger. Behandlingsapparatet risikerer også på denne måten å komme i miskreditt både blant klienter og byråkrater. Dette kan føre til uheldige nedskjæringer som igjen er samfunnsøkonomisk kostnadskrevende, fordi mange av klientene vil belaste både seg selv, andre nærstående og samfunnet for øvrig.

En systematisk typologisering, både ved henvisning til og inntak til behandling, kan derfor bidra til å lage bedre behandlingsopplegg og gode evalueringssprosedyrer. På sikt vil slike prosedyrer kunne bidra til en akkumulering av nyttig kunnskap både for behandlere og for planleggere av tiltakskjeder på rusmiddelfeltet. Men også for forløpsundersøkelser over flere år er typologisering og diagnostisering av stor betydning. Det er først ved systematiske etterundersøkelser at de mere langsiktige økonomiske konsekvenser av behandling kan gjøres opp i et større samfunnsmessig perspektiv.»

Hvordan er det gått med de 200 misbrukerne som søkte behandling ved Veksthuset? Er det gått bedre for dem som gjennomgikk programmet enn for dem som avbrøt eller ikke begynte? Ved etterundersøkelsen i 1993 var 25 personer døde (12 prosent) og 1 hadde emigrert. Av de resterende 175 fikk man intervjuet 139 (79 prosent).

Da man visste at så godt som alle som var døde og

15 av dem som det ikke lot seg intervju, hadde et tungt misbruk ble også disse tatt med når man så på misbruksprofil. Slik sett var det ved etterundersøkelsen 10 prosent som var ute av misbruket, 10 prosent som hadde et lite misbruk, 25 prosent et moderat misbruk og 56 prosent som hadde et tungt misbruk eller var døde. Dødeligheten tilsvarende en årlig dødsrate på omkring 2 prosent, og er således den samme som det vi finner i andre norske studier om dødelighet blant stoffmisbrukere. Ved sammenligning mellom de som fullførte programmet og de som aldri begynte eller avbrøt behandlingen før programmet var slutt, var det 36 prosent av de som fullførte som var ute av misbruket eller bare hadde et lite misbruk, mens den tilsvarende andelen blant de som ikke begynte i behandling eller avbrøt, var 17 prosent.

Et sentralt område i undersøkelsen var som nevnt misbrukernes psykiske helse og dennes betydning for resultater av behandling. Undersøkelsen viser således at hvis man tar i betraktning forskjellene i psykisk helse og misbruksmønster da de søkte behandling, var det ikke forskjell i misbruk mellom de som fullførte programmet og de som avbrøt. På den annen side kom det fram at de som hadde gjennomført programmet gjennomgående hadde bedre sosial fungering ved oppfølging enn de som avbrøt, uavhengig av forskjeller i misbruksmønster ved inntak i behandling. Ravndal framholder at dette kan tyde på at behandlingen ved Veksthuset i Oslo i større grad fokuserer på klientenes sosiale fungering enn hvordan de skal holde seg borte fra ulike typer rusmidler. Ravndals anbefaling er derfor at man i selve behandlingen bør fokusere mer på å kontrollere bruken av rusmidler, og at man ivaretar trening i ulike sosiale ferdigheter gjennom en mer langvarig oppfølging etter at selve behandlingsoppholdet er avsluttet.

Veksthuset Møre og Romsdal. Veksthuset Møre og Romsdal tok i mot sine første beboere i november 1988. Av ulike grunner ble det et avbrudd i driften i mai 1991 før virksomheten startet opp igjen ett år senere, i mai 1992. Gjennom midler fra Sosial- og helsedepartementet er det foretatt en studie av beboerne som var i behandling ved Veksthuset Møre og Romsdal i tiden 1988-91 (Myklebust 1994). Studien tar spesielt for seg rekrutteringen og avbrudd i behandlingen. I denne første perioden var det 67 personer fordelt på 84 behandlingsopphold, innskrevet i behandling. Av disse var 36 prosent kvinner og 64 prosent menn. Gjennomsnittsalderen var 27 år med en spredning fra 18 til 37 år. En snau tredel var 30 år eller eldre. Kvinnene var gjennomgående to år yngre enn mennene. Beboerne kom i hovedsak fra Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Troms. Gjennomsnittsalder for når beboerne begynte å bruke narkotiske stoffer regelmessig, var 16 år. Beboerne hadde i gjennomsnitt brukt narkotiske stoffer daglig eller nesten daglig i 9 år. Noe over to tredjedeler hadde i perioder brukt sprøyter daglig eller nesten daglig, og disse hadde i gjennomsnitt brukt sprøyter i 4,2 år.

Den gjennomsnittlige oppholdstiden for første innleggelse var 26 uker, mens den samlede oppholdstid for alle opphold og alle beboere var 36 uker. Det framgår med andre ord at reinntak fører til vesentlig lengre opphold for de som kom til et andre og eventuelt et tredje inntak. Til sammen var det 24 prosent som fullførte programmet. De fleste som fullførte var under 30 år og hadde brukt illegale rusmidler i mindre enn åtte år. Det var svært få blant de som var eldre enn 30 år eller som hadde et misbruk som hadde vart lenger enn åtte år, som gjennomførte programmet. Undersøkelsen forteller ikke noe om hvordan det er gått med hensyn til bruk av rusmidler etter behandlingsoppholdet, enten behandlingen ble fullført eller ikke.

3.3.1.2 Bo- og arbeidskollektiver

Opprinnelig var bo- og arbeidskollektiver betegnelsen på behandlingsinstitusjoner der misbrukere og ansatte lever sammen på institusjonen. Dette er en modell som gir en spesiell grad av nærhet og samhörighet. Ett av de første slike kollektiver var Solliakollektivet i Oppland som ble etablert i 1970 av bla pasienter fra Statens klinikk for narkomane på Hov i Land og bygger fortsatt på dette prinsippet. Når det gjelder de fleste andre kollektivene er det imidlertid begrenset i hvilken grad ansatte og deres familier bor sammen med misbrukerne på institusjonen. Dette har flere grunner, men en av de viktigste er vel at det naturlig nok er begrenset hvor mange kvalifiserte medarbeidere som over tid er innstilt på å velge en slik livsform. Man vil derfor finne at bo- og arbeidskollektivene i praksis har valgt seg ulike former for «samleveskap» mellom ansatte og misbrukere.

Kollektivene arbeider i hovedsak etter sosialpedagogiske prinsipper med vektlegging på deltakelse i felles aktiviteter. I løpet av 1980-tallet ble det opprettet flere kollektiver som var spesielt innrettet på å ta imot unge misbrukere. Ved noen av disse er det foretatt mer eller mindre systematiske etterundersøkelser av de som har vært i behandling.

Tyrili. Tyrilikollektivet eller Tyrilitunet som i dag er det offisielle navnet, i Mesnali ved Lillehammer, ble opprettet i 1980 som et bo- og arbeidskollektiv. Etableringen av Tyrilitunet var inspirert av den svenske Hasselapedagogikken, og tok i første omgang i mot misbrukere under 18 år etter tvangsvedtak med hjemmel i barnevernloven. Virksomheten har gjennom årene vært i stadig utvikling og utbygging, og består i dag av to behandlingskollektiv (Tyrilitunet og Frankmotunet, Folldal), boenheter i Lillehammer og i Oslo og et større behandlings- og arbeidstreningssenter i Oslo. Misbrukere som er i behandling i stiftelsens ulike virksomheter, kalles elever og kan i dag deles inn i fire hovedgrupper:

- 1) elever opp til 18 år etter vedtak i barnevernloven
- 2) elever over 18 år som har søkt seg inn på frivillig grunnlag

- 3) elever som er straffedømte og som søker seg inn etter § 12 i fengselsloven
- 4) elever som er i behandling på grunnlag av § 6.3 i Lov om sosiale tjenester og § 6.2.

Tyrilistiftelsen er et system preget av nærhet til elevene og tro på forandring. Et annet særpreg ved Tyrilistiftelsen er at de gjennom årene har vist stor dristighet i å gå nye veier i behandling av ungdom med misbruksproblemer.

Med støtte fra Sosial- og helsedepartementet har psykolog Odd Arne Tjersland gjort en etterundersøkelse av elever innskrevet ved Tyrilitunet (den eldste del av virksomheten) i årene 1980-93. I undersøkelsen trekker Tjersland fram noen sentrale elementer i behandlingen på Tyrilitunet. Ett element er *relasjonsbygging*, troen på at endring bare kan skje når mennesker knyttes til hverandre på en positiv måte. Det innebærer i praksis at lederen må få betydning for eleven og eleven for lederen. En slik relasjonsbygging utvikler seg gjennom de mange møter i hverdagen på kollektivet der man gjennom handling viser at man bryr seg om de enkelte elevene. Et annet element er *menneskekunnskap* som lederne prøver å formidle til elevene gjennom ulike former for gruppevirksomhet. Siktemålet er både at elevene skal få mulighet til å forstå mer av seg selv, og at de skal få hjelp til å finne andre måter å handle på. Et tredje viktig kjennetegn ved behandlingsfilosofien ved Tyrili er *tid og tilhørighet*. Selv om det ikke lenger er noen fastspikrede normer for hvor lenge en elev skal være i behandling, er en typisk «behandlingskarriere» omtrent slik: Bo i Tyrilitunet i 18 måneder. Deretter utflytting til gjennomgangsbolig på Lillehammer eller i Oslo samtidig som eleven arbeider på kollektivet, går på skole eller er i arbeid på en arbeidsplass i byen eller bygda. I gjennomgangsboligene er det ansatte som har daglig kontakt med elevene. Hvis det oppstår problemer hender det ofte at eleven flytter inn i kollektivet igjen for en kortere eller lenger periode. Utflyttingsfasen vil for de fleste av elevene være fra ett til ett og et halvt år. Selv om eleven er formelt utskrevet, fortsetter de fleste å ha kontakt med ansatte i Tyrilistiftelsen enten det er i Oslo, på Mesnali eller i Lillehammer. For de fleste elevene betyr det å komme i behandling på Tyrili at de har nær kontakt med deler av virksomheten i mange år. For noen kan det se ut som om det blir en livslang kontakt som medlem av «Tyrilifamilien» med stadige besøk i helger, ferier og høytider.

Hva er så situasjonen for de elevene som har vært på Tyrili? I perioden 1980-93 var det til sammen 119 elever som hadde vært innskrevet i behandling i alt fra fire dager til fire år. Noen har med andre ord fullført behandlingsopplegget, mens andre har avbrutt det. Av de 119 elevene fant man igjen 113. Av disse var 11 døde, 98 ble intervjuet og for fire som man ikke fikk intervjuet direkte, fikk man opplysninger via

andre. Det er innhentet informasjon om situasjonen på tre ulike tidspunkt: henholdsvis to og fem år etter avsluttet behandling og da intervjuene fant sted våren 1994.

Av dem som ble innskrevet i behandling i perioden, var 54 prosent kvinner og 46 prosent menn, noe som skiller seg fra andre «to-kjønnete» behandlingstiltak der kvinnene stort sett er i mindretall. Elevene er gjennomgående unge ved inntak, 71 prosent var under 20 år, 13 prosent i alderen 20-23 år og 16 prosent var eldre enn 23 år. At det ved inntak var så pass mange unge elever henger sammen med at nærmere to tredeler var innskrevet etter vedtak etter lov om barnevern, 28 prosent var innskrevet på frivillig grunnlag og 8 prosent etter § 12 i fengselsloven.

Omkring en fjerdedel hadde brukt narkotiske stoffer daglig/nesten daglig i inntil to år, en snau tredjedel i to til fire år, mens noe over 40 prosent hadde brukt narkotiske stoffer daglig eller nesten daglig i mer enn fire år. Snaut halvparten hadde brukt sprøyter daglig/nesten daglig i kortere tid enn to år, en femtedel mellom to og seks år og en tiendedel hadde brukt sprøyter i seks år eller mer. At så pass mange hadde en relativt kort misbrukskarriere må sees i sammenheng med at den langt største gruppa var relativt unge ved innskrivning i behandling.

Godt over halvdelen fullførte behandlingen (54 prosent) mens en snau halvdel (46 prosent) avbrøt behandlingen før planen. Gjennomsnittlig innskrivningstid i behandling var 2 1/2 år. Det er imidlertid stor spredning, fra en uke til 4 1/2 år. Det kan være verd å merke seg at 70 prosent av elevene hadde en behandlingstid på mer enn to år og 25 prosent mer enn tre år. To år etter utskrivning var det 42 prosent som levde et liv som ikke var preget av misbruk, 47 prosent var i fortsatt misbruk, fire prosent var i metadonbehandling, og syv prosent var døde av overdoser. Det kan se ut til at andelen som kommer ut av misbruket, øker etter som tiden går, da det etter fem år var 45 prosent som ikke hadde problemer med misbruk.

Undersøkelsen viser imidlertid at det går dårligere for den delen av gruppa (21 prosent av elevene) som hadde brukt sprøyter i tre år eller mer og hadde et samlet misbruk på lenger enn seks år. To år etter at de ble utskrevet fra behandling var 20 prosent av denne gruppa ute av misbruket, 55 prosent var fortsatt i misbruk, fem prosent var i metadonbehandling og 20 prosent var døde. De elevene som Tyrili i minst grad lykkes med i behandlingen, er med andre ord de som har et sprøytebruk lenger enn tre år og et samlet misbruk lenger enn seks år.

En direkte sammenligning med resultater fra andre behandlingstiltak vil ikke være rimelig på grunn av ulikheter i klientgruppene. Veksthuset har for eksempel ingen som er i tvangsbehandling, og klientgruppen er gjennomgående vesentlig eldre og har lengre misbrukskarriere. På samme måten som Veksthuset ser det imidlertid ut til at heller ikke Ty-

rili lykkes spesielt godt med behandling av misbrukere som har et langvarig sprøytemisbruk.

Noe av det spesielle med undersøkelsen fra Tyrili er den lave andelen som avbryter behandlingen. Mer enn tre fjerdedeler er fortsatt i behandling etter to år. Et gjennomgående funn i behandlingsforskningen er at hvor lenge misbrukere blir i behandling ser ut til å ha innvirkning på hvordan det går siden. SIFAs undersøkelse av misbrukere i behandling viser at bare en snau fjerdedel av dem som var i behandling i 1992 og 1993, hadde en planmessig avslutning av behandlingen, mens tre fjerdedeler avbrøt før planen. Tjersland framholder at det derfor kan være grunn til å se nærmere på om det er sider ved behandlingen på Tyrili som det er mulig for andre å lære av. Selv om mange av elevene ved Tyrili har fått plass gjennom vedtak som gir rett til å holde dem tilbake, er dette også tilfelle ved andre behandlingstiltak. På Tyrili møter elevene behandlere eller ledere som forholder seg personlig til dem og som lar seg involvere i den enkelte. De møter også et system som er preget av entusiasme og raushet i forhold til tid, fokusering på elevenes egne ressurser, troen på at forandring er mulig og villighet til å prøve nye veier.

Ved *Fossumkollektivet* i Spydeberg, en behandlingstilbud som tar imot unge misbrukere etter vedtak med hjemmel i barnevernloven, har det vært gjennomført to undersøkelser. Den første undersøkelsen ble gjennomført i Fossumkollektivets egen regi av en tidligere ansatt psykolog (Landvik 1990). Undersøkelsen omfatter elevene som har vært i kollektivet i de fem første årene. Gruppen som ble undersøkt var svært ung. Det var overvekt av jenter, og mange hadde middelklassebakgrunn. Det framkom at de som har tilbrakt lengst tid i institusjonen, hadde et lavere misbruk etter behandlingsoppholdet, og at jenter klarte seg bedre enn gutter. På oppdrag fra Sosialdepartementet ble det gjennomført en annen undersøkelse som er en form for prosessevaluering av Fossumkollektivet (Sæter 1992). Undersøkelsen omhandler først og fremst de mer behandlingsfaglige sidene ved kollektivet. Undersøkelsen konkluderer med at:

«Fossumkollektivet er et behandlingstilbud som har utviklet spesialkunnskap på viktige livsområder for ungdom i krise og utvikling, hvor sosialpedagogiske tilnæringsmåter står sentralt. Kollektivet er samtidig i en nyorienteringsfase når det gjelder faglig tilnærming, og har endel spørsmål de må finne løsninger på i det videre arbeidet. Kombinasjonen av erfaring og kunnskaper og evne til nytenkning gjør at kollektivet står godt rustet til å utruste andre. Kollektivet er et viktig behandlingstilbud for en målgruppe som trenger mer hjelp enn noensinne: Ungdom under 18 år med et utviklet rusmisbruk» (Sæter 1992).

Yrkesmessig attføring av unge rusmiddelmisbrukere. Ved Psykiatrisk ungdomsteam i Trondheim er

det foretatt en undersøkelse av 23 mannlige stoffmisbrukere i alderen 20-29 år som gjennomførte et treårig attføringsopplegg. Antall klienter som utelukkende levde på sosialhjelp, ble redusert fra 15 i 1989 til 4 i 1994. Våren 1994 var tre i heldagsarbeid og to i deltidsstilling. Videre var fem under yrkesmessig attføring og fem under medisinsk attføring. Undersøkelsen påviser at det gir resultater å satse på yrkesmessig attføring i kombinasjon med poliklinisk psykiatrisk oppfølging. Det innebærer at det er mulig å satse på tre-årig yrkesutdanning også for unge stoffmisbrukere. Resultatene tyder på at attføringsarbeid gir gode resultater ved tverrfaglig og tverrsektoriell innsats. Bruk av attføringspenger til arbeidstrening eller skolegang kan være en måte å få klientene vekk fra en passiv tilværelse som mottaker av sosialhjelp.

Rusmiddelavdelingen ved Sannerud sykehus, Hedmark. Rusmiddelavdelingen ved Sannerud sykehus ble etablert i 1980, og har fra 1982 også vært basis for et av landets psykiatriske ungdomsteam (PUT). Mens PUT i hovedsak driver poliklinisk behandling av stoffmisbrukere opp til 35 år, er det først og fremst personer med alkoholproblemer som er pasienter ved den opprinnelige rusmiddelavdelingen ved Sannerud. Våren 1992 ble det med midler fra Sosialdepartementet foretatt en etterundersøkelse av 25 klienter som hadde vært i behandling ved PUT/Sannerud i 1988. Informasjonen ble innhentet ved personlig intervju av 25 klienter. Dette tilsvarte omkring en fjerdedel av dem som var i behandling dette året. Utvalget ble bestemt av de man fikk tak i av dem som bodde nærmest sykehuset i den aktuelle gruppen. Det er derfor grunn til å stille spørsmål ved representativiteten til den gruppen man har undersøkt. De 25 aktuelle klientene hadde etablert behandlingstilbud kontakt en eller annen gang i tidsrommet fra 1982 fram til 1988.

Av de 25 klientene var det 14 menn og 11 kvinner i alderen 22-35 år. Gjennomsnittsalderen var 29 år. Alle var blandingsmisbrukere, 11 hadde brukt sprøyter, seks regelmessig inntil 1/2 år, fem mer sporadisk. Det var stor variasjon i lengde og omfang av misbruk. Av de 25 ble 19 bedømt til å ha hatt alvorlige misbruksproblemer, mens seks har hatt mer beskjedne misbruksproblemer og har først og fremst oppsøkt PUT på grunn av psykiske problemer.

Etterundersøkelsene kartla ulike aspekter ved klientenes liv og hva slags behandling/hjelp de hadde fått. De fleste hadde hatt store psykiske og sosiale tilpasningsproblemer fra 12-13 års alderen, og misbruksproblemene hadde også oppstått i denne alderen.

Resultatene fra undersøkelsen knytter seg til situasjonen våren 1992. Omkring halvparten hadde da lite eller ikke misbruk av rusmidler, og situasjonen hadde vært stabil de siste 1-2 år, mens den andre halvparten fremdeles hadde problemer, selv om det også for noen av disse så ut til å ha vært en positiv

utvikling. Etterundersøkelsen mener å kunne fortelle at positive resultater kan knyttes til langvarig behandlingsinnsats.

3.3.1.3 Evangeliesentrene

Stiftelsen Pinsemenighetenes Evangeliesenter representerer en betydelig del av det totale antall behandlings-/omsorgsplasser for rusmiddelmissbrukere vi har i Norge i dag. Evangeliesenteret blir i hovedsak brukt av klienter som misbruker alkohol, men det er også en del stoffmisbrukere som henvises til disse tiltakene. Evangeliesenteret har - med ett unntak - ikke avtaler med noen fylkeskommune, men får etter vedtak i Stortinget direkte tilskudd over statsbudsjettet. Olav Helge Angel ved Diakonhjemmets høgskolesenter har foretatt en evaluering av Evangeliesenterets virksomhet. Vi gjengir sammendraget av evalueringsrapporten:

«Opplegg av undersøkinga

I studien som rapporten er basert på, vart det reist fire hovudspørsmål som utgangspunkt for evalueringa:

1. Kven er klientane på Evangeliesenteret?
2. Kor lenge varer rehabiliteringsopphald, og kva avgjer kor lenge opphaldet varer?
3. Kva kjenneteiknar Evangeliesenteret som behandlingsorganisasjon, og korleis vurderer tidlegare klientar opplegget på Evangeliesenteret?
4. Korleis går det med bebuarane etter at behandlingsskontakten er avslutta?

Rapporten er basert på to sjølvstendige granskingar. Den fyrste delen, som omhandlar Evangeliesenteret som behandlingssystem, hentar materialet sitt i hovudsak frå ein meir omfattande studie forfattaren har gjort av profesjonelt arbeid og religion i religiøst forankra behandlingsorganisasjonar i rusvernet. Den andre delen omhandlar livssituasjonen til klientar før og ved inntak til Evangeliesenteret, ved utskriving og ved seinare oppfølging. Studien omfattar også synspunkt frå dei tidlegare klientane på Evangeliesenteret si verksemd, ut frå deira røynsler som klientar. Oppfølgingsundersøkinga omfatta eit representativt utval på 107 personar (av i alt 521 registrerte) utskrivne frå Evangeliesenteret i perioden 01.01 til 30.09 1994. Personane var følgde opp gjennomsnittleg vel eitt år etter utskriving. Av dei 107 gav 76 samtykke til å bli - og vart - intervju, dvs ein svarprosent på 71. Av desse var 70 menn og 6 kvinner. 2). Av resten var to døde ved oppfølgingstidspunktet, 16 gav ikkje samtykke til deltaking og 13 svarte ikkje. Informasjon om dei 76 er det viktigaste utgangspunktet for den delen av rapporten som gjeld rekruttering, opphald og livssituasjon ved oppfølging.

Evangeliesenteret som rehabiliteringsorganisasjon

Evangeliesenteret hadde eit dobbelt formulert mål for verksemda, eit religiøst og eit terapeutisk. Dei to hovudmåla (frelse og sosial rehabilitering eller rein-

tegrering) kan vi reformulere som tre trinn i rehabiliteringsprosessen som heile. For det fyrste gjaldt det for klientane å bli frelst, så å bli «løyste» frå russtrongen eller rusproblemet, for så å kunne gå inn i eller tilbake til konvensjonelle roller i samfunnet. Religiøse opplevingar kom i staden for dei gode opplevingane som bruken av kjemiske rusmiddel hadde framkalla: «Jesus i staden for flaska».

Den terapeutiske rasjonaliteten var i det vesentlege religiøs. Det gjorde at ein ikkje trong ekspertar (andre enn eventuelt religiøse) og at verkemidla var enkle og i liten grad differensierte. Evangeliesenteret var skeptisk til å bruke «fagfolk», dvs profesjonelt utdanna personale i verksemda si. Hovudverkemiddelet var den religiøse eksponeringa og samhandlninga. Med eit lite personale vart samhandlinga innan klientgruppa sentral. Sentraliteten gav gruppa religiøse, sosiale og psykiske funksjonar for den einskilde klienten.

Sett i ettertid sa omlag 70 % av dei tidlegare klientane som vart intervju i oppfølgingsstudien, at dei totalt sett var nøgde eller svært nøgde med opphaldet på Evangeliesenteret. Det mest positive ved opplegget var for dei fleste (vel 40 %) at organisasjonen var leidd av menneske som sjølve var tidlegare misbrukarar. Det dei hadde hatt mest utbytte av under opphaldet, var samtalar med medklientar. På den andre sida var deira største ankepunkt at det var for lite fagfolk involverte i rehabiliteringsarbeidet, at «det er for mange amatører på Evangeliesenteret». Det var også uttrykt som mangelfull behandlingsskvalitet. I tillegg var det eit ankepunkt som mange nemnde, at det var eit religiøst press på den einskilde. Kritikkk av eit opplevd religiøst press kom til uttrykk i fleire samanhengar. Men rundt 60 % hadde likevel ein allment positiv haldning til den religiøse komponenten ved opplegget, dvs forkynninga og klientane si eiga deltaking på interne samlingar og på religiøse møte utanfor senteret. Ved nærmare analyse fann vi at vurderinga (allment positiv eller allment kritisk) av den religiøse komponenten i opplegget hadde samanheng med både kor lenge opphaldet hadde vara og om klienten sa seg å ha opplevd eit religiøst vendepunkt under opphaldet.

Klientrekruttering

Av dei som avslutta opphald i Evangeliesenteret i løpet av 1994 var 2/3 i alderen 25-44 år, omlag 20 % av dei var kvinner, dei kom i hovudsak frå Austlandet og ein god del av dei var truleg utan fast bustad. Utdanningsnivået var gjennomgåande lågt, berre ein liten del var integrerte på arbeidsmarknaden og dei fleste var uføretrygda eller hadde økonomisk sosialstønad som si viktigaste kjelde til livsopphald. Dei fleste budde aleine og hadde ikkje hyppig kontakt med familie.

For dei fleste av klientane (rundt 3/4) var alkohol det viktigaste problemskapande rusmiddelet. Nesten halvparten (47 %) hadde hatt eit omfattande alkoholforbruk før inntak, dvs dei hadde drukke alkohol dagleg eller nesten dagleg dei siste 6 månadene før inntaket på Evangeliesenteret. Elles var narkotika og beroligande middel dei vanlegast brukte rusmidla blant klientane.

Jamfører vi rekrutteringa til Evangeliesenteret med rekrutteringa til andre døgnbaserte tiltak for personar med rusproblem, er det stort sett tiltak for stoffmisbrukarar vi har informasjon om. På dei dimensjonane der det finst jamførbare data, synest det ikkje å vera vesentlege skilje mellom «klientprofilane». I tiltaka for stoffmisbrukarar var gjennomsnitt-

²⁾ Kvinner var underrepresenterte blant dei intervju. Dei seks utgjorde 8 % av utvalet, mens kvinndelen blant alle dei som avslutta opphald i perioden 01.01 til 30.09 1994, i alt 521 personar, var 19 %.

alderen lågare, kvinne delen høgare og delen med omfattande alkoholbruk mindre enn på Evangeliesenteret (naturleg nok). Elles syntest å vera lite av meir systematiske skilje i sosial bakgrunn og livssituasjon ved inntak.

I det utvalet av klientar på Evangeliesenteret som vart analysert, avveik klientane klart frå resten av befolkninga med omsyn til religiøs bakgrunn, eigen religiøs aktivitet og organisatorisk tilhøyring. Det var teikn som tydde på at den religiøse profilen generelt og den ideologiske orienteringa som følgjer av at Evangeliesenteret er integrert i Pinserørsla, begge vart reflekterte i klientrekutteringa. Klientane hadde både ein klart meir religiøs bakgrunn og er meir religiøst aktive enn resten av befolkninga. Dessutan var delen av klientane som var medlemmar av Pinserørsla ved inntak, langt større enn i befolkninga totalt sett, og Den norske kyrkja var tilsvarande underrepresentert. Samla sett var det få signifikante skilnader mellom kvinner og menn i utvalet.

Mange av klientane syntest å ha hatt ein vanskeleg oppvekst. Såleis så må vel 1/3 av klientane på Evangeliesenteret at dei hadde kjent seg avvist av ein av foreldra. Nesten halvparten oppgav at minst ein av foreldra hadde hatt alkoholproblem og meir enn 2/3 sa at minst ein av foreldra hadde hatt problem med nervane (psykologiske problem). Samanliknar vi oppveksttilhøva med tilsvarande for klientar med stoffproblem i døgningstusjonar for Oslo, finn vi at mønstra ikkje er heilt ulike der det finst jamførbare tal.

Opphaldstid og utskriving

Av dei som avslutta eit opphald på Evangeliesenteret i 1994, var det 20 % som avslutta meir enn eitt opphald, og over halvparten hadde tidlegare opphald (før 1994). I gjennomsnitt var kvart opphald klientane hadde, rundt tre månader, men ein del hadde svært korte opphald (under ei veke) og ein del hadde svært lange opphald (over eit år). For 40 % av klientane vara det fyrst registrerte avslutta opphaldet i 1994 under ein månad. Evangeliesenteret opererer med ei normert opphaldstid på 3 månader. Det inneber at ein stor del av klientane hadde rehabiliteringsopphald kortare enn den normerte tida.

Berre i underkant av 1/3 av klientane avslutta opphaldet på ein måte som var planlagt i samarbeid mellom klienten og personalet. Ved utskriving var det vel 1/5 som gikk til arbeid, utdanning eller arbeidsmarknadstiltak, og noko mindre enn 2/3 som gikk til ein situasjon utan kjent sysselsetjing. I meir enn 70 % av tilfella gikk klientane til ein situasjon som mottakarar av trygd eller stønad.

Den sosiale situasjonen personane gikk til etter utskriving, var ulik for dei som hadde kort opphald på Evangeliesenteret, jamført med dei som hadde lenger opphald. I utvalet var det noko større del av dei med langt opphald som gikk til ein jobb etter utskriving, og ein mindre del som vart utan fast bustad eller fekk bustad på hospits. Dei som hadde opphald lenger enn normert, hadde også større sjanse for å bli sosialt integrert i ein religiøs foreining eller organisasjon rett etter utskriving enn dei som oppheldt seg kort tid på Evangeliesenteret. Generelt syntest det såleis som den sosio-økonomiske situasjonen vart best etter opphaldet jamført med situasjonen før inntaket, for dei som «følgde opplegget» i høve til kor lenge opphaldet vara.

Ei særskilt interesse knyter seg til «den religiøse faktoren». Ved utskriving opplyste meir enn 2/3 av alle vi hadde opplysningar om, at dei hadde opplevd

eit religiøst vendepunkt under opphaldet. Slik sett hadde Evangeliesenteret ein høg grad av måloppnåing. I tillegg viste analysen at sjansen for å ha ei slik religiøs oppleving under opphaldet var nært knytt til kor lenge opphaldet vara. Stort sett var det slik at jo lenger opphaldet varte, jo større var sjansen for å oppleve eit religiøst vendepunkt. Det er sannsynleg at årsaksretninga er denne og ikkje den motsette.

Den religiøse faktoren syntest også å spele ei rolle når det gjaldt situasjonen etter utskrivinga. For dei som sa dei hadde opplevd eit religiøst vendepunkt under opphaldet, var sysselsetjingssituasjonen og bustadsituasjonen etter opphaldet betre enn for dei som ikkje hadde opplevd eit slikt vendepunkt. Naturleg nok var det også fleire av dei som hadde opplevd eit religiøst vendepunkt under opphaldet, som hadde ei konkret religiøs gruppetilhøyring etter opphaldet enn av dei andre.

Livssituasjonen ved oppfølging

Omlag 1/4 av dei intervjuar opplyste i oppfølgingsintervjuet at dei ikkje hadde brukt rusmiddel dei siste seks månadene. Omtrent like stor del sa at dei hadde brukt rusmiddel kvar dag eller nesten kvar dag i same perioden. Slik vi elles har kategorisert rusmiddelbruken, hadde 22 % av dei intervjuar moderat rusmiddelbruk og 52 % hadde omfattande rusmiddelbruk dei siste seks månadene før oppfølging. Denne fordelinga er ikkje vesentleg forskjellig frå einskilde andre undersøkingar som gjeld stoffmisbrukarar. Men vi manglar samanliknbare data frå tiltak der alkoholisbruk er hovudproblemet, slik det var på Evangeliesenteret.

Jamfører vi rusmiddelbruken i gjenkallingsperioden (seks månader) før inntak med rusmiddelbruken i gjenkallingsperioden før oppfølging, finn vi at mellom 1/5 og 1/4 av dei intervjuar hadde auka rusmiddelbruken i løpet av denne tida målt ved hjelp av ein indeks for kor ofte rusmiddel var brukt i den aktuelle perioden. For omlag 40 % sitt vedkommande hadde rusmiddelbruken vorte redusert. Når det spesielt gjaldt bruk av alkohol, som var problemet for dei fleste, var tala ikkje mykje forskjellige, men tala for auka var noko lågare og tala for reduksjon var noko høgare. Når det gjaldt andre sider ved livssituasjonen, var det også slik at det hadde funne stad endringar til det betre for gruppa som heile. Spesielt gjaldt det i høve til sysselsetjing og sosialt nettverk. På spørsmål svarte rundt 80 % at deira livssituasjon på oppfølgingstidspunktet totalt sett var betre eller mykje betre enn den hadde vore på tidspunktet for inntak på Evangeliesenteret.

Det er sjølvsagt ikkje gitt at endringane hadde si årsak i rehabiliteringsopphaldet. Men for å få eit visst inntrykk av kva variablar som hadde med opphaldet å gjera, tydde for den aktuelle situasjonen, undersøkte vi kva verknad oppleving av religiøst vendepunkt under opphaldet og lengda av opphaldstida hadde på ulike sider ved livssituasjonen ved oppfølging. Resultatet viste at begge variablane hadde ein signifikant verknad på både rusmiddelmisbruk, sosial situasjon og psykisk fungering. Langt opphald på Evangeliesenteret og opplevd religiøst vendepunkt under opphaldet svarte til mindre rusmiddelmisbruk og betre sosial og psykisk situasjon enn kort opphald og ikkje opplevd religiøst vendepunkt. Meir kompliserte analysemodellar og -metodar modifiserte desse resultatane noko.

Dei intervjuar vart også spurde om sin religiøse identitet på oppfølgingstidspunktet. 70% svarte at dei rekna seg som kristne. Dette kan også bli sett på

som eit uttrykk for høg grad av måloppnåing for Evangeliesenteret. Sjansen for at ein person skulle karakterisere seg som kristen, auka med lengda av rehabiliteringsopphaldet.

Oppfølgingsundersøkinga hadde ein svarprosent på vel 70, dvs eit fråfall på i underkant av 30 %. Vi hadde informasjon på inntakstidspunktet om dei som fell frå, og ein viss kunnskap hadde vi fått om ein del av dei gjennom oppsøkingarbeidet. Den varsame konklusjonen som vart trekt på dette grunnlaget, var at den samla informasjonen vi sat med, peika i retning av å stadfeste dei tendensane vi alt hadde etablert ved analysane av datamaterialet knytt til dei som vart intervjuet i oppfølgingsstudien, om vi hadde kunna inkorporere dei som var med i det trekte utvalet, men som ikkje deltok i intervjuundersøkinga.»

3.3.1.4 Tiltak overfor kvinnelige misbrukere

Det er i de senere år knyttet spesiell interesse til de særlige problemer vi finner hos kvinnelige misbrukere. Flere av behandlingstiltakene har egne grupper for kvinner og det har fra 1987 også vært i drift en egen institusjon for kvinnelig misbrukere, kvinnekollektivet ARKEN.

På oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet er det foretatt en evaluering av kvinnerettede tiltak i rusmiddelsektoren (Taksdal 1995) Rapporten konkluderer med at tilbudene til kvinner med misbruksproblemer bør gjøres bedre på flere måter. Det anbefales blant annet at flere typer behandlingstiltak reserveres for kvinner og at de ulike behandlingstiltak blir mer bevisst på hvordan de skal møte spesielle kvinnebehov. Taksdal foreslår at det drøftes hvorvidt det bør være kjønnskvoltering ved inntak av klienter til de ulike behandlingstinstitusjoner.

Det foreligger også undersøkelser som spesielt har tatt for seg grupper av kvinnelige misbrukere. Et eksempel er en studie av 10 kvinner som gikk i behandling i et psykiatrisk ungdomsteam i Oslo. Undersøkelsen stiller spørsmålet «Finnes det veier ut av misbruket?» (Christensen 1994). I undersøkelsen oppsummerer kvinnene erfaringene fra behandling i ungdomsteamet som positive. Flertallet uttrykker imidlertid behov for en kombinasjon av flere tilbud. Etter alt å dømme er dette karakteristisk for mange misbrukere, og gjelder ikke bare dem som har behandlingsskontakt med de psykiatriske ungdomsteamene. Resultatet illustrerer at det ofte kan være vanskelig å finne fram til det ene tiltaket som kan få vedkommende ut av misbruket og inn i en positiv livssituasjon. I de fleste tilfeller er det samarbeid mellom ulike typer tiltak som fører til et positivt resultat.

En annen undersøkelse har tatt for seg 15 kvinner som mer eller mindre er kommet ut av misbruket og prøvd å se spesielt på det som er kalt «vendepunkter» - eller viktige forandringer -, som har bidratt til å redusere rusproblemene og bedre hverdagslivet (Dahl 1995). Studien relaterer de ulike vendepunktene til det Dahl kaller «rom». Vendepunkter i «hjemmets rom» knyttes til omsorg og tilhørighet til barn

og familie. Et annet vendepunkt er knyttet til det som kalles «kunnskapens rom», som det å ta utdanning og etablere seg i et yrke. Det understrekes at utdanning og inntreden i yrkeslivet synes å ha foregått i nært samarbeid med behandlere som har trodd på og «satset» på ressursene hos klienten, og vært med og tilrettelagt forholdene. Flertallet av de 15 kvinnene har erstattet misbruket enten ved å gå inn i rollen som mødre eller ved å ta utdanning eller skaffe seg et yrke. Et tredje vendepunkt har foregått i det som er kalt et «forståelsesrom» i behandling eller terapi. Det pekes på viktigheten av nære terapirelasjoner som går over lang tid, i gjennomsnitt er det snakk om fem år og i flere tilfeller ti år. Mange forandringsprosesser har imidlertid virket i samspill. Fortellingen fra de 15 kvinnene illustrerer at det kreves store menneskelige ressurser over lang tid for å skape varige forandringer når det gjelder misbruk og forhold som kan føre til bedring i hverdagslivet. De erfaringene som framkommer i denne studien gir også et mer positivt bilde av en evne og vilje til oppfølging fra behandlere enn det vi ellers ofte finner.

Kvinnekollektivet ARKEN er et bo- og behandlingstilbud for voksne kvinner som misbruker rusmidler. Kvinnene bor på ARKEN fra 6 til 9 måneder. Etter denne første fasen går kvinnene normalt over i ett års ettervern. ARKEN trekker inn elementer fra ulike retninger i sin behandlingsfilosofi. Anonyme Alkoholikeres 12 trenings program står imidlertid sentralt i behandlingen. 12 trenings programmet innebærer at klientene arbeider med en trinnvis forandring av sin egen tankegang knyttet til den fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle forståelsen av den enkelte. For at klientene skal komme ut av misbruket må det skje store forandringer på alle disse områdene. I tillegg til selve behandlingssopplegget på ARKEN legges det også stor vekt på deltagelse i selvhjelpsgrupper. Mens kvinnene er i behandling ved ARKEN må de derfor som en del av behandlingen, gå på to møter i uka i AA eller den tilsvarende organisasjon for stoffmisbrukere NA. Det legges stor vekt på at kvinnene skal knytte nær kontakt med en av disse organisasjonene. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) er i ferd med å gjennomføre en etterundersøkelse av kvinner som var i behandling ved Arken i tiden 1992 og 1993. Siktemålet er å gi en statusbeskrivelse for kvinnesituasjonen i 1996. Undersøkelsen omfatter 40 av de 46 kvinnene som var i behandling i det aktuelle tidsrommet. Gjennomsnittsalder ved inntak i behandling var 29 år. Samlet er det snakk om en gruppe kvinner som ved inntak i behandling på ARKEN var sterkt belastet, med langvarig misbruk (gjennomsnitt 12 år), og et liv der størstedelen av tiden gikk med til å skaffe til veie og bruke rusmidler. Evalueringen er ikke avsluttet, men foreløpige resultater viser at ved tidspunktet for etterundersøkelsen (1996) var 43 prosent rusfrie, 8 prosent hadde redusert sitt misbruk, mens halvparten hadde et like om-

fattende misbruk som tidligere. Som forventet er de kvinnene som ikke lenger lever i misbruk, i en langt bedre livssituasjon enn de som fortsatt ruser seg. De har stort sett etablert forhold til egne barn, annen familie og rusfrie venner. De har bedre boligforhold og er i ulike former for utdanning eller arbeid. Når det gjelder forholdet til misbruk av rusmidler oppsummer de rusfrie kvinnene at rusen er farlig og ødelegger livet, andre ting betyr nå mer, det å være rusfri er en seier. De kvinnene som fortsatt er i et misbruk sier at de fortsatt ruser seg fordi de er «hekta» og ikke ser noe bedre alternativ. Det er for vanskelig å være uten rus, og de stiller spørsmål om det er «for sent».

Om behandlingen på ARKEN sier de kvinnene som ikke lenger misbruker rusmidler, at det var bra å bruke AA/NA som verktøy. Oppholdet på ARKEN hadde videre lært dem at ting kan forandres gjennom å tenke annerledes og ikke ta for lettvindt på ting. De som fortsatt misbruker rusmidler var mer negative til det åndelige innholdet i AA/NA. De framhevet imidlertid at oppholdet på ARKEN medførte mye arbeid med følelser. De er mer klar over sitt forhold til rus og har fått en tro på hjelp til selvhjelp. Kvinnenes refleksjoner tydeliggjør det vi ofte erfarer, at selv om mange er tilfreds med tilbudet, er ikke dette noen garanti for at de klarer å nyttiggjøre seg behandlingen.

Kvinnene som har vært på ARKEN understreker betydningen av kvinnefellesskapet ved institusjonen. De finner støtte i åpenheten med andre kvinner i samme situasjon og de får hjelp til å bygge opp et kontaktnett som fungerer utover selve behandlingsoppholdet. Med bakgrunn i 12 trinns programmet som bygger på en sykdomsforståelse av avhengigheten til rusmidler, opplever kvinnene en form for frihet til å avskrive mye av den skyld og skamfølelse som vanligvis er knyttet til det å ha misbruksproblemer.

3.3.2 «Stoffmisbrukere i behandling»

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) har foretatt en omfattende studie kalt «Stoffmisbrukere i behandling», jf. kap 1.2. Prosjektet er resultat av et arbeid med å finne fram til standardiserte metoder for registrering av stoffmisbrukere i behandling. I nært samarbeid mellom behandlere og forskere ble det utviklet et registreringsskjema som ble utprøvd i 14 behandlingstiltak i 1990 og 1991. I 1992 og 1993 ble prosjektet så ført videre gjennom en nasjonal kartlegging med deltakelse fra 74 behandlingssenheter. Prosedyren med innsamling og klargjøring av data har vært tidkrevende og møysommelig og man er nå i gang med analyse og utskrivning av resultater. Til sammen ble det i hele prosjektperioden registrert informasjon fra 12 556 henvendelser og 6 201 inntak om behandling. Til sammen omfattet 5 261 forskjellige klienter.

Prosjektet «Stoffmisbrukere i behandling» hadde følgende mål:

- Skape grunnlag for mer enhetlig og systematiske undersøkelser av hjelpsøkende misbrukere for å bedre muligheten for en differensiering av behandlingen.
- Finne tallet på hjelpsøkende, deres behov for hjelp og regionale forskjeller både når det gjaldt behov og tilbud.
- Kartlegge hvor lenge de enkelte klienter blir i behandling, hvem som faller fra og hvor mange som blir registrert flere steder i samme behandlingsperiode.
- Skape grunnlag for basisregistreringer som kan føre til en bedre evaluering av behandling på den enkelte institusjon, gi mulighet for etterundersøkelser, sammenligninger av årspopulasjoner etc.
- Framskaffe bedre data for utarbeidelse av planer for misbruksbehandling i årene som kommer.
- Tilrettelegge mulighetene for sammenlignende undersøkelser av misbrukere i de skandinaviske land.

Målene omfattet med andre ord informasjon og bevisstgjøring på flere nivåer. Det ble lagt opp til både å bestemme antall og beskrive de klientene som henvender seg/blir henvist til et behandlingstilbud. Man ønsket både en kvantitativ oversikt, en beskrivelse av totalpopulasjonen og av underutvalg, av klientadministrative rutiner og innhold i behandling. Prosjektet tok først og fremst sikte på å beskrive klienter ved inntak i behandling, behandlingsforløp og avslutning av behandling. For å kunne si noe om effekter av behandling må klientene følges opp etter at behandlingen er avsluttet.

Erfaringene fra gjennomføringen av prosjektet oppsummeres slik:

«SIFA har gjennomført en tidsavgrenset, landsomfattende undersøkelse og vi kan gjennom den beskrive en stor andel av stoffmisbrukerne i Norge og deres møte med behandlingsapparatet.

Tilbakemeldingene fra klinikerne slik de er formidlet løpende i skriftlige oppsummeringer og i møter med representanter for tiltakene, er at den strukturerte informasjonsinnhenting har vært bevisstgjørende ved henvendelser og inntak av klienter i behandling. Man opplevde sine egne mangler på rutiner og oversikter og fikk opp diskusjon om henvisnings- og inntaksprosedyre. Det satte søkelyset på hvordan man kartla klientenes situasjon, hva som ble vektlagt ut fra hvilken teoretisk tenkning, hvilke valg i tilnærminger og metode som ble gjort i forhold til problemdefinisjon. Ettervern og videre henvisningspraksis ble tydeliggjort. I denne formidlingen ligger motivasjon for videre registrering og en bevisstgjøring som vi antar øker kvaliteten i behandlingen.

Men det har også vist seg vanskelig å forsøke å samle landet i en undersøkelse og fange en kompleks virkelighet med ett instrument. Det er derfor en konklusjon at fremtidige basisregistreringer må knyttes til presise formål og at forenklete moduler tilpasses de operasjonelle formålene. Tiltakstypene krever også ulike instrumenter.

Grad og omfang av systematisk dokumentasjon

om klienter i behandling varierer sterkt tiltakene og også fylkene i mellom. Det er åpenbare behov for en avgrenset, standardisert dokumentasjon for evalueringssammenheng, for å sikre klienter adekvate behandlingstiltak og for vurdering av ressursutnyttelse.

- Behovet for å identifisere antall klienter i behandling og å undersøke hvordan de fordeler seg og beveger seg gjennom behandlingssystemene bør kunne gjøres ved en enkel administrativ rutine.
- I evalueringssammenheng er det vesentlig å innhente nøyaktig og sammenlignbar informasjon om behandlingstiltakene.
- En felles basismodul for klientregistrering bør, hvis den skal benyttes rutinemessig, være svært enkel. Formålet kan begrenses til å gi epidemiologisk informasjon og grunnlag for komparative beskrivelser av klientutvalg og behandlingstilnærming. Modulen bør være egnet som baseline for standardiserte oppfølgingsundersøkelser.
- For klinisk og forskningsmessig bruk anbefales videre en tilleggskatalog over utvalgte instrumenter.

Akutttiltakene skiller seg vesentlig fra de andre tiltakstypene og krever en egen standard, tilpasset kjernedata i de øvrige behandlingstilbudene.

Noen av disse tilrådingene er gjennomført eller er under arbeid. Rusmiddeldirektoratets dokumentasjonsprosjekt har utviklet en institusjonsdatabase som er under tilpasning og et klientstrømsregister.

En katalog over instrumenter til forskning og klinisk bruk er under utarbeidelse ved SIFA.

En basismodul for klientregistrering blir revidert og et nytt oppfølgingsskjema tilpasset basismodulen, bør utvikles.

Forslagene til en revidert standardisering sees i sammenheng med oppbyggingen av de regionale kompetansentra i Norge. Kartleggingsinstrumentene er tenkt lagt inn i ordinære klientadministrative dataprogrammer ved de enkelte tiltak.

Det vil være en utfordring å arbeide for en harmonisering mot internasjonalt standardiserte instrumenter samtidig som vi ivaretar våre kulturspesifikke behov.»

(Lauritzen i Waal og Duckert red 1996).

Undersøkelsen om stoffmisbrukere i behandling må sies å være nokså enestående. Dekningsgraden i materialet fra de ulike tiltakene er gjennomgående høy. Man må derfor kunne anta at det langt på vei er en undersøkelse som dekker stoffmisbrukere i behandling i begynnelsen av 1990-årene.

3.4 Nasjonalt dokumentasjonssystem for tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere

Etter avslutningen av datainnsamlingen i prosjektet ved SIFA, ønsket man å videreføre registreringen av misbrukere i behandling. Samtidig ønsket man å utvide prosjektet til også å omfatte klienter i alkohol- og narkotikainstitusjoner.

På bakgrunn av St.meld nr 69 for 1991-92, Stprp nr 1 for 1993-94 og Budsjett-innst S nr 11 for 1993-94 har Sosial- og helsedepartementet ved Rusmiddeldirektoratet derfor satt i gang et større prosjekt for utprøving og etablering av et nasjonalt dokumentasjonssystem for tiltaksapparatet for rusmiddelmiss-

brukere. Formålet med prosjektet har vært å få en bedre oversikt over virksomheten i behandlings- og rehabiliteringstiltakene for rusmiddelmissbrukere og å danne grunnlag for en bedre forskningsmessig evaluering av dem. Første fase av prosjektet avsluttes i 1996.

Det er etablert en nasjonal institusjonsdatabase (NIDaR) i Rusmiddeldirektoratet med opplysninger fra 1995 for omlag 200 større og mindre tiltak. Basen inneholder standardisert informasjon om økonomiske og administrative forhold, behandlingsstatistikk og beskrivelse av virksomheten for de enkelte tiltak. Slike data vil heretter bli innsamlet og oppdatert årlig. Videre er det i samarbeid med Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) fra 1. mai 1996 etablert et klientstrømregister, slik at man kan følge hvordan klientene bruker de ulike tiltakene. Disse to delene vil utgjøre hovedstammen i det nasjonale dokumentasjonssystemet og vil komme i ordinær drift fra 1997.

I forbindelse med prosjektet har det vært nødvendig å foreta en gjennomgang av institusjonenes konsesjoner for klientregistrering. Nye enhetlige registerkonsesjoner vil nå bli gitt fra Datatilsynet i 1996 og det er med dette skapt et grunnlag for standardisert registrering av klienter. I tilknytning til dette er det foretatt en utprøving av et basisskjema for klientregistrering i helseregion 5 (Nord-Norge). Det er også utviklet en foreløpig utgave av opplegg for standardiserte etterundersøkelser. Hittil har omlag 80 institusjoner vært med i utprøving av standardisert klientregistrering. På grunnlag av utprøvingen fram til nå og i samsvar med de enhetlige registerkonsesjoner er det høsten 1996 foretatt en revisjon av de basisdata som er nødvendig i den standardiserte klientregistreringen i tiltaksapparatet. Den løpende registrering av klienter vil starte i bred skala fra 1997.

Med dette nye dokumentasjonssystemet og den standardiserte klientregistrering, vil det bli etablert et datagrunnlag for økt innsats i behandlingsforskning både når det gjelder evalueringstudier, kostnadsstudier og andre formål. Det er imidlertid like viktig at de enkelte tiltak, eiere av institusjoner og fylkeskommunene dermed kan få et bedre grunnlag for utvikling, planlegging og kvalitetssikring av de tjenester som tiltakene yter. Fram til nå har man prioritert utvikling av systemer for å gi pålitelige data slik at grunnlaget for statistikk- og forskningsarbeidet kan bli så solid som mulig. Ingen vil være tjent med store feil og mangler når systemet er utviklet og fullt operativt. Det vil svekke verdien og anvendeligheten av dokumentasjonen.

En gjennomgående erfaring både fra behandlingsforskning og klinisk praksis er betydning av langvarig oppfølging og relasjonsbygging. Dette gjelder ikke bare hva som skjer i løpet av selve behandlingsoppholdet, men også etablering av relasjoner over tid som kan ivaretas utenfor institusjon. Førstelinje-

tjenesten i kommunene må derfor i nært samarbeid med de aktuelle behandlingsinstitusjoner, legge langt større vekt på en langvarig oppfølging enn det som er regelen i dag. I den forbindelse vil ulike selvhjelpsgrupper som eksempelvis AA og NA kunne være av stor betydning. Det er derfor viktig at kommunene som en del av ettervernsarbeidet legger forholdene til rette både for etablering av selvhjelpsgrupper og at misbrukere i løpet av et behandlingsopphold kan knytte kontakt med slike grupper.

3.5 Misbrukere og arbeidsmarkedet

Arbeidsmarkedsetaten har ansvar for yrkesrettet attføring for yrkeshemmede arbeidssøkere. Arbeidssøkere som har vært rusmiddelmissbrukere vil ofte ha behov for bistand fra arbeidsmarkedsetaten for å kunne komme inn på arbeidsmarkedet eller tilbake i lønnet arbeid. Det finnes ikke lenger arbeidsmarkedstiltak for ordinært ledige eller attføringstiltak for yrkeshemmede som er spesielt rettet mot personer med problemer knyttet til misbruk av rusmidler. Arbeidsmarkedsetaten har imidlertid en lang rekke ulike tiltak som kan benyttes i forbindelse med yrkesrettet attføring overfor ulike målgrupper. Det er derfor mulig å utarbeide individuelle attføringsoppløgg som er tilpasset den yrkeshemmedes behov.

For å gjennomføre et vellykket attføringsarbeid er det viktig å få klarhet i den enkeltes yrkesmessige hindringer og muligheter, slik at attføringsarbeidet skal bli mest mulig målrettet. Den yrkeshemmede arbeidssøkeren og arbeidskontoret skal i samarbeid utarbeide en handlingsplan for attføring. Denne planen skal angi hvordan arbeidsmarkedsetatens tiltakspekter best kan nyttes for å bygge opp den enkeltes kompetanse og kvalifikasjoner og hjelpe vedkommende inn i arbeid, eller tilbake i arbeidslivet. Planene skal tydeliggjøre den yrkeshemmedes eget ansvar for attføringsprosessen.

I tråd med de normalisering- og integreringsprinsipper som legges til grunn ellers i samfunnet skal attføringstiltak for yrkeshemmede gjennomføres i det vanlige utdanningssystemet og i det ordinære arbeidslivet så langt det er mulig. Målet med attføringen er at flest mulig yrkeshemmede skal få tilbud om arbeid i det ordinære arbeidslivet.

4. METADON - SUPPLEMENT TIL ANNEN BEHANDLING AV OPIATMISBRUKERE

4.1 Hva er metadon?

Metadon er et kunstig opiat med de samme virkningene som morfin. Metadon har vært kjent i omkring 50 år og ble opprinnelig brukt i smertebehandling. På samme måte som andre opiater, binder metadon seg til det som kalles morfinreseptorene. Det spesielle med metadon er at det binder seg så sterkt til morfinreseptorene at andre opiater ikke gir noen særlig effekt om dette blir tatt i tillegg. Metadon virker og-

så langsommere, det vil si at det ved regelmessig kontrollert bruk ikke gir rusopplevelse. Metadon har også lang halveringstid, 25-36 timer, det vil si at det virker lengre enn andre opiater. Det er derfor tilstrekkelig å tilføre stoffet bare en gang i døgnet for å unngå abstinensplager. Metadon kan blandes i saft og drikkes, og kan således enkelt inntas under kontroll. Det må imidlertid understrekes at som andre opiater, er metadon avhengighetskapende, og metadonpasienter opplever abstinensplager hvis de ikke får metadon. Metadonpasienter er med andre ord like avhengige av metadon som de tidligere var av heroin. Vedlikeholdsbehandling med metadon innebærer at tilførselen av opiatet er ordnet, og dermed legger et grunnlag for å ordne opp i andre problemer knyttet til misbrukstilværelsen. Selv om dette i utgangspunktet vil oppleves som positivt for de fleste, innebærer det at pasientene blir tvunget til å forholde seg til vanskelighetene i livet, enten dette er følelsesmessige problemer og psykisk smerte, mistriivsel, kjedsomhet eller andre ting uten å bruke rusmidler for å dempe følelseslivet.

Behandling av opiatavhengige med metadon ble lansert i USA på 1960-tallet, og mange trodde at dette langt på vei skulle løse problemene med heroinmisbruk, og at den illegale omsetningen av heroin skulle undergraves. Dette viste seg imidlertid å være ønsketenkning. Det er ikke noe som tyder på at misbruk av heroin er redusert. Situasjonen er snarere tvert i mot; misbruk av heroin er de siste 30 årene blitt et stadig større problem i mange land, uavhengig av om man har tatt i bruk metadonbehandling eller ikke. Ikke desto mindre har bruken av metadon i behandling av heroinmisbrukere fått en enorm økning i løpet av de siste år. Land som tidligere var svært skeptiske og tilbakeholdne med å tilby slik behandling, har i løpet av kort tid satt i gang en omfattende tildeling av metadon, delvis i regi av egne programmer og delvis i regi av privatpraktiserende leger. Dette gjelder eksempelvis Tyskland, Frankrike og Belgia. Man ser også at land i Sentral- og Øst-Europa nokså ukritisk satser på metadon i behandling av stoffmisbrukere. Det er etter alt å dømme flere grunner til at man nå ser en nærmest eksplosjonsaktig økning i bruk av metadon. En grunn er forsøket på å redusere ytterligere spredning av HIV/AIDS-epidemien. Gjennom tildeling av metadon håper man å redusere bruken av heroin og risikoatferd i form av deling av sprøyter. En annen grunn er at mange land erfarer at man i liten grad klarer å få misbrukere stoffrie gjennom tradisjonell medikamentfri behandling, og at ressursene til slik behandling er begrenset. Samtidig blir det en stadig større gruppe mer eller mindre forkomne misbrukere man ikke vet hva man skal gjøre med. Tildeling av metadon har således i mange land blitt det kanskje viktigste virkemidlet i forsøket på å demme opp for en ytterligere økning i misbruket av heroin og redusere de ulike typer skadevirkninger av misbruket.

Det bør i denne sammenheng understrekes at metadon bare blokkerer de såkalte opiatreseptorene, slik at det først og fremst er en behandlingsform for rene opiatmisbrukere. Doseringen må også være tilstrekkelig høy for at det skal gi en slik effekt. Metadon har derimot ikke noen blokkerende effekt overfor andre typer narkotiske stoffer. Da de fleste misbrukere av opiat er også brukere av andre rusmidler, legale så vel som illegale, i kombinasjon med feks heroin, er det ingen selvfølge at tildeling av metadon fører til at misbruket av rusmidler opphører. En person som får metadon blir like beruset som før av f eks alkohol, cannabis, amfetamin og benzodiazepiner. Dette er et aspekt som ofte glemmes. Det har derfor lite for seg å gi metadon til misbrukere som i hovedsak misbruker andre stoffer enn heroin/opiat.

Bruk av metadon er ikke en enhetlig behandlingsform. Ser vi oss rundt til andre land i verden, finnes slik behandling i mange former med varierende mål. Grovt sett kan man dele de ulike programmene inn i såkalte lavdose- og høydoseprogrammer. Tidsperspektivet for behandlingen kan være alt fra bruk av metadon i noen dager/uker til et mer eller mindre livslangt perspektiv. Det vil også være store forskjeller fra at metadon gis uten noen form for annen oppfølging til strengt regulerte behandlingsprogram der metadon bare er ett blant flere elementer. Dette vil igjen være nært knyttet til hvorvidt målet med bruk av metadon er avrusing, skadereduksjon eller rehabilitering. Ved å se på den store spennvidden i bruk av metadon rundt om i verden, er det gjennomgående at de såkalte lavdoseprogrammer i stor grad er knyttet til mål om demping av abstinensplager i forbindelse med avrusing eller skadereduksjon. Når metadon gis ved avrusing, er det snakk om å gi metadon i noen dager/uker, mens programmer med mål om skadereduksjon som regel strekker seg over lengre tid. I det som kan kalles høydoseprogrammene står en målsetting om rehabilitering langt sterkere. I disse sammenhenger vil tidsrommet for tildeling av metadon i de aller fleste tilfeller dreie seg om år, evt livslang forskrivning.

Innen lavdoseprogrammer med et mål om skadereduksjon, vil man derfor ofte finne at bruk av illegale rusmidler i større eller mindre grad blir akseptert, mens dette i mindre grad er tilfelle i høydoseprogrammene. Bruk av metadon i behandling har vært gjenstand for en nærmest uendelig rekke forskningsprosjekter og er uten sammenligning den behandlingsformen det finnes mest dokumentasjon omkring. På samme måte som vedlikeholdsbehandling med metadon, er også studiene av effekter av slik behandling mangfoldige i den forstand at de har ulike siktemål og naturlig nok tar utgangspunkt i målene ved de ulike programmene. Ut fra den foreliggende dokumentasjonen kan man med andre ord trekke en konklusjon om at det sjelden er metadon alene som gjør at misbruket opphører. Hvis siktemålet med vedlikeholdsbehandling med metadon er re-

habilitering, og det er innforstått at pasienten ikke skal bruke illegale rusmidler ved siden av metadon, er det imidlertid nokså entydig at det er strengt regulerte høydoseprogrammer der misbrukerne i tillegg får hjelp i forhold til ulike sosiale og psykiske problemer, som gir best resultater. Dette framheves blant annet i en «Melding til parlamentet» framlagt av den nederlandske regjering høsten 1995.

4.2 Metadonbehandling i Norge

Fram til midten av 1980-årene var det gjennomgående enighet om at man ikke ønsket å bruke metadon i behandling av misbrukere i Norge. I forbindelse med HIV/AIDS-epidemien ble imidlertid spørsmålet igjen reist, men ikke realitetsvurdert før på begynnelsen av 1990-tallet. Det er forsåvidt verdt å merke seg at selv om det ble uttrykt stort behov for behandlingsplasser for stoffmisbrukere, var det ingen som tok til orde for å starte metadonbehandling.

I utgangspunktet var det leger uten bakgrunn fra behandling av stoffmisbrukere, som i forbindelse med HIV-epidemien tok til orde for bruk av metadon. Ettersom det kom stadig flere rapporter om økende elendighet blant de eldste misbrukerne og en betydelig økning av narkotikadødsfall, ble spørsmålet reist av stadig flere. I regi av Oslo kommune ble det allerede i 1989 satt i gang et forsøk med vedlikeholdsbehandling med metadon til HIV-positive med langtkommen immunsykt, uten at dette vakte nevneverdig motstand. Spørsmålet var imidlertid om vedlikeholdsbehandling med metadon skulle bli mer allment tilgjengelig uavhengig av HIV-status. I denne forbindelsen har det funnet sted en tildels heftig debatt blant ansatte i tiltaksapparatet for stoffmisbrukere, i media og i ulike faglige og politiske miljø.

På samme måte som i andre land, er argumentene i den norske metadondebatten sammensatte og av ulik karakter. Eksempelvis har det man må kalle etiske argumenter vært langt framme både blant motstandere og tilhengere av slik behandling. Motstandere av metadon framholder at man ikke ønsker å stemple stoffmisbrukere som håpløse. Det å gi stoffmisbrukere metadon kan tolkes som et signal om at det ikke er mulig å bli stofffri. Bruk av metadon signaliserer at misbrukeren er et passivt offer for sitt eget misbruk, og ikke vil kunne klare å hjelpe seg selv ut av misbruket. Da metadon er avhengighetsskapende på samme måte som heroin, er også metadon en type narkotika. I behandling bør derfor ikke et narkotisk stoff bli erstattet med et annet hevdes det. En akseptering av metadon vil kunne tolkes som at medikamentfri behandling ikke nytter. Det er i denne sammenheng viktig å understreke at det å ikke gi opp, men stadig se etter nye muligheter for at den enkelte kan bli stofffri, er en holdning som står sterkt og som må sies å være et bærende element i norsk behandlingsfilosofi. I tråd med denne innstillingen mener mange at man i stedet for metadon der-

for heller bør satse på å videreutvikle de medikamentfrie behandlingstiltakene.

Talsmenn for metadon, på sin side, har framholdt at metadon er en behandlingsform som vil «redde» stoffmisbrukerne fra fornedrelse og for tidlig død. Metadonbehandling bør derfor være tilgjengelig for alle som ønsker det. Gjennom å få tilgang på metadon, vil misbrukere generelt sett få økt sin livskvalitet. Andre typer argumenter for metadon er at man ved å gjøre slik behandling tilgjengelig, vil redusere grunnlaget for kriminalitet og illegal stoffomsetning. Vedlikeholdsbehandling med metadon vil kunne øke muligheten for at misbrukere blir i et behandlingsopplegg og kan derfor også føre til stofffrihet på lengre sikt.

Det er imidlertid ingen selvfølge at tildeling av metadon vil gi denne type resultater. Metadon er ikke i seg selv noe «sesam sesam». Som allerede nevnt viser forskningen omkring metadonbehandling at resultatene man kan forvente å oppnå, har nær sammenheng med hvordan metadonbehandlingen er lagt opp og hvilke rammebetingelser behandlingen opererer innenfor.

Det framkommer også andre typer argumenter mot metadon i den norske debatten. Eksempelvis har man vært redd for at et tilbud om metadon vil kunne føre til at stoffmisbrukere vil bli mindre motivert til medikamentfri behandling og at ressursene til medikamentfri behandling vil bli redusert. Videre er det reist spørsmål ved om man vil kunne klare å opprettholde en restriktiv kontroll med metadonforordning. Det å åpne for vedlikeholdsbehandling med metadon, vil kunne oppfordre leger til å skrive ut metadon utenom programmene, og metadon vil således kunne lekke ut på det illegale markedet.

4.2.1 Nasjonalt forsøksprosjekt med metadonbehandling

På anmodning fra Sosial- og helsedepartementet gjennomfører Oslo kommune et 3-årig forsøksprosjekt med metadon i behandling av 50 tungt problembelastede opiatmisbrukere.

Rammene for metadonprosjektet i Oslo (MiO)

I forutsetningene som lå til grunn for de politiske vedtak i Oslo kommune, heter det:

- «forsøksvirksomheten må styres og evalueres kontinuerlig av en nasjonal styringsgruppe
- tilbudet rettes mot en gruppe sterkt selekterte individer
- inngående utredning, evaluering og diagnostisering før behandlingsoppstart
- tilstrekkelig opplæring av behandlere
- variert poliklinisk tilbud av tverrfaglig karakter
- strenge rutiner for metadonutlevering og urinkontroll
- forsøksprosjektet igangsettes ikke hvis ikke kriteriene kan oppfylles
- utviklingsplan bør inngå i prosjektet
- en restriktiv forskrivningspraksis bør fortsatt følges

- medikamentfrie behandlingsprogrammer må fortsatt være hovedlinjen i behandlingen av stoffmisbrukere
- økonomiske ressurser til forsøksprosjektet må komme i tillegg til de ressurser som nå brukes i stoffmisbrukerbehandlingen

Målsetting for prosjektet:

- Rehabilitering ved hjelp av metadon vedlikeholdsbehandling.
- Evaluere virkningen av metadonbehandling til en gruppe sterkt selekterte individer.
- Vurdere prosjektets virkning på hele stoffmisbrukergruppen, på behandlingsapparatet og på legers forskrivningspraksis til stoffmisbrukere.

Målsetting for klientene i prosjektet:

- Metadonfrihet og ruskontroll på sikt.
- Reduksjon av kriminalitet og prostitusjon.
- Bedret sosial fungering, fysisk og psykisk helse.
- Rehabilitering og yrkesmessig atferd.

Prosjektets begrensninger:

- Prosjektet vil neppe gi merkbare utslag på statistikken for overdosedødsfallene.
- Arbeidsgruppen anbefaler ikke bruk av metadon i fengsel i forsøksperioden, da dette ikke vil være ledd i behandling.
- Tilbudet bør i forsøksperioden bare gis til Oslotilhørig klienter.
- Metadon bør i utgangspunktet ikke gis til gravide opiatmisbrukere.

Målgruppe og varighet

Målgruppen er stoffmisbrukere over 30 år med et langvarig, opiatdominert misbruk bak seg, som har vært gjennom flere behandlingsforsøk og er motivert for rehabilitering ved hjelp av metadonbehandling. Prosjektperioden bør være 3 år.

Klientkarrierer i prosjektet

1. Planlagt avvikling av metadonbehandling til en metadon- og rusfri tilværelse.
2. Eksklusjon fra prosjektet.
3. Opprettholde metadon vedlikeholdsbehandling; eventuelt på livstid

Inntakskriterier

1. Langvarig opiatavhengighet. Opiatmisbruket må ha vært det dominerende misbruket.
2. Langvarig og dokumentert medikamentfri behandling; alle realistiske tiltak må vurderes som uttømt.
3. Alder over 30 år.
4. Ingen uoppgjorte straffesaker ved inntak.
5. Ordnet bolig/deltakelse i botreningsprogram før inntak.
6. Klienten må inngå en forpliktende kontrakt med prosjektet.

I tillegg bør det legges vekt på den fysiske helse-tilstanden; f.eks HIV-infeksjon, langtkommen kronisk hepatitt, hjerteklafeinfeksjon eller andre alvorlige og potensielt livstruende sykdommer.

Eksklusjonskriterier

Absolutte:

1. Vedvarende sidemisbruk.

2. Vold eller trusler om vold mot personalet på dagsenteret, andre behandlere eller andre utleveringssteder (for metadon).
3. Fengselstraff.

Relative:

1. Salg eller overlatelse (å gi) narkotika (inkludert metadon) til andre.
2. Fusk med urinprøver.
3. Klient som ikke henter sin metadon på 3 dager.
4. Samarbeidsproblemer; for eksempel gjentatt vegring mot å komme til avtaler, avgi urinprøver.»

Arbeidsgruppens innstilling inneholdt også konkrete forslag til organisering av metadonprosjektet, bemanningsplan, vurdering av inntak, samarbeid med andre instanser etc.

Av ulike grunner tok det relativt lang tid fra de siste politiske vedtak ble fattet før Metadonprosjektet i Oslo kom i gang. Blant annet var det en lang prosess å finne egnede lokaler og å ansette en kvalifisert personalgruppe. Den første pasienten startet i metadonbehandling i månedskiftet august/september 1994. Det tre-årige forsøksprosjektet vil således være fram til august/september 1997.

For å knytte metadonprosjektet sammen med det øvrige tiltaksapparatet, ble misbrukere som ønsket å komme i betraktning for metadonbehandling anmodet om å søke inntak i prosjektet gjennom en innsøkende instans. Dette kan være et poliklinisk tiltak, en institusjon, sosialkontor o.l. som ved inntak i metadonbehandling må være innstilt på å påta seg ansvar for oppfølging gjennom behandlingen. En viktig grunn til at det legges så stor vekt på at pasientene skal ha oppfølging fra relevante instanser utenfor metadonprosjektet er at klientene bedre skal kunne oppnå de ulike målsettinger om rehabilitering utover selve misbruket. Et annet siktemål med det tette samarbeidet er at man ønsker at metadonprosjektet ikke skal bli et isolert tiltak, men bli integrert i det øvrige tiltaksapparatet.

Det er etablert en inntaksgruppe på tre medlemmer, to med lang erfaring fra behandlingsfeltet samt den daglige leder av prosjektet. På bakgrunn av innsendt søknad gjennomgår de aktuelle klienter et relativt grundig intervju før det blir fattet beslutning om inntak i metadonbehandling. Inntakskriteriene som har ligget til grunn for inntaket er konkretisert til:

- Minst 10 års opiatavhengighet.
- Relevant medikamentfri behandling skal være utprøvd i rimelig omfatning.
- Være fylt 30 år.
- Ordnete boligforhold.
- Ingen uoppgjorte politi-/straffesaker før oppstart av behandling.
- Være registrert bosatt i Oslo pr 1.1.1994 - Behandlingen skal være frivillig.

Det er videre en forutsetning fra prosjektets side at klientene må være avruset og at pasienten har hatt

syv dager uten spor i urin av narkotiske stoffer eller benzodiazepiner. Inntaket av pasienter i vedlikeholdsbehandling med metadon har tatt uforholdsmessig lang tid ved at prosjektet ikke var fylt opp med 50 pasienter før på nyåret i 1996. Dette har delvis sin forklaring i at man ikke fant det forsvarlig at for mange startet i behandling samtidig, delvis i at de aktuelle klienter hadde problemer med avrusing og å framvise rene urinprøver i syv dager slik at man kunne starte behandling. Den uforholdsmessig lange saksbehandlingstid hos påtalemyndigheter og rettsvesen har også ført til at mange har måttet vente på avklaring av uoppgjorte politi- og straffesaker.

4.3 Evalueringen av forsøksprosjektet

En viktig forutsetning for forsøksprosjektet var at en eventuell videreføring skulle ha basis i forskningsmessig evaluering. Selv om få behandlingsformer er blitt gjenstand for så omfattende evaluering som vedlikeholdsbehandling med metadon, var det et viktig siktemål å se på hvordan en slik behandling ville fungere i norsk sammenheng. Effekten av behandlingen for de klientene som inngår i prosjektet, er selvsagt sentral. Man ønsket imidlertid også å studere ringvirkninger av vedlikeholdsbehandling med metadon både på misbrukere som ikke er i slik behandling og det øvrige tiltaksapparatet for stoffmisbrukere. Evalueringen er organisert som et samarbeidsprosjekt mellom Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA), Institutt for medisinske atferdsfag og Institutt for kriminologi, begge ved Universitetet i Oslo. Institutt for kriminologi har sitt fokus på det som kan kalles ringvirkninger av metadonprosjektet. Denne delen av evalueringen vil spesielt se på hva som skjer «på gata», hvilke reaksjoner man kan finne i misbruksmiljøene på de ulike sidene ved metadonprosjektet, og likeledes hvordan tiltakene innen den medikamentfrie behandlingen forholder seg til metadonprosjektet. I den omfattende studien av misbrukere som har søkt behandling ved Veksthuset i Oslo er det framkommet at spørsmål i tilknytning til psykisk helse synes å være viktig i behandling av stoffmisbrukere. Institutt for medisinske atferdsfag skal på denne bakgrunn spesielt studere det som kalles psykopatologiske problemstillinger knyttet til pasientene som er i metadonbehandling. SIFA på sin side er gitt ansvaret for å se hvordan det går med pasientene som er i metadonprosjektet i forhold til de oppsatte målsettinger og mer allment følge de organisatoriske sidene ved MiO.

I det følgende gjengis deler av en foreløpig statusrapport som ble avgitt til den nasjonale styringsgruppen for prosjektet i mars 1996. Statusrapporten gir en kort oppsummering og vurdering av inntaksprosedyrer og forvaltning av inntakskriteriene i MiO (Skretting 1996), og en vurdering av hvordan det går med pasientene i prosjektet etter at de har vært i behandling i omkring seks måneder (Ervik 1996)

«Metadonprosjektet i Oslo, inntak av pasienter og forhold til det øvrige tiltaksapparatet (Skretting 1996)

Søknadsprosedyre. Selv om det ikke var klart hvor MiO skulle holde hus, besluttet prosjektet at en skulle ta i mot søknader fra 30. mai 1994, og påbegynne vurdering av potensielle pasienter. Det ble utarbeidet et søknadsskjema som sammen med informasjon om søknadsprosedyre ble sendt ut til instanser som er i kontakt med stoffmisbrukere. På søknadsskjemaet skulle det gis opplysninger om hvor lenge søker har brukt ulike typer rusmidler, omfanget av tidligere behandling, hvilke planer søker har knyttet til metadonbehandling osv. Det ble lagt opp til at innsøking skulle gå gjennom en såkalt innsøkende innstans som ved evt opptak i prosjektet skulle ha ansvar for videre oppfølging av pasienten sammen med MiO. Allerede pr 30. mai forelå det 65 søknader, noe som i realiteten innebar at søknader innkommet etter denne dato ville ha liten mulighet til å bli vurdert i denne omgang. Dette ble fort kjent både blant misbrukere og behandlere, og er etter alt å dømme den viktigste forklaringen på at det i tiden fram til januar 1995, da det ble satt stopp, ikke var kommet inn fler enn 161 søknader. Søknadene ble nummerert etter søknadsdato, og rekkefølge for behandling for søknader som forelå pr 30. mai 1994 ble foretatt ved loddtrekning. Selv om det ble gitt informasjon, førte denne prosedyren til at flere både i misbruksmiljøet og blant behandlere misforsto det dithen at søknadsfristen var 30. april 1994, og at det ble trukket lodd om hvem som skulle få plass.

Inntaksvurderingene Inntaksmøtene startet i juni 1994 og har pågått fram til begynnelsen av 1996. Inntaket er nå avsluttet. Selv om det av kliniske grunner var ønskelig å spre oppstartingen av behandlingen over et lengre tidsrom, kan det stilles spørsmål ved at selve inntaksvurderingene i et 3-årig forsøksprosjekt strakk seg over mer enn 1 1/2 år. Det er åpenbart at det medførte unødig usikkerhet og frustrasjon både blant potensielle pasienter og henvise-re. Dette framkommer blant annet av delprosjektet som ser på ringvirkninger blant misbrukere på gateplan. At inntaket har trukket i langdrag innebærer også at noen klienter får relativt kort tid i prosjektet før det skal tas standpunkt til om en i Norge skal fortsette med metadonbehandling og er selvsagt også derfor en svakhet.

Det ble lagt opp til to møter i inntaksgruppa for hver enkelt søker. Et første møte med intervju og gjennomgang av «liv og levnet», samt et annet møte 14 dager etter - der det ble gitt svar om vedkommende fikk plass eller ikke. Søker ble innkalt gjennom henviser og møtte sammen med denne begge ganger. To-delingen av inntaksvurderingen var delvis begrunnet med at de 14 dagene skulle kunne brukes til innhenting av nødvendig supplerende informasjon og evt bekrefting/avkrefting av ting man lurte på i søknaden. Videre skulle søkeren få tid til å fordøye informasjonen han/hun hadde fått i det første møtet. «Er det metadon eller medikamentfri behandling jeg vil ha? Er det noe mer jeg ønsker å diskutere før jeg evt går inn i MiO?» Ved et avslag skulle man i det andre møtet kunne diskutere hvilke andre behandlingalternativer som kunne være aktuelle.

Når det gjelder selve organiseringen eller administreringen av inntaksvurderingene er det åpenbart at dette kunne ha vært gjort bedre. Inntaksmøtene har jevnt over vært dårlig forberedt og utover en oppsjekking gjennom folkeregisteret om hvorvidt søkerne var hjemmehørende i Oslo, har en ikke hatt noen

rutiner på å innhente supplerende opplysninger omkring de enkelte søkere og deres situasjon. Ut fra dette har det ikke vært så lett å forstå motiveringen med å ha to inntaksmøter med 14 dagers mellomrom for hver søker. Det er heller ikke noe som peker i retning av at de 14 dagene har hatt noen betydning for evt «modning» av søkerens stillingstaken til hvorvidt de ønsket metadonbehandling eller ikke.

Det bør blant annet diskuteres om man ikke burde ha prøvd å finne en ordning med politi- og rettsvesen slik at det var større klarhet i hvorvidt det forelå eventuelle uoppgjorte saker eller ikke, slik at man i dette tilfelle ikke var henvist til bare å «stole» på søkerens informasjon. Det har vært kontakt med politiet om mulighetene for å få slik informasjon, men med negativt resultat. Ved for eksempel å trekke veksler på representanten fra Justisdepartementet i styringsgruppa, burde det imidlertid ha vært mulig å komme til en ordning på dette punkt.

Forvaltning av inntakskriteriene. Inntakskriteriene var politisk fastlagt. Dette innebar at inntaksgruppa, i den grad det var mulig, skulle forholde seg til vedtatte kriterier, og ikke selv trekke fra eller legge til. Inntaksgruppas mandat var med andre ord å forvalte kriteriene, eller vurdere søkerne i forhold til de gitte kriteriene. Dette er også blitt gjort. De vedtatte kriteriene har gjennom hele søknadsvurderingen vært ledetråden for om den enkelte søker skulle få ja eller nei til å begynne i metadonbehandling, selv om ikke alle kriteriene alltid har vært like enkle å forvalte.

- **Alderskriteriet om fylt 30 år** er blitt fulgt uten unntak.
- **Bosatt i Oslo pr 1/1 1994.** - Her er det heller ikke gjort noen unntak. To søkere som var registrert bosatt i andre kommuner ble av ulike grunner likevel innkalt, men de fikk begge avslag. At de overhodet ble innkalt ble imidlertid beklaget og oppsummert som uheldig.
- **Gjennomgått medikamentfri behandling i rimelig omfatning** har av naturlige grunner vært det vanskeligste kriteriet å forholde seg til. Hva som skal legges i formuleringen «i rimelig omfatning» må nødvendigvis i noen grad bli gjenstand for individuelle vurderinger. Det vil eksempelvis være forskjell på hvordan man vurderer muligheten for at den enkelte misbruker kan tenkes å profitere på medikamentfri behandling, avhengig av om det er en «oppegående» 30-åring eller «nedslitt» 40-50 åring. Andre faktorer kan også tenkes å spille inn.

Med utgangspunkt i intensjonen med kriteriet - at metadon skulle være en «siste» utvei for rehabilitering - er det etter alt å dømme gjort noen litt «tvilsomme» vedtak i denne forbindelse. For eksempel har unge søkere (akkurat fylt 30 år) med lite behandlingserfaring fått plass i prosjektet. Det er imidlertid likevel manglende behandlingserfaring som har vært den dominerende grunnen til at søkere har fått avslag.

- **Kriteriet om 10 års dominerende opiatmisbruk** er fulgt så langt det har latt seg gjøre. Informasjon fra søkerne er også i dette tilfelle tatt på «face value». Det er ikke gjort noen forsøk på å verifisere opplysninger om misbruk ut over søknaden og informasjon fra søker i inntaksmøtet. Dette ville selvsagt heller ikke vært lett å få til. Et annet problem i denne forbindelse har hele tiden vært vurderingen av forholdet mellom opiatbruk og bruk av andre stoffer, og da først og fremst benzodiazepiner. Søkerne har blitt kjørt relativt hardt på hva som er det dominerende misbruket og tvilen

har stort sett kommet «tiltalte» til gode. Det er bare to som har fått avslag med bakgrunn i «rusmid-delfprofil» - (kvinne brukte stort sett alkohol - tre år siden brukt opiater, mann som var ærlig nok og sa at han ikke ville oppgi benzodiazepinene - begge personer er nå døde). Det har vært kritikk mot MiO (da først og fremst fra misbrukere som ikke er i prosjektet) for at ikke alle pasientene som har fått plass, oppfyller kriteriet om 10 års domine-rende opiatmisbruk. Det bør vel stilles spørsmål ved om hvorvidt man burde ha søkt å innhente supplerende opplysninger om misbruksprofil.

- Kriteriet om *ingen uoppgjorte saker med politi/rettsvesen* har vært fulgt i den grad informasjon har vært kjent. Dette har imidlertid ikke alltid vært helt greit. Delvis har informasjon blitt under-slått i enkelte tilfeller, noe man selvsagt ikke kan gardere seg mot (men det bør vel være mulig å komme til en ordning med politi/påtalemyndighe-ter). Delvis er det problemet med lange rettskøer. Dette har ikke prosjektet herredømme over, men er et problem som vel må drøftes ved en eventuell videreføring av prosjektet. Skal et slikt krav fastholdes eller skal man være mer fleksibel, og hvor-dan kan en større fleksibilitet forvaltes i praksis?
- *Metadonbehandlingen skal være frivillig*. I prak-sis har det vært snakk om hvorvidt en kunne ak-septere betingede dommer der betingelsene er knyttet til metadonbehandling, noe man har styrt unna.

MiO og det øvrige tiltaksapparatet. I prosjektpla-nen for metadonprosjektet ble det lagt vekt på at me-tadonbehandlingen i størst mulig grad skulle integre-res i det øvrige tiltaksapparatet og ikke bli en virk-somhet på siden. Ledergruppa ved MiO la allerede fra starten stor vekt på å legge forholdene til rette for å få dette til. I perioden før Oslo kommune fant loka-ler for prosjektet, ble tiden i stor grad brukt til infor-masjon og diskusjon med aktuelle samarbeidspart-nere. Også etter at behandlingen kom i gang har det-te arbeidet vært gitt høy prioritet. Alt tyder på at det-te langt på veg har vært en vellykket investering. Det ser ut til at MiO er akseptert som en del av behand-lingstiltakene for stoffmisbrukerne i Oslo, og med få unntak fungerer samarbeidet stort sett tilfredsstillen-de.

Oppsummering. De oppsatte inntakskriteriene har stort sett blitt fulgt. Ordningen med ekstern inntaks-vurdering har fungert positivt. Organsiering av inn-taket og forberedelse fra MiOs side har ikke vært så bra som det man kunne ønske eller burde forvente. Samarbeidet med det øvrige tiltaksapparatet må sies å fungere tilfredsstillende.»

Vurdering av pasientene (Ervik 1996):

«MiOs ansatte har vist stor åpenhet og tilrettelagt for at evalueringen kontinuerlig kan skaffe nødven-dige kunnskaper om prosjektets policy og utvikling (tilstedeværelse i prosjektlokalene, i pasient- og me-tadonmøter, allmøter, uformell kontakt med ansatte og pasienter), og vist interesse for forskningsarbei-det. Prosjektets ansatte har fått tilbakemeldinger fra evalueringen, noe som må ansees som viktig i den videre utviklingen av prosjektet. Også pasientene har vist både velvilje og interesse med hensyn til å stille opp til intervjuer. «Intervjubelastningen» var, ifølge dem selv, størst i begynnelsen. Avtaler har blitt gjort direkte med pasientene eller via deres res-pektive konsulenter. De fleste intervjuavtaler har blitt holdt. For pasientene er det i seg selv en hygge-lig erfaring å klare og holde avtaler. I noen få tilfel-ler har det vært problemer med å få til intervju fordi pasienten har vært i en vanskelig situasjon eller opp-lever behandlingen som vanskelig. En har da funnet det riktig å ikke trenge seg på, men heller utsette in-tervjuet til situasjonen har stabilisert seg. En pasient har passivt motsatt seg intervju ved ikke å svare på henvendelser. Om denne pasienten er det innhentet data via journal og pasientmøter. Både i samarbeidet med ansatte, pasienter og tiltaksapparatet utenfor MiO har det vært av stor verdi å kunne dra nytte av tidligere erfaring fra arbeid innenfor dette feltet. Til å være en outsider kjenner jeg miljøet blant stoffmis-brukere relativt godt. Flere av pasientene kjenner jeg gjennom mange år og har vært vant til å snakke med dem om sensitive temaer tidligere. Denne type erfaring og kunnskaper kan være ett mål på dataenes va-liditet. Ved gjennomgang av intervjuene framkom-met det forøvrig at informasjonen som gis i stor grad stemmer overens med data som innhentes via pasi-ent- og metadonmøter og journaler.

Metode og materiale

Evalueringen av hvordan klientene responderer på behandlingen bestemmes av og er i takt med pro-sjektets framdrift. Det er flere dilemmaer knyttet til denne type forskning og til MiO spesielt:

- Kontinuerlig innhenting av data fra før prosjekt-start til prosjektslutt (se skissen nedenfor).
- Inntak av klienter over en lang periode (juni 1994 - mars 1996), sett i forhold til at prosjektperioden utløper allerede i august 1997. De som starter sist vil være i prosjektet i mindre enn ett og et halvt år. Innenfor rammene av evalueringen vil tiden en del av pasientene følges være så kort at det vil være vanskelig å si noe om hvorvidt behandl-ingen er virksom på lengre sikt.

juni 1994

Start T0 (inntak): baseline
august 1994

februar 1996

Start T1: forventninger

februar 1995

T1 avsluttet
august 1996

Start T2: 1/2 år i behandling
februar 1996

T2 avsluttes
august 1997

Start T3: 1 1/2 år i behandling

T3 avsluttes
MiO avsluttes

Inntaksintervju til bruk for evalueringen, som inngikk som en del av det generelle inntaksarbeidet, startet i juni 1994. Alle som kom til inntaksvurdering ble intervjuet om visse basisdata (ruskarriere, behandling, fengsel, familie etc). *Intervjutidspunktet er kalt T-0*, ettersom man ennå ikke visste om den aktuelle klient ville bli akseptert for behandling eller ikke. I den foreliggende statusrapporten er bare de første 50 pasientene som påbegynte metadonbehandling tatt med i skissen over pasientenes bakgrunnsdata.

Pasientene intervjues så ved tre tidspunkt eller «milepæler» (båndintervju og skjema): *T1: omkring oppstart på metadon:* De fleste intervjuene er utført der pasienten var til avrusning, på MiO, SIFA eller (etter ønske fra pasienten) i pasientens hjem. Intervjuet omhandler forventninger til behandlingen, innsøkningsperioden og avrusningsfasen (fra man ble akseptert til man kunne starte behandlingen).

T2: etter et halvt år i behandling: De fleste intervjuene er gjennomført på SIFA eller på MiO, noen få på avrusningssteder eller pasientens hjem. Pr februar 1996 er 35 pasienter (15 kvinner og 20 menn) intervjuet etter et halvt år i behandling.

T3: etter ett og et halvt år i behandling: Start slutten av februar 1996. Det følgende vil basere seg på intervjuer av de som hadde vært i behandling i et halvt år (pr februar 1996, 35 pasienter - 15 kvinner og 20 menn) og andre data (deltakende observasjon, pasient- og metadonmøter, allmøter, journaler) fra før prosjektstart til februar 1996. Det følgende må således betraktes som beskrivelse av noen tendenser så langt i prosessen. Det gjenstår fortsatt innhenting av data og omfattende analysearbeid før det foreligger en tilfredstillende statusrapport.

De 50 første pasientene som startet i behandling består av 28 menn og 22 kvinner. Dette er en overrepresentasjon av kvinner sammenlignet med andelen kvinner i døgnbehandlingstilskudd for stoffmisbrukere (10 - 30%). Forholdet er imidlertid sammenfallende med det man fant i en undersøkelse av 208 klienter i behandling ved PUT Ullevål (Gran og Størksen 1990). To av pasientene døde i desember 1995. En mann døde etter et knapt år i behandling. Årsak: hiv-relatert sykdom. En mann døde i en periode hvor han var ekskludert fra prosjektet. Årsak: overdose. En pasient ga nylig (8.3.96) fra seg plassen frivillig. Begrunnelse: Ønske om å leve rusfritt. Hun gav beskjed i brev form og ba ikke om hjelp til nedtrapping. MiO vil ta nærmere, avklarende kontakt med henne.

Tre pasienter er tatt inn utenom ordinær rutine (to møter med inntaksgruppen, avrusning, sju rene dager før metadon opptrapping starter). Den ene (kvinne) er sterkt fysisk funksjonshemmet og har hele tiden bodd i institusjon (hybelhus og eldreinstitusjon). Hun ble trappet opp på metadon mens hun var inne-liggende i somatisk sykehus. To pasienter (et par) ble tatt inn ordinært, men trappet opp uten først å fylle kravet om «sju rene dager». De bodde i en kommune i Midt-Norge, fikk medisinkvote (Dolcontin) av behandlende lege der, og gikk direkte over på metadon. De er nå flyttet til Oslo, hvor de hele tiden har vært hjemmehørende. Begrunnelsen for at pasientene skal ha «sju rene dager» etter siste rene urinprøve før behandlingen igangsettes er (fra MiOs metodebok):

- reseptorene skal være rene før metadonbehandling
- forskerne trenger en psykologisk test, hvor pasienten intervjues uten å være påvirket av medisiner

- avrusningsperioden, hvor pasienten jobber med å bli ren har dessuten vist seg å ha positiv effekt for pasientens muligheter for å lykkes
- ved en ren periode på sju dager unngår pasienten evt å få epilepsikrampe av metadon.

Svært mange av pasientene har opplevd det problematisk å fylle dette kravet. For manges vedkommende har det innebåret en lang og vanskelig avrusningsfase, med to eller flere runder med avrusning. Dette henger blant annet sammen med at Akuttinstitusjonen ved Ullevål sykehus ikke kunne tilby opphold ut over en uke på Mottaksavdelingen. Utredningsavdelingen tok ikke i mot MiOs pasienter ettersom disse allerede er utredet. MiO har imidlertid fått til et godt samarbeid med akutttiltaket M3, hvor pasienter tilbys opphold den tiden som er nødvendig for å oppfylle MiOs krav. Pasientenes opplevelser og takling av kravet om «syv rene dager» før oppstart i metadonbehandling vil bli beskrevet i en senere rapport. Rent faglig er det ulike syn på hvorvidt en praksis med «syv rene dager» bør følges, alternativt om pasientene bør starte metadon opptrapping umiddelbart etter at de er avruset, noe som f.eks er en klar oppfatning blant spesialister ved metadonprogrammer tilknyttet Beth Israel Hospital, New York. Det er viktig å ta denne praksisen opp til kritisk drøfting.

Pasientene ved inntak.

Det følgende er hentet fra inntaksintervjuene T0, samt noe informasjon fra det såkalte «forventningsintervjuet» ved oppstart i behandling T1. Formålet er å gi en kortfattet beskrivelse av pasientgruppen. Kvinner og menn blir beskrevet hver for seg. Selv om det vil framgå at det i de fleste henseender er en belastet gruppe vi har med å gjøre, er det betydelige variasjoner når det gjelder faktorer som ser ut til å være viktige med tanke på hvordan man lykkes i behandlingen (behandlingserfaring, fengsel, prostitusjon, familie, nettverk, helse etc).

22 kvinner:

Gjennomsnittsalderen for kvinnene som startet i metadonbehandling er 35 år, med spredning fra 30 til 43 år. Ni av kvinnene har født barn. Ingen hadde daglig omsorg for barna, dvs at barna frivillig eller ved barnevernsvedtak er plassert hos andre. (En kvinne er bestemor og har av mer naturlige grunner ikke daglig omsorg). Seks kvinner søkte og fikk plass sammen med partner (ett av disse forholdene ble brutt kort tid etter behandlingsstart). Tre hadde partnere som får behandling i «Hiv-met»-prosjektet. To oppga å leve sammen med partner med rusproblemer uten at det var snakk om metadonbehandling. En kvinne levde i institusjon. Ni kvinner oppga at de bodde alene. En bodde midlertidig hos foreldre.

Hovedtyngden var verken i arbeid/skole eller annen form for sysselsetting ved inntak. Et fåtall kombinerte bruk av stoffer med arbeid eller skole. Inntektskilder (kan være snakk om flere inntektskilder pr person): To kvinner har inntekt fra arbeid. To oppgir uføretrygd, seks attføring, en enkepensjon. Seksten kvinner mottar sosialhjelpspenger. Seks får økonomisk hjelp fra familie. Ti kvinner oppgir stoffsalg og annen kriminalitet som inntektskilder, mens elleve oppgir prostitusjon som viktig inntektskilde.

Tid i medikamentfri behandling varierer fra 1 mnd til 9-10 år. Tid i fengsel varierer fra ingen fengselsopphold til 4 år. En kvinne oppga å ha brukt metadon daglig i to år ved inntak, de øvrige oppgir dag-

lig/nesten daglig bruk av opiater i sprøyte. Med få unntak oppga kvinnene også bruk av benzodiazepiner, varierende fra erstatning for heroin til bruk av benzodiazepiner sammen med heroin. Bare en av kvinnene oppga å være tilnærmet ren heroinmisbruker. Med unntak av fire kvinner oppgir alle å ha tatt overdoser, varierende fra en til ni ganger. Med overdoser menes i denne sammenhengen situasjoner hvor man har blitt brakt til bevissthet ved venners eller profesjonell hjelp. Tolv kvinner oppgir at de har forsøkt å ta eget liv. To av kvinnene er hiv-positive (symptomfrie). Gruppen er gjennomtestet for hiv; over halvparten oppga at de sist hadde testet seg i løpet av foregående halvår. Atten oppgir å være Hepatitt C positive, to er ikke testet/vet ikke, for to foreligger ikke informasjon om Hepatitt C status.

28 menn:

Gjennomsnittsalderen ved inntak er høyere enn for kvinnene - 38 år - med spredning fra 30 til 50 år. 14 av mennene er fedre (to er bestefedre). I likhet med kvinnene som er mødre, hadde ingen omsorg for egne barn ved inntak. Seks menn søkte sammen med partner; to menn hadde partnere i «hiv-met»-prosjektet. Tre andre menn levde sammen med partner med rusproblemer. De øvrige oppga at de levde alene. Inntektskilder (alle har to eller flere): Fem oppgir inntekt fra arbeid (én mottar sykepenger), sju oppgir uføretrygd, seks attføring. Tolv mottar sosialhjelp, og ni mottar midler fra foreldre/familie. Nitten oppgir inntekter via stoffsalg eller annen kriminalitet. Opphold i behandlingsinstitusjon varierer fra 5 uker til 8 år. Mennene har, som ventet, flere og lengre fengselsopphold enn kvinnene. Kun to menn oppgir å ikke ha vært i fengsel. Fem av mennene er hiv-positive. 17 oppgir å være Hepatitt C positive. Fem menn oppgir aldri å ha tatt overdose, mens de øvrige oppgir en eller flere tilfeller av overdose. 16 oppgir at de aldri har forsøkt å ta sitt eget liv, mens åtte oppgir å ha forsøkt 1-2 ganger. To menn oppgir å ha forsøkt suicid 8 - 12 ganger. I det nærmeste halvåret før behandling oppgir hele 19 å ha vært «på kjøret»/i fengsel. Rusmønsteret siste halvår viser tydelig at det er snakk om en gruppe med blandingsmisbruk. Kun én oppgir å være ren heroinmisbruker. 23 oppgir daglig eller nesten daglig opiatbruk, 20 benzodiazepiner, 16 alkohol og 16 cannabis i varierende grad. Kun fire oppgir å ha vært i jobb i løpet av siste halvår før inntak i metadonbehandling. Fire av mennene har imidlertid rundt 10 års arbeidserfaring. Kun tre oppgir at de aldri har vært i arbeid.

Status (i grove trekk) etter et halvt år i behandling

Pr mars 1996 hadde 35 pasienter vært i behandling i et halvt år eller mer. Av de 35 ble en kvinne og en mann ekskludert for tre måneder, i tillegg ble en mann ekskludert for 12 måneder. De to først nevnte var i mars 1996 tilbake i prosjektet igjen etter eksklusjonsperioden. Begge brukte illegale rusmidler i eksklusjonsperioden. Pasienten med 12 måneders utestenging hadde medisinkvot fra lege før han kom med i MiO og gikk direkte tilbake til slik kvote ved eksklusjon. Han har opprettholdt kontakten med prosjektet og ser ut til å komme med igjen i mai/juni 1996.

Ulike forutsetninger og forventninger

Klientenes forventninger til metadonbehandling varierer fra «å kunne leve et roligere liv» til «å leve

som en normal samfunnsborger», dvs være i arbeid og fylle fritiden med noe meningsfullt. I mange tilfeller er det et rimelig samsvar mellom forutsetninger (realistiske vurderinger av egne muligheter) og forventninger. For andres vedkommende er det mindre grad av samsvar, og det viser seg også ved oppfølgingspunktet etter 1/2 år i behandling at det er disse som er mest skuffet både over behandlingen og seg selv. Klientene blir bedt om å bringe tanker om hvilke forhold/faktorer som er viktige i deres egen bedringsprosess. Noe bearbeidet ser dette så langt slik ut:

Positivt:

- relativt langvarig behandlingserfaring
- behandling hvor man har blitt forstått/grepet fått i
- erfaringsbaserte målsettinger (kortsiktige, oppnåelige mål, tålmodighet)
- støtte i familie
- evne til selvstendighet (kunne forholde seg til MiOs oppfordring til eget initiativ)
- erfaring fra arbeidsliv
- erfaring i å omgås andre enn rusmiddelmisbrukere
- avstand i tid til rusmiljøet
- stabil, støttende partner

Negativt:

- lite behandlingserfaring
- ingen terapeutisk relasjon utenfor MiO
- mange fengselsopphold
- mye gateliv
- mange år i prostitusjon
- liten trening i omgang med «nykterister» (mangelende sosiale koder)
- lite støtte i familie
- uklare målsettinger (store, lite operasjonaliserte eller svært vage mål)
- urealistiske forventninger til metadon

«Direkte i ettervern»

MiO er et poliklinisk tiltak, som innebærer at pasientene må klare seg selv store deler av døgnet. En av klientene karakteriserte behandlingen som å starte direkte i ettervern. MiOs policy er at man først og fremst skal søke kontakter utenfor prosjektet; at prosjektet ikke skal være et sted fylt opp av fritidstilbud og andre tilbud. Det er videre uttalt og oppfattet av klientene at man ikke kommer til et servicesenter eller til et fastlagt program man skal følge, slik mange er vant til fra annen type behandling. MiO har valgt en individuell tilnærming til pasientene og stiller krav til egenaktivitet, noe som applauderes av de fleste, men som blir for utfordrende for noen. Det kan se ut som om de klientene som har minst behandlingserfaring og/eller lite nettverk (privat og offentlig) og/eller liten arbeidserfaring ikke klarer de kravene til selvstendighet som prosjektet stiller. En slik tilnærming krever at man har gjort erfaringer som har ført til en viss grad av selvstendighet, slik at avhengigheten av selve prosjektet som sosial base blir tonet ned.

Noen pasienter erfarer at de ikke klarer å gjøre så mye på eget initiativ. De opplever seg som å være i et vakuum, hvor den ene dagen går over i den andre uten at man klarer å lage konkrete planer for tiden framover. Det ser ut som om grupper av pasienter skiller lag når opptrappingsfasen (de første seks uker i behandling) er over. Enkelte har allerede i opptrappingsfasen ordnet arbeid (en mann gikk tilbake i tid-

ligere jobb) eller skole/kurs, mens andre blir gående på MiO. Det er naturlig å skille lag etter denne første fasen, men her ser det ut til å gå et skille mellom dem som tar små eller større skritt ut i verden og de som av ulike grunner henger fast ved prosjektet i mangel av annen struktur.

Sidemisbruk

Sidemisbruk defineres som bruk av andre substanser enn metadon over en eller flere perioder. Avgiftning kan skje ved egen hjelp eller ved innleggelse. «Sprekk» er å betrakte som en (eller flere) engangsforeteelser. Etter et halvt år i behandling er det bare to pasienter som oppgir at de ikke har «sprukket». Dette stemmer overens med opplysninger fra prosjektet. Mange «sprekker» allerede under opptrapingen. Her er noen av de forhold pasientene selv oppgir som forklaring på sprekk og sidemisbruk:

- teste om metadondosen blokkerer for heroin
- ønske om rus
- blir tilbudt
- lever tett på mennesker som er aktive rusmiddel-misbrukere
- ting blir vanskelig
- prestasjonspress (fra seg selv og/eller omgivelser)
- behov for en utblåsning
- «belønning» for å ha vært flink
- savner sprøyta/det rituelle ved rusingen
- savner spenning og variasjon i hverdagen
- life events (som brått dødsfall i nær familie)

MiOs pasienter trappes opp til blokkerings- eller høydoser, som skal hindre virkning av heroin. Pasientene er ukjent med dosering. Riktig nivå bestemmes ved blodkonsentrasjonsprøver. Dette fungerer svært godt; det er ingen forhandlinger mellom pasient og behandler om høyest mulig dose; flere pasienter har bedt om redusert dose fordi de antar at trettetsfølelsen eller annet ubehag kan ha sin årsak i for høy dose. Både pasienter og ansatte virker fornøyde med denne måten å fastsette dose på.

Pasienter som tidligere har hatt et høyt forbruk av beroligende tabletter, ser ut til å ha vanskeligst for bare å holde seg til metadon. Dette er tydelig å observere, og pasientene observerer det hos seg selv og andre. Det er først og fremst bruk av benzodiazepiner som utvikler seg til sidemisbruk. En av de eldste kvinnelige klientene, som har misbrukt Valium siden hun var ni år gammel, vil selvsagt bruke mye tid på å venne seg av med dette forbruket. Man setter mål for henne som hun både kan oppnå og observere. Når det gjelder heroin, kommer det mer inn under det man kaller «sprekk». Pasientene opplever bruk av heroin som stort sett virkningsløst; de er skuffet over både virkning og seg selv; det gjør et stort innhugg i økonomien og det bringer dem i kontakt med det gamle miljøet. Når det gjelder alkohol, er bruken antagelig underrapportert både i bakgrunnsopplysningene og i senere intervjuer. Det henger nok sammen med at alkohol tross alt er lovlig og at det gir mulighet for lovlig rus. Mange oppgir at de savner muligheten for å ruse seg. Riktignok er det først og fremst heroinrusen som oppleves som et tap å måtte gi opp, men alkohol kan være en erstatning. Noen av mennene har anvendt Antabus i perioder for å få bukt med forbruket, som de opplevde som et problem.

I ett tilfelle startet sidemisbruket som en direkte følge av dødsfall i nær familie. I slike tilfeller (life events) er det enklere å forstå hvorfor pasienter «sprekker»/utvikler sidemisbruk, mens det i de fles-

te tilfeller må forstås som en del av en bedringsprosess. «Relapses is part of a recovery process», uttalte Georges de Leon på et møte om metadon i Oslo 1994. Han har bakgrunn i bevegelsen Terapeutiske Samfunn, og har blant annet sett på bruk av modifiserte TC-metoder innefor metadonbehandling (De Leon et al 1994).

MiO oppfordrer sine pasienter til å være åpne på «sprekk» og sidemisbruk. Dette er en praksis de færreste er vant til fra tidligere institusjonsbehandling, hvor de fleste har erfart at slik åpenhet fører til utskrivning fordi man har brutt reglene. For de fleste pasientene har det derfor tatt noe tid å ta sjansen på å være åpen, dvs berette om sprekk før det eventuelt avsløres gjennom urinkontroll. «Jeg er vant til sånne voldsomme reaksjoner fra andre steder, og får lik som en sånn straff av et eller annet slag. Som at hvis du er i rehabilitering og så har du kommet kanskje to måneder på vei, og hvis du da roter eller sprekker, så blir du utestengt. Så du er vant til å prøve å skjule ting», sier en mannlig pasient. Pasientene er relativt samstemte i at de ansatte i MiO på et tidligere tidspunkt bør gripe inn i forhold til sidemisbruk. Dette begrunnes med at det er vanskelig å ta seg inn igjen ved egen hjelp dersom misbruket får tid til å utvikle seg, og at det skaper utrygghet i pasientgrupper å oppleve medpasienter som ruser seg. Her kommer muligens pasientenes forventninger i konflikt med MiOs policy. Pasientenes erfaringer fra tidligere behandling er for en stor del at de ansatte har grepet inn dersom man har blitt avslørt i å bruke rusmidler, noe som gjerne har ført til utskrivning. Innenfor MiOs policy, hvor pasienter behandles mer individuelt enn kategorisk, vil det også være vanskeligere for pasientene å få øye på hvilke intervensjoner MiO faktisk gjør, fordi det dreier seg om en lengre prosess. Pasient- og metadonmøtene tar kontinuerlig opp temaet sidemisbruk, og det foregår hele tiden et samarbeid mellom den respektive konsulent og eventuelt andre ansatte og den enkelte pasient. Av 35 pasienter hadde tre kvinner og fire menn opphold på avrusning (M3) i løpet av første halvåret. Dette skjedde i samråd med MiO. Det vil antagelig være behov for kortere avrusninger som et alternativ til å skrive ut pasienter. Institusjonen M3 har inngått et samarbeid med MiO som ser ut til å fungere svært godt.

Bivirkninger

Pasientene melder om bivirkninger som er kjent fra litteraturen. Svetting er det som rapporteres mest, dernest vektøkning. Når det gjelder metadonets innvirkning på seksuallyst- og evne er dette varierende. Enkelte opplever en forflatning og enkelte menn opplever litt problemer med potens. Målt opp mot nærmeste fortid, da de aller fleste daglig var ruset, opplever de fleste en forbedring. Målt opp mot edru tilstand over noe tid, som ligger et godt stykke tilbake i tid for de fleste, er det litt flatere. Flere av kvinnene som har prostituert seg, oppgir at de ikke har hatt det de vil kalle et seksualliv på lenge. For dem er det å slutte med prostitusjon så langt kanskje den største positive endringen - hvordan metadon innvirker på deres seksuallyst er i denne fasen underordnet. Enkelte av kvinnene har i vanskelige perioder, økonomisk og følelsesmessig, prostituert seg, men i langt mindre grad enn tidligere. Følelsesmessig opplever de fleste at de er mer i takt med sine egne følelser, at de er mer åpne og også mer sårbare. Noen opplever imidlertid at det er noe som demper. Generelt er disse forholdene vanskelig målbare i forhold

til medikamentfri tilværelse på grunn av at en slik tilværelse ligger så langt tilbake i tid for de fleste.

Beskjeftigelse

Pasientene erfarer selv viktigheten av en strukturert hverdag når den første fasen er over (seks uker opptrapping, hvor man daglig er til stede i MiO). Åtte av kvinnene og halvparten av mennene var i jobb og/eller skole/kurs etter et halvt år i behandling. Begrepet jobb dekker både lønnet (de fleste) og ulønnet arbeid og spenner fra fulltids jobb som man har skaffet selv, via dagsjobber fra Vikarsentralen og «Dagsen» til frivillig arbeid to-tre dager i uken. Begrunnelsene for hvordan pasientene velger/klarer å fylle dagen gjenspeiler i stor grad hvilke erfaringer man har gjort tidligere. Pasienter som har gjennomgått behandling de selv karakteriserer som viktig, ser ut til å ha gjort erfaringer som bevirker at de setter seg mål som er rimelige og oppnåelige. De opplever at behandlingen har gitt viktig innsikt i dem selv og egne reaksjonsmønstre. De har også gjort nyttige (smertelike) erfaringer etter endt behandling ved å satse «over evne», for så å falle dypt i møtet med utenverdenens krav. Flere pasienter som har vanlig arbeid, opplever det vanskelig å skjule at de er metadonbrukere. Dette henger både sammen med at de opplever/hører om negative holdninger til metadon, men også at metadon er en indikasjon på at man har vært stoffmisbruker, med alle negative karakteristika som er knyttet til det. Enkelte opplever det som et stort press å skulle skjule dette, noe som blir forsterket ved at de må til MiO til bestemte tider og må servere nødløgn til arbeidskamerater når de forlater jobben før arbeidstidens slutt. Det siste har blitt enklere etter at MiO holder ettermiddagsåpent enkelte dager.

En gruppe kan kanskje betegnes som «pusse opp leiligheten»-gruppa. Det er de som ikke har vært i arbeid/skole første halvåret i behandling, men som har brukt tid på å pusse opp leilighet, skaffe møbler, gjøre det hyggelig hjemme, være sammen med familie, gjøre mer fritidsaktive aktiviteter. En siste gruppe er de som ser ut til å ha tilbrakt mye tid på MiO, som ikke har klart å komme i gang med noe særlig, verken på privat eller mer offentlig basis. Denne gruppa er ikke stor, men er antagelig den gruppa som i særlig grad er i behov av struktur i form av terapeutiske relasjoner utenfor MiO, og et MiO som inneholder flere tilbud av både terapeutisk og sosial karakter. De Leon et al (1994) understreker betydningen av nye strategier innenfor metadonbehandling, og særlig overfor pasienter «whose general level of life functioning is poor».

Fritid

Pasientene opplever det som vanskelig å knytte nye kontakter. Hvordan man klarer å fylle fritiden, varierer derfor i stor grad med hva man har rundt seg fra tidligere. De som stort sett kun kjenner mennesker som fortsatt ruser seg, opplever tilværelsen som ensom fordi man blir nødt til å holde avstand for å beskytte seg. Man er mellom barken og veden, mellom stoffbrukermiljøet og de «normale». I dette vakuumet og i søken etter nye tilknytninger har mange pasienter benyttet «Mia aktivitetsenter» for eks-misbrukere i Maridalsveien 3. Senteret drives uten noen form for offentlig støtte og de som arbeider der gjør det ulønnet. Tre pasienter i MiO var ansatt der en periode; en ble valgt inn i styret. Sistnevnte er på intervjuetidspunktet på vei ut. Han sier at det ikke er «all right» å gå og trække der nede for mye, fordi man lett kommer inn i en situasjon der man sirkler omkring

temaene metadon, problemer, MiO etc, og hvor det blir tilsvarende lite inspirasjon og kreativitet til å komme videre. Pasientene er delt i oppfatningen av hvor nyttig dette stedet er for deres egen framdrift. Flere, som selv er på vei videre, betegner det som en mellomstasjon, som et trygt sted å være på vei ut i det vanlige livet. Som en kuriositet, men alvorlig nok for pasientene, kan nevnes at Idéverkstedet, som mottar offentlig støtte og er et fritidstilbud til tidligere misbrukere, åpner dørene for pasienter fra «Hiv-metóprosjektet, mens MiO-pasienter ikke er velkomne.

Kontakt med familie og egne barn

Flere pasienter har i mange år hatt støtte av og kontakt med sine familier. Med få unntak opplever pasientene at kontakten med familie har blitt annerledes og bedre. Kontakten kjennetegnes ved at den er blitt mer forutsigbar og inneholder andre dimensjoner. Den andre siden ved at familien opplever en bedring, er de forventningene pasientene opplever og tilsvarende redsel for å skuffe. I noen tilfeller har det blitt opprettet kontakt med mer perifer familie, som til eksempel gjennom invitasjon til konfirmasjon eller åremålsdager. Den største forskjellen er, som en mannlig pasient uttrykker det, at han nå blir regnet med i slike situasjoner.

Noen pasienter har oppnådd faste besøksavtaler med egne barn. Andre er i forhandlinger med barnevernet om ulike besøksordninger. En kvinne er i ferd med å få foreldreretten til sine to barn tilbake.

Kontakt med det øvrige tiltaksapparatet

14 instanser står som innsøkere til de 50 klientene. PUT-Ullevål: 11, sosialkontorer: 8, Uteseksjonen: 7, PRO-senteret: 5, Olafiaklinikken: 4, Tyrili, Oslo: 3, Veslelien, avd. Bogstadveien: 3, Ullvin: 2, Ullevål sykehus, inf.med.: 2, Psykiatrisk klinikk, Vindern, POHT, Nadheim, Therese gate hybelhus, bydelslege - alle én. Noen av instansene representerer en langvarig pasientrelasjon som er fastholdt i de aller fleste tilfeller. Det vil være interessant å se nærmere på betydningen av innsøkende instans, både før og under metadonbehandlingen. Av de som følges opp av innsøker eller andre deler av behandlingsapparatet, opplever samtlige positiv respons fra hjelpeapparatet. Synlige tegn på at klientens situasjon er blitt bedre, ser ut til også å påvirke behandlere som har stilt seg skeptiske til metadonbehandling. Det vil i løpet av sommeren 1996 bli sendt ut et spørreskjema til innsøkende instans. De fleste pasientene har en ansvar eller koordineringsgruppe, som ifølge dem selv fungerer svært godt til daglig.

Økonomi

Overgang fra illegal/legal økonomi (inkl prostitusjon) til legal økonomi er tung for de fleste. Samtidig innebærer det en viss glede og utfordring å skulle gå over til en ny type økonomi, som de fleste har liten erfaring med. Flere har opparbeidet seg mye gjeld, både i forhold til låneinstitusjoner og såkalt stoffgjeld. Økonomi og sletting/nedbetaling av gjeld er et område hvor klientene forventes å rydde opp. En liten historie: Som følge av gjentatt sniking på trikken har mange blitt tatt i kontroll. Flere av pasientene har som følge av dette opparbeidet en ikke ubetydelig gjeld til Oslo Sporveier a/s. Oslo Sporveier har i den forbindelse tilbudt de pasientene det er aktuelt for, en ordning hvor gjelden nedbetales ved hvert kjøpte månedskort. Det fryder de fleste i den grad å kjøre

lovlig at de nå sitter og venter på kontroll for å kunne framvise sitt kort. Gjeld av annen størrelsesorden er selvsagt en annen prosess.

Oppsummering

Et klart flertall av klientene opplever selv at de ved hjelp av metadonbehandlingen lever et kvalitativt bedre liv. Det betyr ikke at hverdagen er enkel. Særlig utfordrende er det at behandlingen er poliklinisk og at de selv må ta ansvaret for innholdet i sine liv. Dersom en grovt skal kategorisere dem som er fornøyd/svært fornøyd med utviklingen, kjennetegnes de ved følgende:

- de har i utgangspunktet skrudd forventningene ned. Mange har tidligere vært i arbeid. I de fleste tilfeller oppgir de at nøkterne forventninger henger sammen med erfaringer de har gjort tidligere, hvor de har satset høyt, vært utålmodige etter å bli «vanlige samfunnsmedlemmer» og hvor de etter relativt kort tid har falt tilbake til misbruk.
- de har tidligere vært i en type behandling hvor de har blitt kjent med seg selv, og seg selv i forhold til andre. De oppgir ved behandlingsstart at de vet at metadon kun er en del av en eventuell bedringsprosess. De fastholder terapeutiske kontakter i det øvrige tiltaksapparatet eller de innser at de trenger en terapeutisk kontakt ved siden av. Denne erkjennelsen betones av de fleste i denne gruppen.
- de har noen konkrete mål som i ulik grad er motiverende (gjenforening med barn, gjenforening med familie, konkrete ønsker om arbeid eller utdanning, pusse opp leilighet etc).
- de har et stødigere nettverk, enten privat og/eller offentlig.
- avstand til stoffmiljøet både i tid og mentalt før man startet i behandling
- de holder en viss avstand til MiO og prøver å finne flere ben å stå på. Dette begrunnes med at for mye tilhold på MiO, sammen med folk som er der daglig, enten fordi de har sidemisbruk eller fordi de ikke har noen beskjeftigelse, fører til mye baksnakking og hang til å dvele ved det «gamle» livet. For dem som ønsker seg noe mer blir det både truende å være sammen med med pasienter som ruser seg og det bidrar ikke til egen fremdrift.
- de fleste som lever i stabile parforhold opplever dette som en styrke.

De som det går mindre bra med, oppgir selv at de er skuffet, mest over seg selv, men også over at metadonbehandling er så vanskelig. Det må forstås dithen at de i mindre grad har erkjent og erfart at en bedringsprosess både er møysommelig og langvarig. Man må også være klar over at dette er en gruppe voksne mennesker, som har mye å ta igjen, og som naturlig nok ønsker at ting skal skje raskt. En grov karakteristikk av denne gruppen:

- lange fengselsdommer og antisosial atferd. For mange innebærer det å lære seg sosiale koder. Det er større avstand mellom hvor de er til hvor de ønsker seg, enn for den andre gruppen, som allerede har kommet et stykke.
- de har færre langvarige behandlingskontakter. Mange har ikke noen behandlingskontakt ved siden av MiOs tilbud.
- de oppgir enten ingen eller store, ikke konkretiserte mål som de ønsker oppnådd på kort tid, og som av en utenforstående oppfattes som urealistiske. Eksempelvis, som et ytterpunkt: startet med

full skoledag, klare å få kontakt med et barn man ikke har hatt kontakt med på flere år, komme i jobb etc som mål for første halvår.

- de har tidligere hatt et større forbruk av beroligende medikamenter.
- prostitusjonserfaring. Det er kun kvinner som oppgir å ha prostituert seg.

Er det slik, som en av pasientene uttrykker det: «Jo bedre man har klart seg sjøl ute som junkis, jo bedre greier man seg vel sjøl der oppe (på MiO). Jo mere lasaron du har vært på gata, jo vanskeligere er det å starte på nytt der oppe og, liksom»? Det spørres hva man legger i begrepet å ha klart seg. Denne pasienten ser forskjellene i de som har vært lite i behandling, mye i fengsel, ikke hatt egne hjem/bodd på hospits, levd mye på gata - i forhold til seg selv som har vært mye i behandling, hele tiden hatt et stabilt hjem, nære og gode familiekontakter og kun brukt stoffmiljøet til kjøp og salg av stoffer. Refleksjonen kommer som et svar på spørsmål om MiOs tilbud er tilstrekkelig for ham. For dem som ikke har så mye i ryggen, ser han at MiO ikke er tilstrekkelig.

Mange oppgir at de føler seg ensomme, til tross for at de er beskjeftiget i jobb eller skole. De føler seg ikke som en vanlig samfunnsborger og heller ikke som stoffmisbruker. Flere forteller at de har vært i situasjoner (jobb, kurs, fritidsaktivitet) hvor de har hatt mulighet for å knytte kontakter, men at de har vegret seg for dette. Prosessen med å finne sin plass i samfunnet og innenfor et annet sosialt nettverk enn det gamle miljøet er her, som innenfor annen behandling, antagelig det mest utfordrende. Lav selvfølelse, redsel for at fortiden skal bli avslørt, angst for reaksjoner på metadon, manglende sosial trening og sosiale koder er viktige brikker i dette bildet. På tvers av dette kommer kjønnsaspektet inn. Antagelig vil det være virksomt å kunne tilby kjønns spesifikk tiltak innenfor MiO, eventuelt i samarbeid med andre deler av tiltaksapparatet. MiO driver pr idag en gruppe for kvinner i samarbeid med Nadheim (Kirkens Bymisjon).

MiO har valgt å utvikle seg langs en tenkning hvor man ikke ser på seg selv som et særtiltak. Praktiske konsekvenser av det er at MiO i stor utstrekning samarbeider både med pasientenes gamle kontakter i hjelpeapparatet og er med og etablerer nye relasjoner. Det er gjort gode erfaringer med samarbeid mellom MiO og en del institusjoner og polikliniske tiltak. Samordning skjer gjennom koordineringsgrupper, hvor klientene selv deltar. En slik praksis har en viktig funksjon ved at den knytter tiltakene i feltet nærmere hverandre. MiOs ansatte gjorde forøvrig et godt forarbeid ved å gå ut og informere bredt om metadonbehandling.

Før prosjektet startet ble det skrevet og sagt mye negativt om det å ha MiO som nabo. Så langt har MiO levd i fredelig sameksistens med barnehagen i underetasjen. Som kjent kom det i starten en del protester, spesielt fra foreldregruppen, før MiO flyttet inn. Det eneste som har ført til noen klager er at sigaretttryk har sivet inn i luftkanalene til barnehagen. MiOs lokaler er røykfrie og klientene, som alle røyker, henvises utendørs. På St. Lucia-dagen 1995 fikk MiO besøk av barna i barnehagen - en hyggelig opplevelse for store og små. Forholdet til Veksthuset, som er en annen nær nabo og en av de sterkeste kritikerne til prosjektet i høringsrunden, ser heller ikke ut til å være vanskelig. Generelt ser det ut til å være en tendens til at prosjektet er i ferd med å bli akseptert som en viktig del av det totale hjelpetilbudet til stoffmisbrukere i Oslo.»

4.3.1 Metadonbehandling for HIV-positive med langtkommen immunsvikt

Uavhengig av utviklingen av et nasjonalt forsøksprosjekt med metadonvedlikeholdsbehandling, ble metadonbehandling allerede fra 1989 tilgjengelig for HIV-positive med langtkommen immunsvikt. Prosjektet «HIV-met» er et samarbeid mellom infeksjonsmedisinsk avdeling ved Ullevål sykehus som henviser pasientene, og Akuttinstitusjonen for stoffmisbrukere over 18 år, der prosjektet er lokalisert. Behandlingen er et tilbud til HIV-positive misbrukere i Oslo som har nådd et visst stadium i sin HIV-infeksjon. Bakgrunnen for å gi denne gruppen stoffmisbrukere et slik tilbud er på den ene side å legge grunnlag for at de kan få adekvat medisinsk hjelp for sin HIV-infeksjon, og på den annen side å gi pasienter med begrensede livsutsikter et verdigere liv den tiden de har igjen å leve. Tiltaket er nå gjort permanent.

Fram til utgangen av 1994 hadde prosjektet hatt 52 pasienter i behandling. I mars 1995 publiserte styringsgruppen for prosjektet en evalueringsrapport. I konklusjonen fra rapporten heter det:

«Prosjektet har vært vellykket, men tid- og ressurskrevende. Både pasientene selv og behandlingsapparatet opplever at livssituasjonen på de fleste områder har forbedret seg. Samarbeidet mellom de ulike instansene i prosjektet har fungert godt.

Den infeksjonsmedisinske delrapporten konkluderer med en signifikant lengre overlevelse i forhold til pasienter som står utenfor prosjektet, også i forhold til avdelingens øvrige HIV-pasienter (andre risikogrupper). De registrerer en økning i livskvalitet og vil evaluere dette ytterligere. Det er ingen overdosedødsfall blant pasientene i metadonprosjektet mot 19 registrerte overdosedødsfall blant avdelingens stoffmisbrukende HIV-pasienter utenfor prosjektet. Disse sto alle på ukontrollert medisinerings fra andre kilder. Det påvises nedsatt sykелighet og bedret oppfølgingsevne for pasientene i metadonprosjektet. Det er lettere gjennomførbare innleggelser og kontroller, både for pasientene og personalet.

Det har videre vært mulig ved hjelp av metadon som stabiliserende element, å ha stabil kontakt med den enkelte pasient over tid, slik at de har kunnet dra nytte av oppfølging fra stoffmisbrukeromsorgen og andre. Prosjektet har etablert et system for metadonutlevering og kontroll som tilfredsstiller kriteriene til et godt metadonprogram. Samarbeidet rundt hver enkelt pasient har blitt koordinert ved at det har blitt opprettet ansvarsgrupper; samarbeidspartnerne vurderer dette som en meget god arbeidsform i forhold til denne pasientgruppen. Få pasienter i målgruppen har falt utenfor.

I brukerundersøkelsen som ble foretatt forsommeren 1994, forteller pasientene om sine positive erfaringer ved å delta i prosjektet. De har forlatt et liv preget av kriminalitet, prostitusjon og stoffmisbruk, og fått tilbake sin verdighet. De bruker ikke lenger all tid og penger til å skaffe seg stoff og abstinensplagene er borte. De har bedre kontroll med økonomien, de bor bedre, de har gjenopprettet kontakt med familie, noen har startet på utdanning og noen har fått jobb. Samtlige sier de har redusert sitt forbruk av rusmidler. Noen har sluttet helt med rusmidler, mens

andre bruker rusmidler av og til. På den andre siden opplever mange at de er underlagt sterk kontroll og at de blir fratatt ansvar for eget liv. Med metadon følger mange seg ensomme og isolerte. De har trukket seg vekk fra venner og miljø der rusmisbruk står sentralt, men de færreste har klart å finne nye venner. De som har partnere som ikke får metadon og som er i aktivt misbruk, opplever det som spesielt vanskelig. Når de bruker metadon opplever mange at følelser de tidligere har ruset vekk, kommer fram.

Det har imidlertid gjennom hele prosjektperioden vært diskusjon knyttet til de medisinske inklusjonskriteriene: Er det riktig at denne type behandling først skal tilbys så sent i immunsviktstadiet? Prosjektet ble imidlertid initiert fra Infeksjonsmedisinsk avdeling ved Ullevål sykehus og er knyttet til behandling, omsorg og oppfølging av HIV-infeksjonen. Styringsgruppen er derfor enige om at det fortsatt bør være infeksjonsmedisinske kriterier og begynnende immunsvikt som skal ligge til grunn for prosjektet, og som skiller det f.eks. fra MiO-prosjektet. I prosjektperioden har det også i økende grad vist seg vanskelig å opprettholde den desentraliserte modellen som prosjektet er basert på. Først og fremst har det vært vanskelig å skaffe behandlingskontakter til pasientene, og Akuttinstitusjonen har i økende grad vært nødt til å ta hovedansvaret for oppfølgingen. Mange av pasientene egner seg ikke til å avlevere overvåkete urinprøver til primærhelsetjenesten; disse avleverer urinprøver ved Akuttinstitusjonen eller ved andre stoffmisbrukertiltak. I prosjektperioden har man også sett en økende sykелighet hos de inkluderte pasientene og dette har medført økt belastning for samarbeidspartnerne i prosjektet. Den individuelle vurderingen knyttet til den enkelte pasient sitt eventuelle sidemisbruk vurdert opp mot hva som er akseptabelt innenfor prosjektets rammer, har medført gjentatte og langvarige diskusjoner innenfor prosjektet. Vurdering av om partnere til henviste pasienter skal inkluderes har vært vanskelig, og erfaringene er at det er svært vanskelig å få stabilisert en pasient som bor sammen med en partner som er i aktivt misbruk.

Hovedkonklusjonen er at prosjektet har vist sin nødvendighet og må i henhold til intensjonene betegnes som vellykket.»

Evalueringsrapporten fra styringsgruppa til «HIV-met» anbefaler at tilbudet om metadonvedlikeholdsbehandling for HIV-positive med langtkommen immunsvikt gjøres permanent. Styringsgruppa mener imidlertid at kriteriene for å få metadonbehandling bør bli noe modifisert, slik at metadon for denne gruppa kan tilbys på et noe tidligere stadium i immunsvikten. Det gis konkrete anbefalinger om organisatoriske rammer for behandlingen, og anbefaler at det bør være et nært faglig samarbeid mellom den organiserte metadonbehandlingen som gis via «HIV-met» og annen metadonbehandling, og at modellen også bør brukes for metadon vedlikeholdsbehandling av HIV-positive stoffmisbrukere med langtkommen immunsvikt bosatt andre steder enn i Oslo.

4.4 Vedlikeholdsbehandling med heroin

I prinsippet kan alle typer opioider brukes i vedlikeholdsbehandling av opiatmisbrukere. Grunnen til at

metadon er blitt helt dominerende i denne sammenheng er den lange nedbrytningstiden og at den lett kan blandes i saft og drikkes. Land med omfattende metadontildeling erfarer imidlertid at det er misbrukere som av ulike grunner ikke ønsker metadon, blant annet på grunn av at den mer umiddelbare rusopplevelsen som oppnås ved injeksjon av heroin uteblir. Internasjonalt er det derfor reist spørsmål ved om man skal tilby annen form for vedlikeholdsbehandling for denne gruppen misbrukere. Motiveringen for å gi heroin er således den samme vi finner for vedlikeholdsbehandling med metadon i, reduksjon av skadevirkninger av ukontrollert heroinmisbruk for den enkelte misbruker og for samfunnet.

I England, der forskrivning av heroin har pågått i mange år, er erfaringene i stor grad negative. Ikke desto mindre er spørsmålet om vedlikeholdsbehandling med heroin blitt aktualisert. En viktig grunn er at det i 1994 ble satt i gang et tre-årig forsøksprosjekt i Sveits som åpner for at 800 heroinmisbrukere tilbys faste heroindoser for injeksjon i medisinsk kontrollerte former. I tillegg er 200 plasser reservert for kontrollert injeksjon av andre opioider som morfin og metadon. Pr 1. februar 1996 var det 680 misbrukere som fikk legale injeksjoner med heroin, 28 morfin og 35 metadon. Prosjektet i Sveits har fått stor internasjonal oppmerksomhet, og så langt hevder behandlere som er involvert at erfaringene er overveiende positive. Det foreligger imidlertid ikke noen endelige resultater fra prosjektet, som er gjenstand for en omfattende nasjonal evaluering. I tillegg vil WHO foreta en uavhengig evaluering.

Forsøket med heroinforskrivning i Sveits blir fulgt med stor internasjonal interesse, og mye tyder på at også andre land i Europa vil prøve ut lignende prosjekter. Eksempelvis har den sosialdemokratiske folketingsgruppes narkotikautvalg i Danmark utarbeidet en handlingsplan «Nye veje i narkotikapolitikken» der de blant annet oppfordrer den danske regjering til å utarbeide en modell for et dansk forsøk med legal forskrivning av heroin. Likeledes har regjeringen i Nederland reist forslag om et prosjekt med vedlikeholdsbehandling for 50 heroinmisbrukere.

Vedlikeholdsbehandling med heroin reiser mange spørsmål, ikke minst av samfunnsmoralsk karakter. Man kan selvsagt ikke se bort fra at enkelte misbrukere gjennom legal heroinforskrivning fungerer bedre enn når de er i et illegalt misbruk. Det er også mulig at man gjennom et slikt tiltak vil kunne nå misbrukere som ikke synes å kunne nyttiggjøre seg medikamentfrie behandlingstilbud eller metadonbehandling. Vedlikeholdsbehandling med heroin må imidlertid sies å stå sterkt i strid med grunnleggende norsk moraloppfatning. Selv om det er bred enighet om å legge forholdene best mulig til rette for at misbrukere skal få hjelp for sine misbruksproblemer, og vedlikeholdsbehandling med metadon for framtida vil inngå som en del av et bredt behandlingstilbud til

stoffmisbrukere, er det et kvalitativt sprang fram til at det offentlige skal «hjelp» heroinmisbrukere til å få sine ønskede rusopplevelser og fortsette å bruke sprøyter flere ganger daglig. På tross av at det kanskje kan hevdes at man gjennom denne form for imøtekommenhet vil få kontakt med tunge misbrukere, slik at man på sikt vil kunne motivere dem til mer tradisjonell behandling, må samfunnet trekke noen grenser for hvor langt man er villig til å strekke seg. Selv om slike grenser sjelden er statiske, og det vil kunne hevdes at Norge ved bruk av metadon i vedlikeholdsbehandling allerede har overskredet grenser på dette området, må det likevel kunne sies å være en kvalitativ forskjell mellom det å forskrive metadon og å forskrive heroin. Heroin og metadon er begge narkotiske stoffer, og sånn sett er det ikke noen forskjell mellom stoffene. Forskjellen ligger i stor grad på det symbolske plan. Metadon brukes først og fremst i medisinsk behandling, og framstår i de flestes bevissthet som medisin. Det samme kan ikke sies om heroin. Heroin representerer det kanskje alvorligste narkotikamisbruksproblemet og inngir ingen medisinske assosiasjoner. Så lenge metadonbehandling er tilgjengelig og metadon har de samme farmakologiske virkningene som heroin, samtidig som metadon har fordelen med lang halveringstid og kan inntas i kontrollerte former uten bruk av sprøyte, er det ingenting som taler for at vedlikeholdsbehandling med heroin skal gis som et tilbud til stoffmisbrukere.

5. TVANG

5.1 Bakgrunnen for gjeldende tvangsbestemmelser

5.1.1 Sosialtjenesteloven (§§ 6-2, 6-2 a og 6-3)

Edruskapsloven av 1932 ble bygget på et eskalasjonsprinsipp, noe som også er modell for gjeldende lov om sosiale tjenester m v. Dette innebærer at det er en forutsetning at mildere virkemidler skal anvendes og vurderes før tvangsinnleggelse vurderes og eventuelt gjennomføres. Foruten den tvangsinnlagtes egen situasjon, var forholdet til familien og at vedkommende falt sosialomsorgen til last, selvstendige kriterier for tvangsanbringelse. Loven tok således sikte på beskyttelse av verdier utenfor misbrukeren selv.

Lov om sosiale tjenester av 13. desember 1991 trådte i kraft 1. januar 1993. Lovens kapittel 6 gjelder særlige tiltak for rusmiddelmisbrukere, og §§ 6-2 og 6-3 regulerer tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke. En ny bestemmelse, som gjelder tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere, § 6-2 a, trådte i kraft 1. januar 1996.

Det er sterkt understreket i sosialtjenesteloven at det overordnede prinsipp for tiltak overfor rusmiddelmisbrukere er frivillighet. I Ot prp nr 29 for 1990-

91 s. 91 er det vist til at det er bred enighet om at behandling vanskelig kan bli vellykket uten at misbrukeren er innstilt på selv å gjøre noe med sitt misbruk. Følgelig er lovens § 6-1 om hjelpetiltak den sentrale bestemmelse for behandling av og hjelp til rusmiddelmisbrukere. Som hjelp for den enkelte til å komme bort fra misbruk av alkohol og andre rusmidler, pekes på en rekke tiltak som kan nyttes, herunder plass i egnet behandlings- og omsorgsinstitusjon.

Med en klar understrekning av frivillighet som hovedprinsippet for behandling av rusmiddelmisbrukere, samt av at rettssikkerhetshensyn oppstiller grenser for adgangen til bruk av tvang, gir lov om sosiale tjenester en begrenset adgang til plassering uten eget samtykke i institusjon. Tilbakeholdelse etter sosialtjenesteloven § 6-2 og § 6-3 er begrunnet kun i hensynet til rusmiddelmisbrukeren selv. Edruslovens system med bl a «sosiale» kriterier, hvor f eks forholdet til rusmiddelmisbrukerens familie var et selvstendig kriterium for tvangsinnleggelse, er derfor ikke videreført i lov om sosiale tjenester m v. I lovens forarbeider fremgår det at man fant det lite heldig å regulere forholdet til rusmiddelmisbrukerens familie med tvangshjemler i sosialtjenesteloven, jf Ot prp nr 29 for 1990-91 s. 89.

Ved lov av 23. juni 1995 nr 41 ble det innført en ny § 6-2 a i sosialtjenesteloven om tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere. Bakgrunnen for bestemmelsen er hensynet til fosteret. Ett av vilkårene er at det må være overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade på grunn av morens rusmiddelmisbruk. Bestemmelsen representerer et unntak fra hovedprinsippet i sosialtjenesteloven § 6-2 og § 6-3 om at tvangsinnleggelse bare skal begrunnes av hensyn til rusmiddelmisbrukerens egen situasjon.

I den grad tvangsvedtak er nødvendig i et behandlingsopplegg, er det primært reglene i lov om sosiale tjenester § 6-3 om samtykke til tilbakeholdelse, eller tvangsretensjon, som kommer til anvendelse, og som, etter lovforarbeidene, vil dekke det praktiske behov. Etter denne bestemmelsens første ledd kan det settes som vilkår for frivillig opphold i institusjon at rusmiddelmisbrukeren kan holdes tilbake i opptil tre uker regnet fra inntaket. Dersom oppholdet tar sikte på behandling eller opplæring i minst tre måneder, kan det settes som vilkår at rusmiddelmisbrukeren kan holdes tilbake i opptil tre uker etter at samtykket uttrykkelig er trukket tilbake, jf andre ledd. Tilbakeholdelse kan skje opptil tre ganger for hvert opphold. Dersom misbrukeren rømmer, men blir brakt tilbake innen tre uker, regnes utgangspunktet for tilbakeholdsfristen fra det tidspunkt vedkommende er brakt tilbake til institusjonen.

Det er tatt utgangspunkt i at behandling og opplæring som er planlagt å vare over en viss tid, alltid vil være preget av faser der misbrukerens motivering for å fullføre behandlingen vil være lav, slik at mer impulsive beslutninger å avbryte behandlingen

vil være fremherskende. Intensjonen med bestemmelsen i § 6-3 er å gi tilstrekkelig mulighet til å holde klienten i behandlingssituasjonen når det oppstår kriser i behandlingsforløpet som gjør at rusmiddelmisbrukeren skifter mening og vil unndra seg behandling. Det klare siktemålet er at det i tilbakeholdelsesperioden søkes å bearbeide de kriser som oppstår, slik at behandlingen kan fortsette på frivillig grunnlag.

Som en konsekvens av den vekt en legger på frivillighet som det beste utgangspunkt for behandling, er lovens bestemmelse i § 6-2 om tvangsmessig innleggelse i institusjon innrettet mot misbrukerens egen motivering. Det er i lovens forarbeider, NOU 1985:18 Lov om sosiale tjenester m v på s 232, uttalt følgende:

«Misbrukeren egen motivering er utvilsomt av avgjørende betydning for en rehabilitering. På den annen side trenger misbrukere ofte bistand for å kunne rehabilitere seg fysisk, overkomme abstinensproblemer og for å komme seg i en slik tilstand at det kan iverksettes forsøk på motivering og tilrettelegging av langsiktige tiltak. Etter utvalgets mening må det både være faglig og etisk riktig at man overfor slike misbrukere bruker tvang for å få i gang en slik prosess. Det kan ikke aksepteres at vedkommende uten videre skal ha rett til å forlate institusjonen når problemene melder seg for ham.»

Vilkårene for vedtak om tvangsmessig plassering etter § 6-2 i lov om sosiale tjenester er at noen utsetter sin fysiske og psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk av rusmidler. Misbruket skal være jevnlig og omfattende over en viss tid, og faregraden er kvalifisert ved at den må være alvorlig. Av Ot prp nr 29 for 1990-91 fremgår det at bestemmelsen først og fremst tar sikte på å omfatte de misbrukere som på det aktuelle tidspunkt er så nedkjørt at de vanskelig kan ta standpunkt til sitt behov for hjelp.

Ved at tvangen skal brukes for at det kan settes i verk forsøk på motivering og tilrettelegging av langsiktige tiltak, skal den kun brukes i en periode av inntil tre måneder når dette vil kunne ha en positiv virkning på vedkommendes behandlingssituasjon. Det er fremholdt i forarbeidene og merknadene til loven at det ikke vil være grunn til å bruke bestemmelsen med mindre det er grunn til å tro at tiltaket kan være innledningen til en mer langvarig behandling. Det må foreligge en konkret grunn til å tro at man gjennom en periode på inntil tre måneder kan klare å gjøre noe som på sikt har positiv betydning for klienten. Når en misbruker tas inn på institusjon uten eget samtykke, vil vedkommende i utgangspunktet ikke være motivert for behandling, og det kan tenkes at han eller hun motsetter seg alle motiveringsforsøk fra institusjonens side. Det kan nok virke som om tvangen i slike situasjoner ikke kan bidra til noe positivt for klienten, men det innebærer derfor en utfordring for institusjonen å motivere

vedkommende for behandling og rehabilitering fra sitt rusmiddelmisbruk i hele tilbakeholdsperioden. Bestemmelsen åpner imidlertid ikke for særlige tvangsbehandlingstiltak, f eks tvangsmedisinering. Tvangen ligger primært i at misbrukeren kan holdes tilbake i institusjon mot sin vilje, herunder hentes tilbake etter rømming. For å kunne gjennomføre tilbakeholdelsen kan det imidlertid brukes makt og tvang, f eks låste dører og fysisk holding. Denne tvangsbruken har sitt grunnlag i lovhjemmelen selv, og departementet har ikke funnet det formålstjenlig å regulere den nærmere i forskrift. Hvilken adgang det er til å bruke tvang og makt som en følge av nemndsvedtak er beskrevet i rundskriv til sosialtjenesteloven.

For at lovens intensjon best kan oppnås, er det i Ot prp nr 29 for 1990-91 s. 91 fremholdt at det vil være hensiktsmessig at den institusjonen som kan påta seg selve behandlingsopplegget, også arbeider med klienten i motivasjonsfasen. På denne måten vil klienten få færre personer og tiltak å forholde seg til, og tilknytningen til behandlingsopplegget kan skje fra første dag. Det er videre lagt vekt på at dersom det foretas plassering i en institusjon som selv ikke kan påta seg et lengre tids behandlingsopphold, f eks en egen institusjon for avrusning, bør planlegging av videreføring skje så snart som mulig.

En sak om tilbakeholdelse uten eget samtykke av en rusmiddelmisbruker etter lov om sosiale tjenester § 6-2 innledes ved at den kommunale sosialtjenesten utarbeider forslag om tiltak. I forslaget skal sosialtjenesten redegjøre for de omstendigheter de legger til grunn for det tiltak som den forutsetter skal settes i verk. Nemndas oppgave er utelukkende å ta standpunkt til det forslag til tiltak sosialtjenesten har lagt frem. Fylkesnemndas vedtak innebærer ikke en plikt for kommunen til å holde vedkommende rusmiddelmisbruker tilbake, men en rett til å gjøre dette. Dersom nemnda fatter vedtak om opphold i institusjon for en person etter lov om sosiale tjenester § 6-2, er det derfor sosialtjenesten som har ansvaret for å følge opp vedkommende som er plassert i institusjonen. Oppfølgingsansvar betyr bl a at sosialtjenesten jevnlig må vurdere om vilkårene for det aktuelle vedtaket til enhver tid er til stede, og i tillegg tiltakets hensiktsmessighet. Selv om fylkesnemnda har truffet vedtak om opphold i et bestemt tidsrom, vil sosialtjenesten stå fritt til å avgjøre på ethvert tidspunkt at oppholdet skal opphøre, dersom den finner dette hensiktsmessig f eks etter drøftelser med den aktuelle institusjon.

Bruk av tvang skjerper kravene til hjelpetiltakets kvalitet. Ifølge lovens § 6-4 skal fylkeskommunen peke ut institusjoner til å ta imot rusmiddelmisbrukere som plasseres på grunnlag av et vedtak i nemnda, og institusjoner som kan sette som vilkår for innleggelse at klienten underskriver på en avtale etter § 6-3. Fylkesnemnda forutsettes likevel, med bakgrunn i vilkåret i § 6-2 om at tiltaket skal være faglig

og materielt tilfredsstillende, å vurdere om den enkelte individuelle behov kan ivaretas i den konkrete institusjonen. Det er ingen forutsetning at institusjonene som pekes ut er regulert i sosialtjenesteloven, også institusjoner regulert i andre lover, f eks lov om psykisk helsevern, kan utpekes.

Sosialtjenesteloven § 6-2 a gjelder tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere. Det kan treffes vedtak i fylkesnemnda etter denne bestemmelsen dersom en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade. Det er også et vilkår at frivillige hjelpetiltak ikke er tilstrekkelige. Departementet uttaler i Ot prp nr 48 for 1994-95 s. 9 at «Tvangsbestemmelsen skal være en unntaksbestemmelse og bare brukes i de tilfellene hvor kvinnen, etter aktivt motivasjonsarbeid fra sosialtjenesten, ikke klarer eller ønsker å avslutte eller redusere rusmiddelmisbruk som kan føre til alvorlige skader på barnet.» Formålet med tvangsinnntaket skal være å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Hovedbegrunnelsen bak bestemmelsen er således hensynet til barnet. Det er imidlertid understreket i lovteksten at det skal legges vekt på at kvinnen under oppholdet tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet. På denne måten ivaretas også hensynet til kvinnen. Institusjonen hun plasseres i har et ansvar for å tilby hjelpetiltak som er tilpasset hennes motivasjon og stadie i behandlingsprosessen. Tvangsinnleggelse etter § 6-2 a kan bare skje på institusjoner som er særskilt utpekt til det. Fylkeskommunene har et ansvar for å vurdere om det er institusjoner i fylket som er egnet for å ta imot disse kvinnene, og i tillegg har departementet i samarbeid med fylkeskommunene pekt ut fire institusjoner som har fått et regionalt ansvar for gravide rusmiddelmisbrukere. Saksbehandlingen for saker etter § 6-2 a er i utgangspunktet lik saker etter § 6-2, men med det unntaket at midlertidige vedtak, såkalte hastevedtak, overfor gravide misbrukere skal foreløpig godkjennes av fylkesnemndas leder innen 48 timer.

5.1.2 Barnevernloven

Bestemmelsene om særlige tiltak overfor rusmiddelmisbrukere i sosialtjenestelovens kapittel 6, herunder tvangsbestemmelsene, vil i utgangspunktet også omfatte barn og unge med rusproblemer, og kan brukes parallelt med de særlige regler som finnes i lov om barneverntjenester av 17. juli 1992 nr 100. Ifølge sosialtjenesteloven § 6-3 siste ledd kan et barn over 12 år med rusproblemer tas inn på institusjon på grunnlag av samtykke fra barnet selv og de som har foreldreansvaret. Har barnet fylt 16 år, er barnets samtykke til å inngå avtale om tilbakeholdelse tilstrekkelig.

Overgangen mellom tiltak etter barneverntjenesteloven og sosialtjenesteloven oppleves ofte som

problematiske. Etter den tidligere lov om barnevern av 1953 kunne et vedtak om tvangsplassering forlenge inntil vedkommende fylte 21 år. Etter barneverntjenesteloven av 1992 § 4-24 kan fylkesnemnda forlenge vedtak om plassering uten eget samtykke inntil ett år også etter oppnådd myndighetsalder. I praksis har det vist seg at fylkesnemndene sjelden forlenge slike vedtak. Etter departementets vurdering kan det ofte være hensiktsmessig å forlenge en tvangsplassering dersom ungdommen er inne i en tilfredsstillende utvikling hvor tilbakeholdelse anses som en god ramme rundt oppholdet. Der vedtak om plassering uten eget samtykke etter barneverntjenesteloven § 4-24 er truffet overfor ungdom med rusproblemer, har som regel inntaket skjedd på kollektiver.

5.1.3 Lov om psykisk helsevern

Ifølge lov om psykisk helsevern (phvl) § 3 kan en psykisk syk person begjæres innlagt i sykehus uten eget uttrykkelig samtykke inntil tre uker. Begjæringen kan komme fra den sykes nærmeste eller fra offentlig myndighet dersom undersøkende lege finner det nødvendig. Lovens § 5 inneholder bestemmelser som går lenger i retning av tvangsmessig innleggelse. Person som har alvorlig sinnslidelse kan etter denne bestemmelsen legges inn i sykehus uten eget samtykke dersom det er nødvendig for å hindre at han lider overlast, mulighet for helbredelse eller vesentlig forbedring forspilles, eller dersom han er til vesentlig fare for seg selv eller andre. Begjæring om innleggelse etter § 5 kan også komme fra vedkommendes nærmeste eller fra offentlig myndighet.

Til forskjell fra sosialtjenestelovens regler om tvangsinnleggelse, kan innleggelse etter lov om psykisk helsevern begrunnes ut fra hensynet til andre enn den syke selv. Det er ingen bestemmelser om en yttergrense for hvor lenge tvangsinnleggelse etter phvl § 5 kan vare.

Bestemmelsene om tvangsinnleggelse i lov om psykisk helsevern benyttes i en viss utstrekning også overfor rusmiddelmissbrukere. Dette gjelder så og si unntaksfritt for personer som i tillegg til rusmiddelmisbruket lider av psykoser.

5.1.4 Fengselsloven § 12

Ifølge fengselsloven § 12 kan en person som utholder fengselsstraff overføres til behandlingsinstitusjon for den gjenstående delen av straffetiden dersom det finnes hensiktsmessig på grunn av vedkommendes helbred, sinnstilstand, arbeidsevne, tilpasseevne eller andre særlige grunner. Det kan også, i særlige tilfeller, bestemmes at straffefullbyrdelsen skal startes i slik institusjon.

5.1.5 Nordisk rett

Den danske Lov om tilbageholdelse af stofmisbrukere i behandling av 1992 gir rusmiddelmissbrukeren

anledning til å inngå en avtale med behandlingsinstitusjonen om at han eller hun kan holdes tilbake uten eget samtykke i en periode på inntil 14 dager. Institusjonen kan forlenge tiden opptil to måneder. Tilbakeholdelse kan skje når det er en velbegrunnet mistanke om at misbrukeren ønsker å avbryte behandlingen og det anses uforsvarlig å ikke forsøke å fortsette oppholdet. Avtalen er gyldig for maksimalt seks måneder.

Ifølge den svenske Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) skal sosialtjenesten ta initiativ for å tvinge en person til behandling for inntil seks måneder dersom vedkommende ved sitt rusmiddelmissbruk utsetter sin helse, andres sikkerhet eller utsiktene for fremtiden for fare, og dersom nødvendig behandling ikke kan skje på frivillig grunnlag. Sverige har en egen lov som inneholder bestemmelser om behandling uten samtykke for barn og ungdom under 20 år, Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Innleggelse uten eget samtykke kan etter denne foretas dersom den unge utsetter sin helse eller utvikling for en påtakelig risiko for å skades gjennom misbruk av rusmidler. Innleggelsen er i utgangspunktet tidsbestemt, men opphører under alle omstendigheter når den unge fyller 21 år. Tvangsbehandling etter både LVM og LVU kan bare skje innen særlig innrettede, offentlig drevne institusjoner.

Finsk rett gir helse- eller sosialtjenesten rett til å tvangsinnlegge en rusmiddelmissbruker for inntil fem dager hvis personen utsetter sin helse eller nærstående personer for vesentlig fare, og nødvendig intervensjon ikke kan skje på frivillig basis. Hvis det er en fare for sikkerheten for andre personer, kan tvangsinnleggelsen fortsettes i inntil en måned.

5.2 Erfaringer fra bruk av tvangsbestemmelsene

5.2.1 Bruk av § 6-3

Som nevnt er sosialtjenesteloven § 6-3 hovedregelen for bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere. Bestemmelsen forutsetter at det inngås en avtale mellom institusjonen og rusmiddelmissbrukeren. Det er ingen utenforstående instans som skal vurdere om det er grunnlag for en slik avtale, og kommunen har ikke anledning til å kreve at avtale inngås ved innleggelse. Departementet har bedt fylkeskommunene om bistand til innhenting av erfaringer med bruk av § 6-3, herunder en oversikt over antall plasseringer hvor denne bestemmelsen har vært benyttet på hver enkelt institusjon i 1995.

Fylkeskommunene har meldt tilbake at det i 1995 har vært 58 innleggelser i institusjoner hvor det har vært inngått avtale om tilbakeholdelse. Erfaringene er overveiende gode. Bl a uttaler Nordland fylkeskommune: «Nordlandsklinikken har gode erfaringer med bruk av § 6-3. Institusjonen hadde ingen rømninger eller annen turbulens med disse klientene. I

stedet kan det virke som om tilbakeholdelsen på grunnlag av eget samtykke var et bidrag til å skape en nødvendig trygghet for klienter som for en periode var usikre på egen motivasjon og var redd for mer impulspregede beslutninger om å avbryte behandlingen.» Våle behandlingsinstitusjon for stoffmisbrukere, VÅKS, viser til at de før loven trådte i kraft var kritiske, men at de i løpet av de årene som er gått har gjort endel positive erfaringer og har idag et noe mer nyansert syn enn i utgangspunktet. De fremholder imidlertid en skepsis til bruk av begrepet tvangsbehandling, og uttaler videre: «Tvang kan brukes for å hjelpe en misbruker til å stoppe opp, bli nykter og få tenkt seg om. Dersom institusjonen har ressurser til å gå inn i tette, nære relasjoner vil muligheten også være der til at den tvangsinnlagte kan begynne å etablere tillit til en eller flere ansatte. Dette er viktige skritt på veien mot den begynnende tro på at et rusfritt liv er mulig. Samtidig vet vi at det å tvangsbehandle ikke er mulig. Man kan - dessverre - ikke tvinge noen til forandring og stoffmisbrukere som skal endre livet sitt må gjennom en tung og vanskelig forandningsprosess.» Institusjonene som har uttalt seg til fylkeskommunene fremhever imidlertid at ressurstilførsel er nødvendig for å lykkes med denne type behandling, bl a for at institusjonen skal ha mulighet for å kunne skjerme den tvangsinnlagte i situasjoner der tilbakeholdelse skal skje og det ofte er vold og aggressivitet. Hyppige rømminger skaper problemer for gjennomføringen av oppholdet, dessuten er politiets bistand og rolle uklar, noe som også skaper problemer for gjennomføringen. Tilbakemeldingene tyder også på at avtale etter § 6-3 er velegnet i forbindelse med avrusning og reinnleggelser når man er enige om at et fastere opplegg er nødvendig. Flere peker på at det er viktig med nær tilknytning til førstelinjetjenesten. Institusjonen bør være med å planlegge innleggelsen. En annen erfaring er at det er en forutsetning for å lykkes at klienten selv ønsker tilbakeholdelse, det ble opplevd som negativt når det er kommunen eller pårørende som har «presset gjennom» avtalen.

5.2.2 Antall saker etter lovens § 6-2

Departementet har innhentet informasjon om saker etter sosialtjenesteloven som er kommet inn til fylkesnemndene for sosiale saker siden lovens ikrafttredelse. Til og med første halvår av 1996 har det vært fremmet 54 saker etter sosialtjenesteloven. Ikke alle sakene som har vært fremmet for nemnda, har resultert i vedtak om tilbakeholdelse. Frem til samme tidspunkt er det truffet 39 vedtak etter § 6-2. De sakene som er fremmet for nemnda uten at det er truffet realitetsavgjørelse er enten trukket, henlagt, returnert til kommunen eller ubehandlet ved utløpet av perioden. Departementet har ikke full oversikt over resultatet av sakene, men det klare flertallet er avgjort i samsvar med kommunens forslag om tvangsinnetak.

Den nye § 6-2 a om tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere trådte i kraft 1.1.1996. Frem til 31.5.1996 er det truffet 3 vedtak om innleggelse uten eget samtykke etter § 6-2 a. I tillegg har det vært fremmet 9 saker om godkjenning av midlertidige vedtak (hastevedtak) etter § 6-2 a femte ledd. Dette viser at det er truffet langt flere hastevedtak i saker vedrørende gravide rusmiddelmisbrukere enn de som er fremmet for nemnda til endelig avgjørelse. Som nevnt skal midlertidige vedtak etter § 6-2 a foreløpig godkjennes av nemndsleder innen 48 timer, og vil dermed bli registrert i nemndssystemet.

For saker etter lovens § 6-2 er det ikke noe krav om foreløpig godkjenning av nemndsleder. Departementet har derfor ikke full oversikt over hvor mange av sakene etter § 6-2 som er basert på hastevedtak. Ekspertgruppen som ble nedsatt for å vurdere bruk av tvang i behandling av rusmiddelmisbrukere (se kap 3) foretok imidlertid en undersøkelse i mai 1995 som viste at 15 av de 37 sakene som kom inn til behandling fra 1993 til 1995, var basert på foreløpige vedtak. Departementet er kjent med at det er tvangsplassert misbrukere i institusjoner på grunnlag av hastevedtak etter § 6-2 uten at det er fremmet forslag til endelig vedtak for fylkesnemnda, men har ikke konkrete tall for hvor mange dette dreier seg om.

Det at midlertidige vedtak ikke blir fulgt opp av et endelig vedtak i nemnda, trenger ikke i seg selv å gi grunnlag for bekymring. Det er grunn til å tro at flere av disse sakene har løst seg ved at personene har samtykket til frivillig innleggelse. Departementet ser likevel det problematiske i at en misbruker holdes tilbake på institusjon på grunnlag av et hastevedtak i opptil tre uker uten at dette vedtaket blir prøvet av overordnet instans. Ut fra rettssikkerhetsmessig betraktninger er en slik situasjon lite holdbar, og departementet vil foreslå endringer for å avhjelpe dette, se nærmere i meldingen kap. 6

På bakgrunn av opplysninger fra fylkesnemndene har departementet laget en oversikt over enkelte data vedrørende de 37 personene som det er fremmet sak etter § 6-2 overfor i årene 1993 til 1995. I denne perioden er tvangssak fremmet overfor 21 menn og 16 kvinner. Gjennomsnittsalderen er 30,6 år, og noe høyere for menn enn for kvinner. 10 personer misbruker hovedsaklig alkohol, 5 personer hovedsaklig narkotiske stoffer, 3 hovedsaklig medikamenter, mens 12 personer er kategorisert som blandingsmisbrukere. I 7 av sakene er det ikke oppgitt hvilke rusmidler som misbrukes.

En ekspertgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet foretok en undersøkelse blant de institusjonene som inntil mai 1995 hadde tatt imot misbrukere på grunnlag av tvangsvedtak. Institusjonene hadde på det tidspunktet tatt imot tilsammen 20 personer på grunnlag av tvangsvedtak etter § 6-2. Undersøkelsen viste at gjennomsnittlig oppholdstid på institusjonen var 40 dager. Bare tre av plasseringene varte i planlagt tid, tre måneder. Flere opphold har

vært preget av avbrudd ved rømminger. Institusjonene ble også spurt om de hadde noe kjennskap til hvordan situasjonen var for de tvangsplasserte misbrukerne etter avslutning av oppholdet. Institusjonene oppga at av de tidligere tvangsplasserte misbrukerne de hadde noe kjennskap til, var åtte fortsatt aktive misbrukere, seks var overført til frivillig behandling, én hadde fått et nytt tvangsvedtak mot seg og to levde mer stabilt, men med fortsatt noe rusmiddelmisbruk.

De opplysningene som er referert ovenfor er basert på et lite antall personer og derfor lite egnet for å trekke endelige slutninger. Det er også grunn til å tro at de første tvangsplasseringene har avdekket praktiske og juridiske problemer som ikke vil oppstå i etterfølgende saker.

5.2.3 *Svenske erfaringer med bruk av tvang i behandling av rusmiddelmisbrukere*

Undersøkelser av rusmiddelmisbrukere som er tvangsbehandlet etter LVM, viser at mellom 8 og 14 prosent av de tvangsbehandlete er døde etter endt behandling, mot 2-3 prosent dødelighet blant dem som frivillig lot seg innlegge til behandling. En studie av Gunnar Ågren og Paul Franér offentliggjort i 1990, viser at dødeligheten blant nærmere 200 misbrukere ved Frösö behandlingshjem i Östersund lå på ca 8 prosent for både alkohol- og narkotikamisbrukere. Ågren uttaler i forbindelse med undersøkelsen at det ser ut til at økt dødelighet blant de tvangsbehandlete misbrukerne først og fremst rammer narkotikamisbrukere. En oppfølgingsundersøkelse av alkoholmisbrukere viser at tvangsbehandling av alkoholmisbrukere fører til lavere dødelighet hvis man sammenligner med misbrukere som ble innmeldt til, men ikke fikk tvangsbehandling. For alkoholmisbrukere kan det se ut som om tvangsbehandling i en viss grad kan ha noe for seg, men erfaringene tyder ikke på at det er grunn til å tro at tvangsbehandling av voksne narkotikamisbrukere virker. På landsbasis blir ca 1300 personer lagt inn til tvangsbehandling årlig etter LVM.

Forskning vedrørende tvangsbehandling av ungdom viser at de såkalte ideologiske ungdomshjemmene, som for en stor del tar imot ungdommer til tvangsbehandling etter LVU, har gode resultater.

5.3 **Ekspertgruppe for å vurdere bruk av tvang i behandling av rusmiddelmisbrukere**

5.3.1 *Bakgrunn*

Siden loven trådte i kraft har det vært fremmet få tvangssaker. Av forarbeidene til loven, Ot prp nr 29 (1990-91) s 91-92, fremgår det at bestemmelsen i § 6-2 først og fremst omfatter de misbrukerne som, på det tidspunkt det er aktuelt med et behandlingsopplegg, er så nedkjørte at de vanskelig kan ta stand-

punkt til sitt behov for hjelp. Det er forutsatt at behandling basert på frivillighet er det beste utgangspunkt, og at motivering for behandling primært skal foregå forut for institusjonsoppholdet.

På tross av dette er tvangsbestemmelsene nyttet i mindre grad enn forventet. En årsak synes å ha vært at institusjoner for rusmiddelmisbrukere i liten grad er tilrettelagt for å kunne holde beboere tilbake. Samtidig har ansatte i institusjonene uttrykt usikkerhet overfor de vanskelige juridiske og etiske avveiningene man står overfor i slike tilfeller. Det synes også å være et utstrakt behov for en nærmere utredning av en rekke spørsmål knyttet til gjennomføringen av tvangsvedtak. Dette er spørsmål av juridisk, etisk og behandlingsfaglig karakter, hvor siktemålet må være å sikre rettssikkerheten til de som tas under behandling uten samtykke, samtidig som behandlerne gis rimelig mulighet til å sette grenser for vedkommendes handlefrihet slik at vedtakets intensjon kan gjennomføres. Når sosialtjenesteloven åpner for tilbakeholdelse ut fra en forutsetning om at gjennomføringen vil være til det beste for rusmiddelmisbrukeren selv, trenger behandlingsapparatet virkemidler som gjør det mulig å gjennomføre vedtaket. Særlig forskrift om beboernes rettssikkerhet og bruk av tvang under institusjonsopphold (forskrift av 4. desember 1992 kap 5) har skapt problemer i gjennomføringsfasen. Rettssikkerhetsforskriften er primært utformet ut fra behandlingssituasjoner der rusmiddelmisbrukeren deltar med eget samtykke, og det har vært reist spørsmål om forskriften er tilfredsstillende utformet med sikte på behandling uten eget samtykke.

For bedre å tilrettelegge for at tvangsbestemmelsene utnyttes i henhold til Stortingets intensjoner, mente departementet det var behov for to typer avklaringer. For det første en kritisk gjennomgang av forskriften med sikte på avveiningen mellom beboerens rettssikkerhetsbehov og for institusjonenes gjennomføringsmuligheter. I tillegg var det behov for en generell vurdering og konkretisering/eksemplifisering av metoder for gjennomføring av tvangsvedtak.

I desember 1994 oppnevnte departementet derfor en ekspertgruppe for å vurdere bruk av tvang i behandling av rusmiddelmisbrukere. Gruppen fikk følgende sammensetning: psykiater Odd Gunnar Heitun (leder), lagdommer Rune Fjeld, leder for Tyrilistiftelsen Ulf Jansen, avdelingsoverlege Arnold Kverme, førstekonsulent Birgitte Hegna, høyskolelektor Kari Opdahl og overlege Guri Spilhaug.

Ekspertgruppen ble gitt følgende mandat:

Ekspertgruppen skal:

- *Vurdere om forskrift til lov om sosiale tjenester kapittel 5 bør utdypes eller gis nærmere presisering slik at fortolkningen ikke er til hinder for at lovens intensjoner i henhold til §§ 6-2 og 6-3 kan oppfylles.*

- *Gi eksempler som kan tjene som en utfyllende veiledning for behandlere.*
- *Vurdere gjeldende bestemmelser og sammenholde disse med praktiske erfaringer. Siktepunktet for arbeidet må være å sikre rettssikkerheten til de som tas under behandling uten samtykke, samtidig som behandlerne gis rimelig mulighet til å sette grenser for vedkommendes handlefrihet slik at vedtakets intensjon kan gjennomføres.*
- *Vurdere på hvilken måte kvaliteten i institusjonene kan sikres, f.eks. gjennom fastlagte rutiner, evt. sjekklister for slike rutiner.*

Ekspertgruppen hadde altså ikke som mandat å vurdere selve lovgrunnlaget. Ekspertgruppen vurderte det slik at i tillegg til forståelsen av forskriften til sosialtjenesteloven, kunne også tolkingen av lovparagrafene, det nærmere innholdet i disse og hvor grensene for tvangsbestemmelsene går, ha betydning for gjennomføringen av vedtakene i institusjonene. I løpet av gruppens arbeid framkom det opplysninger som viste at lovgrunnlaget har svakheter som skaper uklarheter i praktiseringen av bestemmelsene, og som kan gi svekket rettssikkerhet for dem som omfattes av lovens bestemmelser. Ekspertgruppen har derfor tolket mandatet slik at den også peker på behov for lovendringer.

I mandatet pålegges ekspertgruppen å gi eksempler som kan tjene som utfyllende veiledning for behandlerne, og å vurdere på hvilken måte kvaliteten i institusjonene kan sikres. Etter ekspertgruppens mening forutsetter dette at det foreligger en faglig og ideologisk standard for institusjonene, og har derfor sett det som sin oppgave å si noe om dette.

Rapport fra ekspertgruppen ble fremlagt oktober 1995. Rapporten består av tre hoveddeler. Den første delen omfatter en beskrivende gjennomgang av loven og forskriften, hvor tolkningsproblemer og uklarheter tas opp. Gruppen peker på at forskrift til lov om sosiale tjenester har et tosidig formål. Den skal både regulere beboernes rettigheter under oppholdet og institusjonens ansvar og muligheter for å gjennomføre tvangsvedtaket på en tilfredsstillende måte. Etter gruppens vurdering er de ulike hensynene i hovedsak ivaretatt og tilstrekkelig balansert. Det konkluderes med at det ikke er prinsipielle mangler i forskriften. Rapporten inneholder kritiske bemerkninger til lovens regel om midlertidige vedtak om tilbakeholdelse, jf § 6-2 femte ledd. Gruppen mener praktiseringen av de såkalte hastevedtakene kan være i strid med menneskerettighetskonvensjonen, og anbefaler endring av lovens ordlyd på dette punktet. Den andre delen av rapporten gjelder erfaringer fra bruk av tvangsbestemmelsene, og inneholder bl a en oversikt over antall tvangsvedtak i fylkesnemndene fra lovens ikrafttredelse til medio mai 1995, og gjengivelser av intervjuer med institusjoner som har tatt imot tvangsplasserte rusmiddelmisbrukere. Siste del av rapporten tar opp forslag til standarder for institu-

sjoner som er utpekt til innleggelse av rusmiddelmisbrukere uten eget samtykke. Herunder behandles kunnskaper om rusmiddelmisbruk og behandling av rusmiddelmisbrukere, ideologisk og behandlingsstrategisk basis og holdninger til tvang i behandlingen. I tillegg er det foreslått rutiner og arbeidsformer, og gitt en rekke eksempler på konkrete innleggelser. Rapporten avsluttes med et kapittel om kvalitetssikring.

Rapporten ble sendt på høring 1. desember 1995 med høringsfrist 1. mars 1996. Departementet mottok flere henvendelser fra kommuner som mente det var uheldig at kommunene ikke hadde fått rapporten til høring. På bakgrunn av disse ble rapporten sendt på høring i februar 1996 til et utvalg av 42 kommuner, herunder kommuner som hadde erfaringer med å fremme tvangssak for fylkesnemnda. Totalt 64 høringsinstanser har avgitt uttalelse til departementet.

5.3.2 Ekspertgruppens vurderinger og forslag, høringsuttalelsene og departementets kommentarer

Ekspertgruppen har pekt på at erfaringer fra bruk av bestemmelser i lov og forskrift tilsier at det er behov for tolkninger, herunder presiseringer, av hvordan enkelte av bestemmelsene er å forstå.

Departementet har på bakgrunn av de uklarhetene ekspertgruppa har avdekket, funnet det nødvendig å komme med endel klargjøringer. Dette vil bli gjort i forbindelse med revisjon av rundskriv I-1/93 Lov om sosiale tjenester m v, som vil foreligge i løpet av 1997. Enkelte presiseringer skal imidlertid nevnes her:

- Det er adgang til å opprettholde den tvangsmessige tilbakeholdelsen også når «undersøkelses- og tilretteleggingsfasen» er over, idet det ikke kan oppstilles noe klart skille mellom dette og start av behandling.
- Når fylkesnemnda tar stilling til et forslag om vedtak om tilbakeholdelse i medhold av § 6-2, må nemnda i tillegg til å vurdere om de vilkår som er oppstilt i bestemmelsen er til stede, også foreta en helhetsvurdering av tiltakets hensiktsmessighet.
- Det som reguleres i §§ 6-2 og 6-3, er adgangen til å holde eller hente vedkommende tilbake, og ikke en adgang til å tvangsbehandle. Bestemmelsene gir imidlertid adgang til å holde låste dører og treffe andre sikkerhetstiltak for å holde klienten på institusjonen, og å bruke makt for å hente tilbake etter rømming.

Ekspertgruppens rapport inneholder videre en rekke anbefalinger om endringer i loven og forskriften. Disse anbefalingene handler dels om mindre endringer og tillegg, og dels om endringer der ekspertgruppen mener det foreligger vesentlige mangler ved bestemmelsene. Ekspertgruppen tar også opp endel tolkninger av bestemmelser som departemen-

tet har foretatt, og som den mener det ikke er grunnlag for ut fra intensjonen bak vedtakene.

Ekspertgruppen viser til at det i enkelte av nemndsvedtakene kan ha vært stilt spørsmål ved om rusmiddelmisbrukere som selv ønsker at det blir fattet et vedtak om tilbakeholdelse etter § 6-2, kan tvangsinnlegges etter denne bestemmelsen. Ekspertgruppen mener det i tråd med lovens intensjon bør være adgang til å fatte vedtak i slike situasjoner.

Av de høringsinstansene som har uttalt seg om spørsmålet, gir er lite flertall uttrykk for støtte til ekspertgruppens vurderinger. Bl a uttaler fylkesnemnda i Oslo og Akershus at de har hatt som utgangspunkt at «...et samtykke til behandling ikke i seg selv utelukker nemndas kompetanse til å treffe tvangsvedtak. Etter vår vurdering vil det først etter en konkret vurdering vise seg om frivillig behandling og samtykke til tilbakehold vil være tilstrekkelig, eller om vilkårene for en tvangsplassering er oppfylt, og det vil være nødvendig med en plassering innenfor de rammene som et tvangsvedtak gir.» Rusmiddeldirektoratet mener at ekspertgruppen går noe langt i å foreslå bestemmelser som kan bidra til å viske ut forskjellene i grunnlaget for bruk av § 6-2 og § 6-3. De uttaler videre: «Ut fra gjeldende lov må grunnlaget for tilbakeholdelse etter § 6-2 være annerledes enn grunnlaget for tilbakeholdelse etter 6-3. Det innebærer at hvis klienten uttrykkelig ønsker skjerming gjennom et vedtak, er det først og fremst § 6-3 som skal anvendes, og ikke § 6-2. Det bør ellers være klientens livssituasjon som avgjør om et vedtak skal fattes. I merknadene til loven står at bestemmelsene skal omfatte de misbrukerne som er så nedkjørte at de vanskelig kan ta standpunkt til sitt behov for hjelp. Hvorvidt klienten stiller seg positiv, er negativ eller ambivalent til et eventuelt vedtak etter § 6-2, bør derfor tillegges mindre vekt for selve vedtaket.»

Departementet vil vise til at hovedregelen for bruk av tvang i sosialtjenesteloven er § 6-3, og at det er denne bestemmelsen som skal benyttes dersom misbrukeren selv ønsker å bli holdt tilbake ved motivasjonssvikt. Men på den annen side kan det ikke være slik at vedkommende kan unngå at det treffes vedtak etter § 6-2 bare ved å samtykke til innleggelse. Det må være opp til fylkesnemnda å vurdere om det i den konkrete saken er grunn til å tro at rusmiddelmisbrukerens ønske om frivillig innleggelse, evt med et samtykke til tilbakeholdelse etter § 6-3, er et uttrykk for et oppriktig syn på sine behandlingsmuligheter. Det kan også tenkes tilfeller der misbrukeren ønsker strammere rammer enn det § 6-3 setter opp, og dermed, under nemndsforhandlingene, innser at han eller hun trenger et tvangsmessig opphold i inntil tre måneder. Etter departementets vurdering kan det heller ikke i disse tilfellene være noe i veien for å treffe vedtak etter § 6-2, men det understrekes at det er fylkesnemnda som må ta stilling til dette i den konkrete saken.

Ifølge § 6-3 tredje ledd skal et samtykke til tilbakeholdelse senest gis når oppholdet begynner. På bakgrunn av dette har departementet uttalt i rundskriv I-1/93 Lov om sosiale tjenester m v på s 152 at slikt samtykke ikke gyldig kan gis når en misbruker frivillig fortsetter et institusjonopphold som opprinnelig ble iverksatt i kraft av et tvangsvedtak etter § 6-2. Etter ekspertgruppens mening bør loven forstås slik at det ikke er noe til hinder for at samtykke til tilbakeholdelse etter § 6-3 kan gis mens vedkommende misbruker er i institusjonen på grunnlag av vedtak etter § 6-2. Ekspertgruppen anser departementets tolking av lovens § 6-3 tredje ledd for urimelig streng i forhold til lovens intensjon.

Flertallet av høringsinstansene gir klart støtte til ekspertgruppens synspunkter. Fylkeslegen i Telemark uttaler «Fylkeslegens syn er at lovverket om nødvendig bør endres slik at en misbruker under opphold på § 6-2, kan inngå avtale med institusjonen om opphold utover den tid tvangsoppholdet etter § 6-2 varer, og at et slikt fortsatt opphold må kunne planlegges å vare etter § 6-3 med mulighet for fortsatt tilbakehold/tilbakehenting etter samtykke fra misbrukeren. Misbrukerens innsikt i fare for senere impulshandlinger som gir brudd i behandlingen, kan være foranledningen til at han/hun ønsker å inngå en slik forhåndsavtale om institusjonens rett til retensjon eller inhenting.» Kristiansand kommune peker på at man har oppnådd formålet med tvangsvedtaket dersom klienten er motivert til å fortsette behandlingen, og at loven er urimelig streng og lite smidig dersom det ikke er anledning til å fortsette oppholdet på grunnlag av et samtykke etter § 6-3. «Loven må ikke bli et hinder for at klientene får større ansvar for sitt liv.» Fylkesnemnda i Oslo og Akershus uttaler «Departementets fortolkning antas å være begrunnet i rettssikkerhetshensyn, og det vil i disse sakene nettopp være vanskelig å avveie rettssikkerhetshensyn opp mot hva som er hensiktsmessig i behandlingsøyemed. Samtykke til tilbakehold i forlengelse av endt tvangsplassering vil kunne medføre at tilbakeholdstiden i løpet av ett behandlingsopphold kan bli lang. På den annen side kan fylkesnemnda i Oslo og Akershus være enig med ekspertgruppa i at departementets strenge fortolkning av § 6-3 tredje ledd kan få uhenktsmessige konsekvenser ved at en opphold må avbrytes for at det skal kunne gjøres slik avtale. Formålet med en plassering etter § 6-2 er nettopp å undersøke, tilrettelegge og motivere for frivillig behandling, og det kan tenkes at klienten i noen tilfeller fortsatt vil ønske den sikkerhet som ligger i at institusjonen skal kunne holde vedkommende tilbake dersom det skulle oppstå vanskelige perioder under den videre behandlingen. Det er også et spørsmål om det rettssikkerhetsmessig er mer betenkelig at en person som ønsker det, avtaler tilbakehold etter et opphold i behandlingsinstitusjon, selv om behandlingen har skjedd under tvang, enn at det avtales tilbakehold når vedkommende skriver seg inn og hvor

vedkommende ofte er i en situasjon hvor han eller hun er sterkt nedkjørt [...] Departementets uttalelse vil, slik vi forstår den, også være til hinder for at en slik foreløpig tvangsplassering videreføres i en frivillig plassering hvor man ønsker tilbakeholdsrett.»

Departementet vil vise til at det er en forutsetning for å kunne avgi et gyldig samtykke at vedkommende ikke befinner seg i en tvangssituasjon. Det må derfor settes en grense for at en misbruker som holdes tilbake på grunnlag av et nemndsvedtak, ikke kan treffe avtale om videre tilbakeholdelse etter § 6-3. Men situasjonen er noe annerledes når vedtaket er gått ut, og vedkommende oppholder seg på institusjonen på frivillig grunnlag. Beboeren er da fri til å forlate institusjonen og avbryte oppholdet, på samme måte som andre frivillig innlagte. Det kan være svært upraktisk og lite motiverende å måtte skrive ut en behandlingsinnstilt misbruker for deretter å inngå avtale etter § 6-3 ved nytt inntak umiddelbart etter. En slik prosedyre kan også skape problemer i forhold til eventuelle ventelister for inntak. Departementet vil vurdere om det er behov for lovendring for å gi adgang til å inngå avtale etter § 6-3 også etter inntak, og vil i tilfelle komme tilbake til spørsmålet i Odelstingsproposisjon.

Ekspertgruppen har vurdert om gjeldende forskrift om rettigheter for beboere i institusjoner for rusmiddelmisbrukere kan hindre at intensjonen bak tvangsbestemmelsene kan oppfylles. Hovedkonklusjonen er at det ikke er vesentlige mangler i forskriftsverket og at det stort sett bare er behov for mindre endringer og justeringer. Etter ekspertgruppens vurdering bør det også for tvangsplasserte etter § 6-2 være anledning for institusjonen å nekte besøk en kort periode. Det vil i tilfelle kreve endring av forskriften § 5-6. Videre uttaler ekspertgruppa at reglene om adgangen til å ta urinprøver av tvangsinnlagte beboere er uklare. Det vil dels være behov for presiseringer i rundskriv og dels om endringer i forskriftsteksten. Etter gjeldende rett er det ikke adgang til å tilintetgjøre alkoholholdige drikkevarer og farlige gjenstander som beslaglegges på institusjonen. Dette innebærer at beboeren får disse eiendelene utlevert ved utskrivning. Ekspertgruppen kritiserer praksisen med at rusmiddelmisbrukere får utlevert alkohol ved utskrivning fra behandling, og anbefaler departementet å gi adgang for institusjonen til å tilintetgjøre beslaglagt alkohol, tilsvarende adgangen til å tilintetgjøre illegale rusmidler. Gruppen anbefaler også departementet å gi nærmere regler om tilbakeføring ved rømming fra institusjonen, om bruk av alarm- og/eller overvåkingssystemer på institusjonene, bruk av alkotester og blodprøver som kontrollmiddel og kontroll av beboernes telefonbruk og annen kommunikasjon. Gruppen anbefaler videre at det innføres et påbud om varsel til tilsynsutvalget ved innleggelse i medhold av § 6-2, evt også påbud om tilsynsbesøk underveis i tvangsoppholdet.

Alle disse forslagene fra ekspertgruppen har fått

tilslutning av høringsinstansene. Departementet vil på bakgrunn av forslagene forberede utkast til endringer i gjeldende forskrift og utkast til nye forskriftsbestemmelser, som vil bli sendt på høring i løpet av 1997.

Ifølge forskriften § 5-5 tredje ledd er det forbudt å foreta undersøkelser av kroppens hulrom. Ekspertgruppen mener forbudet kan undergrave hensikten med et tvangsvedtak i og med at det gir mulighet for å bringe inn rusmidler i institusjonen uten at dette kan kontrolleres. Gruppen foreslo derfor at forskriften endres slik at undersøkelse av kroppens hulrom kan foretas ved skjellig grunn til mistanke om at vedkommende beboer bringer inn rusmidler. Dette forslaget fikk ikke tilslutning av høringsinstansene. Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning uttaler bl a at forslaget synes «.. å gå noe langt ut fra integritetshensyn. De andre kontrolltiltak som står til rådighet for å forhindre rusmiddelmisbruk i institusjonen - som urinprøver og ikke minst gjennom personalets samvær med pasientene - burde være tilstrekkelige ut fra kontrollhensyn». Departementet er enig i de synspunkter som kommer frem her, og vil ikke foreslå å oppheve forbudet mot å foreta undersøkelser av kroppens hulrom av beboere i institusjoner for rusmiddelmisbrukere.

Ekspertgruppens undersøkelser viser at det synes å være en betydelig usikkerhet når det gjelder praktiseringen av bestemmelsen i sosialtjenesteloven § 6-2 femte ledd om foreløpige vedtak (hastevedtak). Samtidig er flere vedtak om innleggelse etter lovens § 6-2 første ledd oppfølging av slike vedtak. Etter ekspertgruppens mening bør bestemmelsen om foreløpige vedtak i alle fall begrenses og utformes til å gjelde personer som på grunn av sitt rusmiddelmisbruk er i en akutt livstruende situasjon. Ved dette vil bestemmelsen mer tydelig markere hvilket tilleggsvilkår som må oppfylles i forhold til hovedregelen i bestemmelsens første ledd, for at den skal kunne komme til anvendelse. De undersøkelser ekspertgruppen har foretatt viser at slik bestemmelsen har blitt praktisert, har personer som er blitt tatt inn i en institusjon mot sin vilje på grunnlag av et foreløpig vedtak, først vel en måned senere fått en avgjørelse om det er lovlig adgang for en slik tilbakeholdelse. Dette er etter ekspertgruppens mening en uholdbar praksis, som vil kunne bli bedømt å være i strid med prinsippet om «fair trial» i artikkel 6 i Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen. Ekspertgruppen vil foreslå at det vurderes en overprøvingsordning tilsvarende den som er innført i den nye § 6-2 a om tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere, og også at det settes kortere frist for å sende forslag om endelig vedtak til fylkesnemnda.

Et klart flertall av høringsinstansene støtter ekspertgruppens vurderinger og forslag til endringer av bestemmelsen om midlertidige vedtak. Fylkesnemnda i Agder uttaler at lovens nåværende bestemmelse i § 6-2 om midlertidig vedtak ville ha vært enklere å

anvende dersom det ble angitt et eget kriterium som bedre skiller akuttsituasjonen fra den ordinære. Koordineringsutvalget for de psykiatriske ungdomsteamene (KUP) mener ekspertgruppens forslag om at foreløpige vedtak kun skal kunne benyttes dersom misbrukeren er i en akutt livstruende situasjon, kan medføre en uthuling av settet av grunnvilkår i § 6-2. KUP mener at de akutte situasjoner gruppen sikter til bør ivaretas av det ordinære helsevesen. Fylkesnemnda i Agder peker på at tidsfristene i hhv § 6-2 og § 6-2 a hva angår både innbringelse av sak for fylkesnemnda etter hastevedtak og iverksetting av vedtak bør være like, og at dagens lovordning fremstår som meget tilfeldig etter at sosialtjenesteloven § 6-2 a om gravide rusmiddelmisbrukere har etablert en ordning med midlertidig godkjenning av hastevedtak i tvangssaker, når tilsvarende ordning ikke gjelder for § 6-2. Rusmiddeldirektoratet støtter forslaget om en overprøvingsordning tilsvarende som i § 6-2 a. Fylkesnemnda i Østfold er generelt skeptisk til en slik godkjenningsordning og uttaler at nemndas godkjenning i alminnelighet utelukkende vil være basert på sosialtjenestens framstilling av saken.

Etter departementets vurdering er det grunn til bekymring at et flertall av nemndsvedtakene etter § 6-2 baserer seg på foreløpige vedtak truffet av den kommunale sosialtjenesten. Bestemmelsen i femte ledd er ment å være en klar unntaksregel. En grunn til at foreløpige vedtak benyttes i så stor utstrekning kan være at saksbehandlingen er omfattende og tidkrevende. Særlig kan kravet om at det må foreligge tilsgagn om en konkret institusjonsplass før vedtak kan treffes, føre til at saksbehandlingen tar svært lang tid. Departementet vil derfor foreslå at det ikke lenger skal være et krav at institusjonsplass må foreligge ved vedtakstidspunktet, slik at kommunen kan fremme sak på et tidligere tidspunkt enn etter gjeldende rett. Forslaget er nærmere redegjort for i meldingen kap. 4. Forslaget vil trolig medføre at behovet for å treffe foreløpige vedtak reduseres. Departementet vil derfor foreløpig ikke foreslå at vilkårene for å treffe midlertidig vedtak endres, f.eks. til utelukkende å gjelde ved akutt livstruende situasjon, slik ekspertgruppen har foreslått.

En annen problematisk side ved bruken av såkalte hastevedtak er manglende overprøvingsmuligheter. Departementet har i rundskriv I-28/95 slått fast at det er adgang til å påklage midlertidige vedtak, og at rett klageorgan er fylkesnemnda. Departementet vil foreslå at dette presiseres direkte i lovteksten. Ifølge sosialtjenesteloven § 6-2 a femte ledd skal midlertidige vedtak sendes fylkesnemndas leder for foreløpig godkjenning straks, og om mulig innen 48 timer. Nemndsleder skal vurdere om vilkårene for å treffe et midlertidig vedtak er oppfylt, og evt. nekte godkjenning dersom det ikke er tilfelle. Blir det midlertidige vedtaket godkjent, har kommunen to ukers frist på å fremme ordinær sak for fylkesnemnda. I Ot prp nr 48 (1994-95) s. 16 er det fremhevet at

en foreløpig godkjenning «..har som formål å kontrollere at sosialtjenesten har holdt seg innenfor de rettslige rammene som er satt for å kunne treffe et slikt vedtak, og er begrunnet i hensynet til kvinnens rettssikkerhet.» En tilsvarende godkjenningsordning gjelder tilsvarende i barneverntjenesteloven § 4-9. Departementet vil foreslå at foreløpig godkjenning innføres også for midlertidige vedtak etter sosialtjenesteloven § 6-2, og vil fremme forslag til lovendring om dette.

Etter ekspertgruppens syn burde det komme klarere frem i lovteksten at kommunen har en plikt til å følge opp rusmiddelmisbrukere, og at denne plikten ikke opphører selv om vedkommende tas inn i institusjon, uavhengig om dette gjøres frivillig eller på grunnlag av et tvangsvedtak. Det er få høringsinstanser som har uttalt seg om spørsmålet, og uttalelsene er sprikende. Både fylkesmannen i Vestfold og i Hedmark mener kommunens ansvar fremgår tilstrekkelig klart av lovens § 6-1 fjerde ledd, men at det kan være behov for å presisere dette ansvaret på andre måter. Departementet er enig i disse synspunktene og mener at lovteksten ikke er til hinder for en klar forståelse av hvor ansvaret ligger. Departementet tar imidlertid sikte på å understreke og presisere dette ansvaret nærmere i rundskriv til loven. Fylkesmannen i Hordaland foreslår at sosialtjenesten blir pålagt jevnlig kontakt med misbrukeren/institusjonen, f.eks. ved at det blir utformet en forpliktende avtale som en del av inntaksprosedyren. Departementet vil vurdere dette forslaget i forbindelse med endring i sosialtjenesteloven.

Ekspertgruppen foreslår at departementet lager forskrifter eller retningslinjer vedrørende innholdet i og krav til institusjoner som skal ta imot tvangsplasserte rusmiddelmisbrukere. Gruppen fremhever at disse kvalitetskravene gjelder for alle institusjoner, og at det i utgangspunktet ikke er grunn til å skille mellom tvangsplasserte og frivillig innlagte klienter. Gruppen har konkrete forslag til rutiner og arbeidsformer for inntak, avrusning og behandling, samt bygnings- og personellmessige forhold. Høringsinstansene er positive til ekspertgruppens forslag om at det forskriftsfestes standarder for institusjoner som skal ta imot tvangsplasserte rusmiddelmisbrukere. Fylkesmannen i Troms uttaler: «Vi støtter ekspertgruppens forslag om at det må stilles krav til institusjonene i forhold til kunnskaper, holdninger, ideologi, rutiner og arbeidsformer. Det må videre stilles krav om at dette skriftlig må nedfelles i institusjonens målsetting, planer, rutiner osv. Vi tror slike krav til institusjonene bidrar til en bevisstgjøring av ansatte. For oss som tilsynsmyndighet vil standarder for institusjoner medføre en større kontrollerbarhet, og også legge forholdene mer til rette for en fremtidig systemrevisjonsmodell.»

Flere høringsinstanser retter kritikk mot den terminologien som benyttes i forbindelse med tvangsbestemmelsene i sosialtjenesteloven. Det hevdes at

departementets ordbruk kan være egnet til å forvirre og skape uklarhet om bestemmelsenes egentlige innhold. Fagrådet innen rusvernet i Norge uttaler bl a «Det bør unngås å bruke begrepet «tvangsbehandling» når lovteksten ikke benytter dette begrepet, samt at det etter vår vurdering skaper et uheldig signal til omverdenen. Loven gir mulighet for tvangsmessig tilbakehold ved rømningsforsøk, eller eventuelt hente inn igjen med makt ved rømming fra institusjonen. Målsettingen med det tvangsmessige tilbakeholdet av rusmiddelmisbrukeren, er å undersøke og tilrettelegge for videre behandling.» Departementet er enig i at det er viktig at den terminologi som benyttes har et mest mulig klart og omforent betydningsinnhold, og vil søke å bruke begrepene tilbakeholdelse eller tvangsinnleggelse/-retensjon istedet for tvangsbehandling.

Det lå ikke i ekspertgruppens mandat å vurdere gjeldende tvangsbestemmelser i sosialtjenesteloven. Dette er også ytterligere presisert i gruppens rapport. Flere høringsinstanser har likevel kommet med generelle uttalelser vedrørende tvang overfor rusmiddelmisbrukere.

Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning uttaler at ekspertgruppens undersøkelser tyder på at det er et begrenset behov for å bruke tvang for å motivere rusmiddelmisbrukere. De savner en drøftelse av de konsekvenser funnene ekspertgruppen redegjør for bør ha for anvendelsen av lovbestemmelsene og plasseringen av klientene på ulike typer av institusjoner. Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO) beklager at en vurdering av selve lovbestemmelsen og merknadene til § 6-2 ikke omfattes av ekspertgruppens mandat. FO understreker at de dataene som er fremstilt i rapporten er for lite til å trekke konklusjoner, men vil likevel peke på at dataene ikke kan sies å gi et godt grunnlag for at tvangsvedtak etter § 6-2 har sin berettigelse. De uttaler videre: «Vårt utgangspunkt er at vilkårene for bruk av prg 6-2 bør innskjerpes til å gjelde slike spesielle tilfeller hvor det åpenbart dreier seg om en livstruende situasjon.»

Oslo politikammer har uttalt følgende som er vedlagt Justisdepartementets uttalelse: «På samme måte som at motivasjon er viktig for rusmisbrukeren, er også motivasjon viktig for den eller de som forestår behandlingen. En av grunnene til at tvang har vært lite brukt er nettopp at ansatte ikke har hatt tro på tvang som behandlingsmetode. Nødvendig kvalitets-sikring som anført i ekspertgruppens rapport er derfor en viktig forutsetning for om man skal lykkes eller ikke.» Norsk psykologforening ved fagutvalget uttaler «Ekspertgruppen mener også at det relativt lave antallet saker som har vært kan tyde på at det er usikkerhet om tvangsbestemmelsene. Fagutvalget vil peke på at det lave antallet saker også kan reflektere ideologiforskjeller i forhold til hensiktsemessigheten av behandling med tvang. For mange helse og sosialarbeidere vil frivillighet være et så bærende

prinsipp i deres tilnærming til behandling at tvang blir et absolutt siste valg.»

Fylkeslegen i Hordaland uttaler:

«Fylkeslegen anser at tvangsbehandling av rusmiddelmisbrukere kun bør anbefales for å redde liv eller unngå alvorlige helseskader. I et overordnet perspektiv anses hensikten med tvangsoppholdet å være at flest mulig innser nytten av behandlingen og velger å fortsette behandlingen frivillig. Det er likeledes viktig at samfunnet prioriterer tvangsbehandlingen i form av tilstrekkelig bemannede avdelinger og systematiske oppfølginger av hvordan tiltaket har virket for den enkelte klient. Det bør fra myndighetens side legges opp til både faglig og bygningsmessig opprusting av de institusjonene som utpekes til å ta imot klienter under tvang. Endelig bør tilsynet og kvalitetsutviklingen av institusjonene prioriteres.»

Helse- og sosialutvalget i Lørenskog kommune mener at samarbeidsmulighetene med klienten vil bli langt bedre ved et tre ukers opphold enn ved tre måneder, fordi klienten vet at tvangsoppholdet er kortvarig. Kommunen frykter at mer utstrakt bruk av tvang vil gjøre det enda vanskeligere å få akutt døgnplass uten tvangsbehandling.

Departementet har merket seg de synspunktene som er fremkommet vedrørende tilbakeholdelse uten eget samtykke. Etter departementets vurdering har tvangsbestemmelsene i loven ennå ikke fungert over en lang nok periode til at det er grunnlag for å endre på de grunnleggende vilkårene og forutsetningene.

Hovedkonklusjonen om inntrykket av ekspertgruppens forslag og vurderinger er av det overveiende flertallet av høringsinstansene ansett for å være god. Både Rusmiddeldirektoratet, Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning, Kirkens bymisjon, Fagrådet innen rusvernet i Norge, et flertall av de fylkeskommunene og kommunene som har uttalt seg og de fleste fylkesmennene gir uttrykk for at rapporten er grundig og tar for seg interessante og relevante problemstillinger, og at den er godt egnet som et redskap i behandlingen av rusmiddelmisbrukere som holdes tilbake mot sin vilje etter sosialtjenestelovens bestemmelser.

5.4 Andre forslag og problemstillinger som er tatt opp overfor departementet

Departementet har siden lovens ikrafttredelse motatt en rekke henvendelser med forslag til endringer og aktuelle problemstillinger vedrørende tvangsbestemmelsene. En del av disse henvendelsene gjelder behov for avklaringer ved bruk av bestemmelsene, og presiseringer av forståelsen. Som eksempler på hvilke områder det ønskes ytterligere klargjøringer, kan nevnes institusjonenes plikt til å ta imot tvangsplasserte og plikt til å holde tvangsplasserte tilbake, mulige sanksjonsmuligheter når tvangsplasserte russer seg på institusjonen og ansvar for innbringning etter rømming, herunder om dette kan delegeres fra den kommunale sosialtjenesten til institusjonen. Det

er også behov for en redegjørelse for hvilke bestemmelser som gjelder ved overgangen mellom barneverntjenesteloven og sosialtjenestelovens regler, f.eks. i forhold til tvangsperiodens lengde. Disse, og andre mindre problemstillinger, vil bli kommentert i det nevnte reviderte rundskrivnet til sosialtjenesteloven.

Departementet vil kort nevne enkelte av forslagene til endringer i lov og forskrift.

Enkelte institusjoner har stilt spørsmål ved om forskriftens krav om at det må være skjellig grunn til mistanke for å foreta kroppsundersøkelse, herunder ransaking av rusmiddelmisbrukeres klær, er egnet for innleggelse til avrusning eller tvangsinneleggelse. I disse tilfellene vil det som regel alltid foreligge slik mistanke, og det er gode grunner som tilsier at ransaking bør kunne skje rutinemessig ved denne type innleggelser.

Institusjoner har gitt tilbakemelding om at rutiner og regler for håndtering av legemidler er uklare. Dette gjelder både de ansattes utdeling og oppbevaring på institusjonen, og adgangen til å tilintetgjøre legemidler.

Det er videre foreslått overfor departementet å innføre plikt til å lage tiltaksplan for den enkelte tvangsinnlagte og å innføre tilsyn med institusjoner for rusmiddelmisbrukere bygget på kontrollkommissjonsmodellen i psykiatrien.

Disse forslagene vil bli vurdert i forbindelse med revisjonen av sosiallovrundskrivnet, endringer i forskrift til sosialtjenesteloven, eventuelt endringer i sosialtjenesteloven.

6. BARN AV MISBRUKERE - GRAVIDE MISBRUKERE

Det kan sees på som en selvfølge at alle barn skal vokse opp under gode og trygge forhold. Noen ganger lever imidlertid foreldre sine liv på en slik måte at barna blir skadelidende. Med jevne mellomrom blir vi på ulike måter minnet om hva slags barndom barna av foreldre som misbruker rusmidler, har og har hatt. Videre viser studier av ulike grupper rusmiddelmisbrukere at mange har vokst opp med foreldre som selv har store misbruksproblemer.

De siste årene har søkelyset spesielt vært rettet mot skader som kan påføres barna gjennom mors bruk av rusmidler under svangerskapet, allerede før fødselen. Det har også vært økende oppmerksomhet omkring barn som lever sammen med misbrukende foreldre. Selv om det på mange måter må erkjennes at det er et motsetningsforhold mellom foreldres frihet til å velge livsstil og barns rett til trygghet og omsorg, har man sett det som en utfordring å bidra til at misbrukere som har omsorgsansvar for barn, skal kunne tilbys behandling uten at de må gi fra seg omsorgen. Blant annet har Statens klinikk for narkomane innrettet sitt behandlingstilbud mot gravide og

misbrukere med barn. Det er også flere fylkeskommuner som har etablert særskilte behandlingstilbud for familier med misbruksproblemer.

I Stortingsmelding nr 69 for 1991-92, Tiltak for rusmiddelmisbrukere ble barn av rusmiddelmisbrukere trukket fram som et spesielt innsatsområde, og sammenhengen mellom rusmiddelproblematikk og barnevern ble spesielt understreket. En del av forslagene i meldingen er nedfelt i Lov om sosiale tjenester som trådte i kraft 1. januar 1993. Her slås blant annet fast at hovedinnsatsen mot rusmiddelmisbruk må finne sted i kommunene. Når det gjelder barna av misbrukere, vil det som oftest være kommunenes ulike virksomheter som kommer i kontakt med disse. Det kan være helsetjenesten, sosialtjenesten, barneverntjenesten, barnehagen eller skolen.

Fylkeskommunen spiller en viktig rolle når det gjelder de spesialiserte tjenestene. Overfor barn med misbrukende foreldre kan fylkeskommunens spesialisttjenester komme inn i flere sammenhenger. Som de fleste barn i Norge fødes også barn av rusmiddelmisbrukende foreldre i de fylkeskommunale sykehussene. På grunn av den risiko rusmiddelmisbruk utgjør for fosteret, har flere sykehusavdelinger gjennom mange år arbeidet spesielt med oppfølging av rusmiddelmisbrukende gravide under svangerskapet. Videre har fylkeskommunene ansvar for spesialisttjenesten innen den psykiatriske helsetjenesten, barnevern og familierådgiving som alle er i kontakt med misbrukproblematikken. Fylkeskommunen har også ansvar for behandlingstiltakene for rusmiddelmisbrukere.

På oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet utarbeidet Rogaland A-senter i 1994 en landsomfattende oversikt over tiltak rettet mot gravide rusmiddelmisbrukere og rusmiddelmisbrukere med barn. Oversikten viser at det er et stort mangfold av slike tiltak. Videre utvikling av tiltak for gravide rusmiddelmisbrukere, rusmiddelmisbrukere med barn og barn av rusmiddelmisbrukere, er ett av Regjeringens satsingsområder. Sosial- og helsedepartementet og Barne- og familiedepartementet lanserte i 1994 en egen tiltaksplan for gravide rusmiddelmisbrukere og rusmiddelmisbrukere med barn. Bakgrunnen for planen var oppmerksomheten rundt situasjonen for barn av rusmiddelmisbrukende mødre i forbindelse med behandlingen av sosialtjenesteloven i Stortinget. Målet med satsingen er tredelt:

- Å forebygge misbruk som kan skade den gravide kvinnen og fosteret.
- Å forebygge misbruk av rusmidler som fører til skadelige oppvekstvilkår for barn.
- Å forebygge at barn med foreldre som misbruker rusmidler får psykiske og sosiale problemer.

I 1994 og 1995 ble det satt i gang en rekke tiltak. Blant annet blir det gitt ekstra statsmidler til to av kompetansesentrene på rusmiddelområdet som har særskilt ansvar for områder som gjelder rusmiddelmis-

bruk og barn. Dette gjelder kompetansesenteret ved Borgestadklinikken på området gravide rusmiddel-misbrukere og misbrukerfamilier med små barn, og Rogaland A-senter som er kompetansesenter på området misbrukerfamilier med større barn.

Departementenes innsats på dette området kan deles i tre kategorier:

- Kunnskapsspredning og kompetanseheving
- Organisering av og stimulering til samarbeid
- Utvikling av tiltak

Når det gjelder utvikling av tiltak, ser Sosial- og helsedepartementet det som avgjørende at det lokalt i hjelpeapparatet finnes tilbud til misbrukerfamilier. Dette må være tilbud som hindrer skadevirkninger hos barn, som forebygger rusmiddelmisbruk under graviditet, samt behandlingstiltak som hjelper misbrukeren ut av misbruket. Eksempelvis er det i 1996 gitt statlig støtte til helsestasjon for gravide rusmiddel-misbrukere i Kristiansand kommune og til Ullevål sykehus for oppfølging av gravide misbrukere. Videre har det vært gitt støtte til Midtbyen helsestasjon i Trondheim, og til Bergen kommune som har forsøkt å samordne og videreutvikle tiltakene for gravide misbrukere. Det er videre gitt støtte til fylkesmannsembetene i Troms, Rogaland og Vestfold som alle har prosjektledere med koordineringsansvar for prosjekter i tre kommuner. Sentralt i disse kommuneprosjektene står utprøving av metoder og tiltak overfor gravide kvinner som bruker rusmidler, tidlig identifisering, støtte og oppfølging i svangerskapet og småbarnsperioden.

I Nord-Trøndelag er det i et samarbeid mellom fylkesmannen og fylkeslegen, og med støtte fra Sosial- og helsedepartementet, blitt utarbeidet en metodebok i rusmiddelarbeid ved helsestasjonene. Boka er under utprøving i fylket. Evaluering av dette arbeidet, vil danne grunnlaget for en landsdekkende metodebok for helsestasjonene på dette området.

Foreldre med misbruksproblemer og deres barn må sikres et helhetlig tilbud. Eksempelvis må hensynet til barnets behov for hjelp og beskyttelse og foreldres behov for behandling stadig avveies. I mange tilfeller kan det være vanskelig å finne veien og balansegangen mellom barnas og foreldrenes rett. Det er den kommunale sosialtjenesten som har hovedansvaret lokalt for tiltak for rusmiddel-misbrukere, og som plikter å følge opp en misbruker som får behandling i institusjon. Tilsvarende har barneverntjenesten ansvar for å følge opp barn av rusmiddel-misbrukere når det er behov for tiltak etter barnevernloven. I enkelte tilfeller kan en oppleve et spenningsfelt mellom lov om barneverntjenester og lov om sosiale tjenester. Hvilke hensyn skal for eksempel tas til taushetsplikten og om det er barnevernet eller sosialtjenesten i kommunen som skal ha ansvar for barnefamiliene med et misbruksproblem, eller for den gravide misbrukeren. Sosial- og helsedepartementet og Barne- og familiedepartementet sendte på

slutten av 1995 i fellesskap ut et rundskriv om tiltak for gravide rusmiddel-misbrukere (rundskriv nr I-46/95). I rundskrivet er det forsøkt å klargjøre hvilke lovverk som kommer til anvendelse i hvilke situasjoner. Taushetspliktbestemmelsene i barnevernloven og i sosialtjenesteloven som begge kan oppleves som problematiske, er grundig behandlet i dette rundskrivet.

Omsorgen for rusmiddel-misbrukere bygger på at frivillig behandling er det primære. Spesielt overfor kvinner som bruker rusmidler og blir gravide, er det viktig å skape et tillitsforhold mellom kvinnen og behandlingsapparatet. Mange gravide misbrukere er sterkt motivert til å gjøre noe med sitt misbruksproblem. Det er likevel viktig å erkjenne at en gravid misbruker i utgangspunktet kan ha vansker med å akseptere et slikt tillitsforhold.

Barnevernloven setter grenser for hva slags oppvekst samfunnet tillater barnet å ha, og det er gjennom Lov om sosiale tjenester adgang til at gravide rusmiddel-misbrukere kan tas inn i institusjon eller holdes tilbake uten eget samtykke.

§ 6-2 a i Lov om sosial tjenester trådte i kraft 1.1.1996. Bestemmelsen gir anledning til å ta inn og holde tilbake gravide rusmiddel-misbrukere i institusjon. Bakgrunnen for at Stortinget vedtok denne tilføyelsen, var det fokus som særlig utover 90-tallet kom på skadevirkningene som bruk av rusmidler under svangerskapet har på det ufødte barn. Til grunn for lovendringen lå en erkjennelse av at tilbud om frivillig behandling, både i og utenfor institusjon, i enkelte tilfeller ikke ville være tilstrekkelig til å få den gravide kvinnen til å avslutte eller begrense et rusmiddel-misbruk som ville være skadelig for fosteret. Hensikten er å beskytte det ufødte barnet. Bruk av tvang er et alvorlig inngrep i den gravides integritet. Det er derfor satt krav om at det må være overveiende sannsynlig at barnet påføres skade som følge av morens rusmiddel-misbruk. Videre må aktivt motivasjonsarbeid for frivillig behandling være forsøkt fra sosialtjenestens side, før den fremmer en sak for fylkesnemnda om inntak i institusjon uten eget samtykke for en gravid kvinne. For at sosialtjenesten skal kunne gå inn i en slik sak så tidlig som mulig i svangerskapet er leger, sykepleiere, jordmødre og ansatte innen barnevernet pålagt å gi opplysninger til sosialtjenesten dersom de har grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at vilkårene i lovbestemmelsen er til stede. Da lovfor-slaget var på høring, var det en stor majoritet som ga uttrykk for at det i enkelte situasjoner kan være behov for å gripe inn med tvang for å hindre at kvinnen utsetter sitt ufødte barn for betydelig skade. De fleste høringsinstansene understreket imidlertid sterkt at frivillighet er det som er best egnet for å nå fram med hjelpetiltak overfor gravide rusmiddel-misbrukere. I høringsrunden kom det også fram en frykt for at en tvangsbestemmelse vil gjøre det vanskeligere å komme i kontakt med gravide kvinner med et høyt

forbruk av rusmidler. Det må derfor understrekes at samarbeid med kvinnen eller familien er viktig. Fri-villige tiltak er i utgangspunktet sentralt for å få til positiv endring. Bruk av tvang er og skal være unn-taket.

7. MISBRUKERE I FENGSEL - BEHAND-LINGSTILTAK FOR STRAFFEDØMTE

7.1 Narkotikasituasjonen i fengslene

Fengselssamfunnet gjenspeiler og konsentrerer de problemer som finnes i samfunnet utenfor fengslene. Andelen innsatte som sitter fengslet for brudd på narkotika-lovgivningen har vært økende og er i sam-svar med det økende problem som en ser i samfun-net for øvrig. Av 2 639 innsatte i norske fengsler pr. 1.8.96 var 771 dømt for overtredelse av narkotika-lovgivningen, dvs. ca. 30 % av fangebefolkningen.

Fengselsmyndighetene anslår at ca. 40-60 % av de innsatte i norske fengsler bruker narkotika en eller flere ganger under soningen. Dette anslaget bygger på tidligere undersøkelser som er foretatt i fengsle-ne, bl.a. ved anonymiserte spørre-undersøkelser blant innsatte, fengslenes og visitasjonspatruljenes innrapporteringer til Fengselsstyret, samt på bak-grunn av diverse forskningsarbeider som er utført. Antall beslag av narkotika i fengslene har i de siste år ligget på et jevnt nivå med noe over 200 enkeltbe-slag. Antall beslag av narkotikarelaterte gjenstander holder seg også på et stabilt nivå. Det er stort sett sprøyter, hasjpiper, skjeer (brukt til oppvarming av stoff) og annet utstyr for bruk av narkotika som blir beslaglagt. På grunnlag av innrapporteringer og be-slagstall fra anstaltene og narkotikatenesten i feng-selsvesenet, konkluderer Fengselsstyret med at ru-sproblematikk er et stort problem blant innsatte. Bruk av narkotika i åpne fengsler har vist en negativ tendens. Det samme gjelder ulovlig bruk av hormon-preparater (dopingmidler). Behovet for å etablere særlige retningslinjer for urinprøvetaking med tanke på å avdekke misbruk av dopingpreparater, er under utredning i Fengselsstyret.

Utviklingen av HIV/AIDS-problematikken på slutten av 1980-årene innebar store utfordringer for fengselsvesenet. På denne bakgrunn utarbeidet Fengselsstyret i 1990 et rundskriv som bl.a. inneholdt retningslinjer for begrensnig av HIV-epide-mien i fengslene. Et viktig siktemål med tiltakene er å sikre ansatte og innsatte størst mulig grad av trygg-het med hensyn til HIV-smitte. I dette rundskrivet si-es det bl.a. at klorin bør være tilgjengelig for de inn-satte. Etter henvendelse fra Helsetilsynet er dette nå utformet som et pålegg om tilgang på klorin. Det er dessverre et faktum at mange innsatte har rusmiddel-problemer og en andel av disse er sprøytemisbru-kere. På tross av at det i de senere år er iverksatt en rekke tiltak både av positiv og restriktiv art for å hin-dre bruk av narkotika i anstaltene, avdekker kon-

trolltiltak likevel tilfeller av sprøytebruk. Deling av sprøyter gjør at alvorlige smittesituasjoner kan opp-stå i fengslene som ute i samfunnet for øvrig.

Hovedmålene for virksomheten i Kriminalomsorg i frihet (Kif) og Kriminalomsorg i anstalt (Kia) er å gjennomføre de reaksjoner som besluttet av påtale-myndighet eller idømmes av domstol straks de er rettskraftige. Det skal tas sikte på å tilføre domfelte kunnskaper, ferdigheter og positive holdninger un-der soning for å fremme tilpasning til samfunnet og derigjennom motvirke ny kriminalitet. Skadelige virkninger av frihetsberøvelsen skal forebygges eller bøtes på. Selve straffegjennomføringen er det sentra-le.

Da det er stor spennvidde hva gjelder sikkerhet og kontroll i anstaltene (åpne/lukkede fengsler), er de forskjellige tiltakene i narkotikabekjempelsen tilpas-set lokale forhold og forutsetninger.

Et av kriminalomsorgens hovedmål er å forebyg-ge eller bøte på skadelige virkninger av frihetsberø-velsen. I dette ligger et krav om i størst mulig grad å unngå sosial isolasjon, tap av positivt nettverk og kontakt med familie. Passivitet som følge av frihets-berøvelsen skal i størst mulig grad unngås. Virke-midlene er ved siden av arbeids- og skolemuligheter å tilrettelegge for aktiviteter og engasjement i friti-den. Det er herunder lagt vekt på at innsatte innenfor rammene av fengselsreglementet, der det er sikker-hetsmessig forsvarlig skal få opprettholde kontakt med sine nærmeste pårørende, spesielt egne barn, gjennom bl.a. brev, telefon, besøk og permisjoner.

Det legges i straffegjennomføringen opp til bruk av differensierte soningsformer tilpasset den enkel-tes individuelle forutsetninger og behov. Saklig for-skjellsbehandling brukes bevisst for å motivere rus-belastede innsatte til å komme seg ut av sitt misbruk. Iverksatte tiltak:

- Kontraktsfengsler og opprettelse av særavdelin-ger for rusmiddelmisbrukere.
- Treningsenter
- særskilt tilbud for innsatte med rusmiddelproble-mer hvor fysisk aktivitet og metodiske trenings-opplegg anvendes som middel for sosial trening og læring i å mestre dagliglivets situasjoner.
- Generelle treningstilbud og kulturtiltak som bib-liotek- og prestetjeneste samt ulike hobby- og fri-tidsaktiviteter.
- Terapeutiske tilbud i samarbeid med behand-lingsapparatet.
- Overføring til soning i behandlingsinstitusjon i medhold av fengselsloven § 12.

7.1.1 Soning i behandlingsinstitusjon etter fengselloven § 12

I forbindelse med budsjettbehandlingen for 1996 har Justisdepartementet lagt til grunn at samtlige innsat-te med behandlingsbehov skal kunne overføres til fortsatt fullbyrdelse i behandlingsinstitusjon i med-

hold av fengselsloven § 12, der hvor dette er sikkerhetsmessig forsvarlig og behandlingsmessig vel fundert. Det er avsatt et øremerket beløp for soning i behandlingsinstitusjon på 9,5 mill. kr i 1996. Beløpet skal dekke den kommunale andelen av utgiftene, dvs. vanligvis ca. 10 000 kr i måneden. En eventuell fylkeskommunal andel - som kan beløpe seg på omlag 20 - 40 000 kroner i måneden - skal betales av domfeltes hjemfylke. Det er fengselsmyndighetene som treffer avgjørelse om at hele straffen eller den gjenstående straffetid skal fullbyrdes i behandlingsinstitusjon eller hybelhus i medhold av fengselsloven § 12. Før fengselsmyndighetene kan ta stilling til en søknad om soning i medhold av fengselsloven § 12, må det foreligge tilsagn om plass fra den aktuelle institusjon/hybelhus. Plasstilsagnet må gjelde for hele den gjenstående soningstiden. Domfelte fremmer gjerne søknaden selv ved hjelp av sosialtjenesten i anstalten eller via lokalt sosialkontor. Ved overføring til hybelhus hørende inn under Kriminalomsorg i frihet (Kif) bør det i samarbeid mellom anstalten og Kriminalomsorg i frihet utarbeides en plan for vedkommende innsatt med hensyn til skolegang, arbeid, fritid osv. Direktørens avgjørelse i saken skjer ut fra en totalvurdering som foretas konkret for hver søknad. Det avgjørende er om behandlingstilbudet imøtekommer domfeltes spesielle behov, samtidig som hensynet til sikkerheten, og det forhold at det dreier seg om straffullbyrdelse, er ivarettatt.

Det skal legges vekt på om institusjonen kan tilby et behandlingsopplegg som imøtekommer den enkelte domfeltes behov. I fengselsloven § 12 er det angitt eksempler på forhold som indikerer et behandlingsbehov («helbred, sinnstilstand, arbeidsevne» mv.). For domfelte som søker om å få sone hele dommen i institusjon, krever loven konkret at det må foreligge særlige grunner, jfr. formuleringen «I særlige tilfelle». Her siktes det til tilfeller hvor domfelte er så sterkt behandlingstrengende at hele straffefullbyrdelsen bør skje i behandlingsinstitusjon. I praksis benyttes bestemmelsen nesten utelukkende for alternativ soning for rusmiddelmisbrukere.

Fengselsvesenet opererer ikke med særskilte oversikter eller godkjenningsordninger for aktuelle § 12-institusjoner, men vurderer konkret i hvert enkelt tilfelle hvorvidt man kan tilby et opplegg som er tilpasset det individuelle behov. En forutsetning for at institusjonen skal kunne motta domfelte med behandlingsbehov, er at fullbyrdelsen kan skje i sikkerhetsmessig betryggende former slik at kravene til alternativ straffefullbyrdelse blir oppfylt. Erfaringene viser at utfallet av slike vurderinger i endel tilfeller blir at søknaden avslås.

Rene verne- og tilsynshjem godtas normalt ikke som behandlingsinstitusjon etter fengselsloven § 12. Overføring kan utelukkende skje til institusjoner som ligger innenfor landets grenser. Domfelte skal pålegges totalforbud mot å nyte alkohol eller andre rusmidler så lenge straffefullbyrdelsen pågår. Forbu-

det skal gjelde også under permisjoner, fritidsaktiviteter o.l.

Som hovedregel skal straffefullbyrdelse i behandlingsinstitusjon/hybelhus ikke innvilges når fullbyrdelsestiden fram til forventet løslatelse overstiger 12 måneder. Behandlingsopphold av svært kort varighet, f.eks 30 dager, som i tid nok så nøyaktig samsvarer med dommens lengde, vil normalt ikke bli innvilget. Lengre opphold enn 12 måneder kan godtas dersom det foreligger særlige grunner, f.eks at domfelte er så sterkt behandlingstrengende at fortsatt opphold i fengsel kan medføre at domfelte blir soningsudyktig eller det av andre grunner vil være sterkt urimelig om straffefullbyrdelsen skulle fortsette i fengsel. Dersom domfelte har uoppgjort(e) straffesak(er) hvor det forventes ubetinget fengselsstraff, vil søknaden normalt avslås på grunn av usikkerheten m.h.t. lengden av den samlede straff. Ved overføring i medhold av fengselsloven § 12, er det en forutsetning at domfelte skal bli i institusjonen/hybelhuset fram til løslatelsestidspunktet. Den del av oppholdsutgiftene som kommunen tidligere (før 1.1.91) betalte, skal dekkes av anstaltene over eget budsjett. Dersom behandlingsoppholdet er planlagt å strekke seg ut over tidspunktet for forventet løslatelse, må direktøren på forhånd innhente garanti for at hjemstedskommunen påtar seg utgiftene for resten av oppholdet. Privat finansiering av hele eller deler av behandlingsoppholdet godtas ikke.

Det hender at grensen mellom fengselsloven § 12 og § 32 (soning i sykehus) kan være vanskelig å trekke. Lovens § 32 skal anvendes når innsatte blir innlagt (midlertidig) i sykehus for somatiske sykdommer eller innlagt i psykiatrisk sykehus p.g.a alvorlige psykiske lidelser. Etter § 12 derimot kan overføring skje til institusjoner som tradisjonelt ikke benevnes sykehus, f.eks til behandlingskollektiver o.l.

7.1.2 «Stifinner'n» - Oslo kretsfengsel, kontraktsavdelingen og Tyrilistiftelsen

I USA er det gjort gode erfaringer med prosjekter der det er et organisert samarbeid mellom fengsler og enkelte behandlingsinstitusjoner. Tiltakene omfatter særlig innsatte med lang og alvorlig misbrukskarriere, og der andre behandlingstiltak ikke har gitt de ønskede resultater. Behandlingsprogrammet går over flere faser med ulike former for sosial trening og undervisning. Det innebærer et systematisk behandlingsopplegg og etter hvert overføring til behandlingsinstitusjoner utenfor fengslet. Erfaringene fra USA viser markant reduksjon i rusmiddelmisbruk og kriminalitet, samtidig som det innebærer større grad av resosialisering for dem som fullfører slike programmer.

På bakgrunn av disse erfaringene ble det i 1992 etablert et samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet og Justisdepartementet om et treårig for-

søksprosjekt «Stifinner'n». Prosjektet er lagt til Oslo kretsfengsel, avdeling C-3, som samarbeider med Tyrilistiftelsen om gjennomføringen.

Målgruppen er mannlige stoffmisbrukere mellom 18 og 35 år. Den innsatte bør ha mellom 1-2 år igjen av soning til prøveløslatelse. Domfelte må ikke være dømt for alvorlige eller gjentatte voldshandlinger eller sedelighetsforbrytelser. Prosjektet tar sikte på å heve den enkeltes livskvalitet gjennom å utvikle evner og muligheter til å mestre et liv innenfor de normer og krav samfunnet stiller. Dette innebærer læring i å ta ansvar for egne valg, og i å møte motgang skuffelse og frustrasjon uten å flykte inn i misbruk. Det legges vekt på å utvikle forhold til andre mennesker, vennskap og samhørighet. Mestring av arbeidsliv og meningsfylt fritid inngår som viktige elementer i behandlingsopplegget. Arbeidsaktivitetene består av vedlikehold av bygg og anlegg, arbeid på bilverksted, bilreparasjoner og ulike utadrettede serviceaktiviteter som gradvis trappes opp gjennom prosjektet. Det gis også nødvendig skole- og undervisningstilbud.

Første del av programmet gjennomføres ved økt innslag av rehabiliterings- og behandlingsrettet arbeid i forbindelse med kontraktsavdelingens virksomhet. Deretter overføres de innsatte til soning i behandlingsinstitusjon (Tyrilistiftelsen eller andre samarbeidende tiltak) med hjemmel i fengselsloven § 12. Programmet er delt i tre faser. De to første fasene er lagt til fengslet, og består av tilpasning til prosjektets innhold og struktur, gruppesamtaler med bearbeiding av rusmiddelproblem og kriminalitet. Andre fase tar sikte på å øke kontakt med og orientering til livet utenfor kontraktsavdelingen, eksempelvis gjennom frigang til arbeid ved Tyrilistiftelsens Oslo-senter. Etter ca seks måneder tas det sikte på overføring til behandlingsinstitusjon. Det legges stor vekt på etablering av sosialt nettverk i og utenfor institusjon, noe som sees på som en forutsetning for å lykkes i arbeidet. I den forbindelse er behandlingsinstitusjonen avhengig av et nært samarbeid med vedkommendes hjemkommune. Denne vil også ha en viktig oppgave når det gjelder å legge til rette nødvendige tiltak etter at oppholdet på behandlingsinstitusjonen er avsluttet. Inntak i prosjektet administreres av Oslo kretsfengsel. Det må foreligge garanti fra fylkeskommunen for dekning av utgifter til opphold i behandlingsinstitusjon før inntak i prosjektet.

Stifinnerprosjektet evalueres av Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning. Evalueringen omfatter de 42 klientene som ble inntatt i prosjektet fram til september 1994. Det er foretatt oppfølgingsintervju med 33 av disse. Det framgår at mindre enn en tredjedel av «stifinnerne» har hatt tidligere opphold i behandlingsinstitusjoner. Ved å sammenligne tidligere behandlingserfaring med såkalte § 12 klienter i behandlingsinstitusjoner og behandlingspopulasjonen mer generelt, synes det som om Stifin-

ner'n når ut til en gruppe misbrukere som i mindre grad har hatt kontakt med behandlingsapparatet enn disse, en antagelse som forsterkes av at en relativt stor andel av innsatte tilknyttet Stifinner'n oppgir fengselsoppholdet som grunn til at de er i behandling. Ser vi på hvilke resultater Stifinnerprosjektet kan sies å ha oppnådd, kan vi ikke si at prosjektet har ført til mindre grad av rehabilitering enn det vi ellers finner i behandling. 40 prosent rapporterer at de brukte stoff i fengselsavdelingen i løpet av prosjektet, og over halvdelen rapporterer at de brukte stoff på permisjoner. Selv om det alltid må være en avveining mellom mål og midler, både i behandling og på fengselsavdelinger, ser det etter alt å dømme ut til at prosjektet har visse kontrollproblemer når det gjelder bruk av stoff. Oppfølgingsundersøkelsen viser også at de fleste har brukt stoff etter prøveløslatelsen. Sammenlignet med en gruppe innsatte som ble overført til behandling i medhold av fengselslovens § 12, var det ingen klar forskjell i tilbakefallet til kriminalitet (målt ved domfellelse innen et år etter prøveløslatelse). En faktor som kan tenkes å ha hatt betydning for tilbakefall i kriminalitet, er at mange av de domfelte i prosjektet hadde relativt store gjeldsproblemer (legal og illegal gjeld) som de i liten grad fikk hjelp til å ordne opp i. Denne type problemer kan ha medvirket til at noen fortsatte sin kriminelle løpebane. Evalueringsrapporten oppsummerer at samarbeidet mellom Oslo kretsfengsel og behandlingsteamet har fungert godt. Begge parter har vist god evne til samarbeid og fleksibilitet. Prosjektet ble avsluttet 1.7.95, men tiltaket fortsetter i nåværende form inntil videre. Etter at de endelige evalueringsrapporter er framlagt, vil det bli vurdert om man skal opprette et permanent tilbud for rusmiddelbelastede innsatte med behandlingsbehov.

7.1.3 Hassel kretsfengsel

Justisdepartementet overtok Hassel skole i Skotselv i august 1992. Skolen ble omgjort til et åpent kontraktsfengsel og etablert som et prøveprosjekt i samarbeid med Kommunal- og arbeidsdepartementet, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Sosial- og helsedepartementet. Hassel kretsfengsel er et prosjekt hvor tverretattlig samarbeid under soning og oppfølging etter løslatelse inngår i en langsiktig rehabilitering av den innsatte. Hassel kretsfengsel har også en tverrfaglig personalgruppe som representerer både fengselsfaglige, yrkesfaglig, pedagogisk og sosialpedagogisk bakgrunn. Målgruppen er unge mannlige innsatte med rusproblemer. Det er ingen fast aldersgrense, men unge menn under 25 år blir prioritert. Hassel kretsfengsel er et åpent kontraktsfengsel uten fysiske stengsler. Fengslet disponerer en eiendom på 300 mål med bl a gårdsbruk og gartneri. Hassel gir mange muligheter til fritidsaktiviteter. Alle innsatte har skole- eller arbeidsplikt. I tillegg til grunnskole omfatter skoletil-

budet allmenfag, helse og miljøfag, tømmerfag og muligheter for mer selvstendige studier. Enkelte arbeidstilbud er lagt opp i samsvar med linjefag slik at de kan gi en fullverdig videregående opplæring. Soningen baserer seg på stor deltagelse i aktiviteter. Det legges vekt på stor grad av fellesskap, og en sterk indirekte kontroll (dynamisk sikkerhet) gjennom personalets ledelse og aktive deltagelse i de innsattes liv og aktiviteter. I tillegg til aktiv og rusfri soning må de innsatte forplikte seg til grundige forberedelse til livet etter løslatelsen. I denne sammenheng legger Hassel spesiell vekt på kontakt og arbeid rettet mot lokalsamfunn, sosiale nettverk, familie og kommunale instanser. Det er ansatt egne sosialarbeidere for å ivareta dette arbeidet. Driftsutgiftene for Hassel dekkes over Justisdepartementets budsjett som ved et vanlig fengselsopphold. Det er imidlertid av avgjørende betydning at den innsattes hjemkommune inngår i samarbeid og ansvarsfordeling i god tid før løslatelsen for at nettverksarbeidet skal ha noen funksjon.

7.1.4 Tiltak for kvinnelige innsatte med rusproblemer

Høsten 1994 ble det etablert et nytt prosjekt på Bredtveit fengsel og sikringsanstalt med siktemål å gi kvinnelige innsatte med rusmiddel-, psykosomatiske- og psykiske problemer, et bedre tilbud om rehabilitering og oppfølging. Prosjektet har tilknyttet fast personale med spesiell opplæring i realitetsterapi som er den arbeidsmetode rehabiliteringsarbeidet utføres etter. Som navnet tilsier - «Motivasjon og ansvar» - er prosjektets målsetting å fremme motivasjon for endring, samt å bevisstgjøre og oppøve evnen til å ta ansvar. Målgruppen er «kvinnelige innsatte i fengsel med rusproblem eller andre problem som de ønsker å gjøre noe med» og favner således ikke bare rusmiddelmisbrukere. I behandlingen inngår blant annet obligatorisk deltakelse i selvutviklingskurs.

I likhet med «Stifinner'n» ved Oslo kretsfengsel og Hassel kretsfengsel er Bredtveit-prosjektet en type nybrotts-arbeid som det har vært knyttet store forventninger til. Prosjektene representerer pionertiltak for nye behandlings- og soningsmodeller for innsatte med rusmiddelproblemer. I tråd med erfaringene fra de ulike prosjektene, vil etterhvert flere anstalter kunne gi økte muligheter for metodisk oppfølging og rehabilitering av denne kategori innsatte.

7.2 Restriktive tiltak

I 1989 gjorde Fengselsstyret innskjerper i fengselsreglementet på flere punkter. Det ble innført generell adgang til å kontrollere de innsattes korrespondanse og telefonsamtaler. Besøk til den innsatte skal videre som hovedregel skje under kontroll. Kontrollen kan ha form av tilsyn, overhøring av samtalen eller bruk av glassvegg. Kontrolltiltakene

skal ikke være mer omfattende enn det som anses påkrevd for å hindre ureglementert atferd i forbindelse med besøket.

Det er i fengselsvesenet etablert fire visitasjonspatruljer med tilsammen 10 hundeeekvipasjer som i henhold til særskilt instruks utfører kontroller og søk med narkotikahund i anstaltene. En stor del av de narkotikabeslag som foretas er gjort av visitasjonspatruljene.

Anstaltene har hjemmel for å avkreve urinprøver og foreta kroppsundersøkelser ved konkret mistanke om henholdsvis bruk eller oppbevaring (i kroppens hulrom) av narkotika. Mange urinprøver avgis uten konkret mistanke, men da som ledd i en kontrakt mellom fange og anstalt. Statistikken viser at antallet avkrevde urinprøver har steget jevnt inntil 1993. I 1993 krevde fengslene totalt 20106 prøver av innsatte. Omtrent det samme antall ble avkrevd i 1994. Også i 1995 har utviklingen vært stabil hva angår antall urinprøver (ca. 20000 prøver årlig). Økningen forut for 1993 skyldes i hovedsak en sterk vekst i antall kontraktsonings-plasser hvor frivillig avgivelse av urinprøver er et viktig hjelpemiddel for å konstatere stoffrihet. Kontrakten innebærer visse lettelser i soningen i form av flere permisjoner, framstillinger osv. Brudd på kontrakten sanksjoneres. Som oftest skjer dette ved bruk av disiplinærreaksjoner (refsels-er) og overføring til lukket fengsel.

I underkant av 10 % av det totale antall prøver er positive etter analyse ved Statens rettskikologiske institutt. De fleste utslagene er på cannabisstoffer og ulike narkotiske tabletter. Dette samsvarer med de beslag som er foretatt. Kroppslige undersøkelser i form av røntgenundersøkelser, bruk av narkotikatoalett og eksplorasjon utført av lege/helsepersonell, kan med hjemmel i fengselsloven § 30 a annet ledd, gjennomføres når det foreligger en særlig (kvalifisert) mistanke om at innsatte skjuler et rus- eller bedøvelsesmiddel i kroppen. Fengselsstyret vil i løpet av første halvdel av 1997 gi reviderte retningslinjer for praktiseringen av bestemmelsene om kroppslige undersøkelser.

7.3 Opplæringstiltak, personalressurser og organisasjon

Personalets kunnskaper og holdninger utgjør en basis i narkotikabekjempelsen. Under straffegjennomføringen forsøker man å påvirke den innsatte til å mestre og velge en annen type atferd i tilsvarende situasjoner senere. For rusmiddelmisbrukere betyr det ofte å gjøre noe med den bakenforliggende årsaken til kriminalitet. Det er i første rekke innsatte selv som har ansvaret for egen kriminalitet og dermed også ansvaret for å komme over i en kriminalitetsfri tilværelse. Tjenestemennene vil her være viktige som pådrivere og motivatører. Kriminalomsorgens utdanningssenter (KRUS) gir opplæring og veiledning i praktisk miljøarbeid som skal anvendes i det

daglige arbeidet med ansvarliggjøringen av innsatte. Det er tjenestemennene som gjennom daglig kontakt med innsatte har de beste forutsetninger for atferds- og holdningspåvirkning. KRUS har i grunnopplæringen av fengselsbetjenter også ansvaret for undervisning i narkotikakunnskap. Det er utdannet et stort antall narkotika-instruktører som i samarbeid med narkotikakoordinatorene har ansvar for at lokale opplæringstiltak blir iverksatt og gjennomført.

I 1982 ble den første visitasjonspatruljen opprettet i fengselsvesenet. Fram til da hadde ikke fengslene spesialgrupper av tjenestemenn med narkotikaarbeide som særfelt. Visitasjonspatruljene i fengselsvesenet består av spesialutdannede tjenestemenn med narkotikahunder. Fengselsvesenets narkotikatjeneste består på operativt plan av 8 narkotikakoordinatorer/fengselsinspektører, to visitasjonsbetjenter (Oslo krets fengsel og Bredtveit fengsel) og 10 hundeførere fordelt på fire fengselsdistrikter og fem landsfengsler. Narkotikakoordinator har til oppgave å lede, samordne og tilrettelegge anstaltens eller fengselsdistriktets totale innsats i bekjempelsen av innsmugling, omsetning og bruk av narkotika og andre rusmidler. Narkotikabekjempelsen koordineres på landsbasis av Fengselsstyret som samarbeider med politiet, tollvesenet og forsvaret.

8. SKADEREDUKSJON

Tradisjonelt har tiltak for å redusere etterspørselen (demand reduction) og tiltak for å redusere tilgangen (supply reduction) vært de sentrale bærebjelkene i kampen mot narkotika. I de senere år er en tredje gruppe tiltak knyttet til begrepet skadereduksjon (harm reduction) stadig oftere blitt trukket fram i den internasjonale narkotikadebatten, noe som naturlig nok også har hatt ringvirkninger i Norge.

Bakgrunnen for at man i de senere år er begynt å snakke om skadereduksjon i forbindelse med tiltak rettet mot stoffmisbrukere, er først og fremst HIV-epidemien og kampen for å begrense spredningen av et dødelig virus. Begrepet skadereduksjon er etter hvert også blitt brukt i forbindelse med forebygging av andre direkte helsemessige skader av narkotikamisbruk og tiltak for å hindre narkotikarelaterte dødsfall.

At begrepet først er dukket opp de senere årene, må imidlertid ikke forstås dithen at skadereduksjon er en grunnleggende ny tilnærming til rusmiddelmisbrukere og narkotikaproblemet. Skadereduksjon omfatter tiltak som representerer et supplement til de etterspørselsreducerende tiltak. Dette understrekes blant annet i en rapport fra FNs Narkotikakontrollråd (INCB) fra 1993.

8.1 Hva er skadereduksjon?

Det som først og fremst skiller skadereduksjon fra andre tiltak er at man prøver å redusere de direkte

skadelige konsekvensene av narkotikabruken uten at misbrukeren der og da slutter å bruke stoff. Skadereduksjon innebærer videre at man setter inn lettfattelige og gjennomførbare tiltak som kan føre til atferdsendring og som reduserer faren for helsemessige skader for individ og samfunn. Et eksempel er at man gjennom lett tilgang på rene sprøyter legger forholdene til rette for å støtte opp under en praksis ved sprøytebruk der ikke flere bruker den samme sprøyta.

Mens det å hjelpe stoffmisbrukere til å bli rusfrie i de fleste tilfeller vil være et relativt langsiktig mål, retter skadereduserende strategier seg inn mot praktiske, kortsiktige løsninger eller forbedringer, uavhengig av om de har direkte innvirkning på misbruket. Skadereduksjon dreier seg derfor om tiltak med mål å redusere skader som følger av misbruk. Grunnlaget for en slik tilnærming kjennetegnes først og fremst ved at perspektivet settes på helsefremmende tiltak. Tiltakene tar sikte på å redusere risiko og skader ved selve sprøytebruken. Man kan på mange måter si at dette er den umiddelbare og overordnede målsetting for de skadereduserende tiltakene mer enn målsettingen om å endre misbrukerens livssituasjon og opphør av misbruk der og da. Hvis det på kort sikt ikke er mulig å rehabilitere stoffmisbrukere, bør man i alle fall forsøke å gjøre skadene de påfører seg selv og samfunnet minst mulig. Stoffmisbrukeren får hjelp i en vanskelig fase av livet, samtidig som man håper at også misbruket på sikt skal opphøre, enten det blir som et resultat av behandling eller som resultat av andre ting som inntrer og som påvirker livssituasjonen.

Skadereduksjon framhever således nødvendigheten av pragmatisme i møtet med stoffmisbrukerne, framfor å møte dem med idéelle krav og mål som for mange synes uoppnåelige. Det innebærer imidlertid ikke at man gir slipp på de idéelle mål, men at man anerkjenner at veien til et større mål for de fleste går via mange mindre mål. Hvor motivert man er vil langt på veg avhenge av hvilke mål man setter seg, og varierer ikke bare fra et individ til et annet, men også hos det enkelte individet over tid. Motivasjon utvikler seg etter alt å dømme først og fremst i samhandling med familie og venner, men også i mange tilfeller gjennom kontakt med tiltaksapparatet. Et tilbud om skadereduserende tiltak vil således kunne signalisere samfunnets respekt for misbrukeren og misbrukerens ulike helsemessige problemer, noe som igjen kan virke positivt i forhold til misbrukerens motivasjon om også å gjøre noe med selve misbruket.

8.2 Skadereduksjon et dilemma?

Helsepersonell har hatt lettere for å akseptere begrepet skadereduksjon og se betydningen av tiltak som tar sikte på å redusere ulike typer skader som oppstår i forbindelse med misbruk, enn ansatte i det tradisjon-

nelle tiltaksapparatet for stoffmisbrukere. Dette har etter alt å dømme sammenheng med at tiltak for stoffmisbrukere stort sett har hatt sin forankring i sosialtjenesten. På mange måter kan man si at helsevesenet og sosialtjenesten representerer to ulike tilnærminger til oppståtte problemer eller skader. Mens sosialtjenesten i stor grad søker å sette individets totale situasjon i fokus, har man i et mer rendyrket helseperspektiv hatt større tradisjon for å ta seg av og behandle akutte skader uten at man nødvendigvis skal gjøre noe med årsaken til skaden der og da. I et rendyrket behandlingsperspektiv der man jobber etter mål om rehabilitering, blir derfor spørsmålet om hvorvidt tilbud som en varm seng i kalde netter, tilgang på rene sprøyter, opplæring i førstehjelp ved overdoser osv, gjør det lettere å være misbruker, og om etablering av slike tiltak dermed kan tenkes å bidra til å opprettholde misbruk. Det kan selvsagt ikke utelukkes at dette i noen grad vil kunne være tilfelle. Skadereducerende tiltak innebærer således dilemmaer samfunnet må være villig til å møte og leve med. Selv om de fleste vil tenke at man bør gjøre det mest mulig vanskelig å være stoffmisbruker, er det imidlertid lite som tyder på at noen har sluttet sitt misbruk på grunn av vanskelig tilgjengelighet til sprøyter eller av redsel for ikke å kunne hjelpe andre misbrukere ved eventuell overdoser. Det er heller ikke noe som tyder på at noen har startet et misbruk på grunn av etablering av slike tiltak. Sett i sammenheng med helheten i den norske narkotikapolitikken er det vanskelig å se at etableringen av skadereducerende tiltak skal kunne tolkes som en allmen aksept av narkotika og narkotikamisbruk.

8.3 Skadereduksjon - liberalisering?

Den norske og nordiske debatten om skadereduksjon har for mange framstått som provoserende, da den av mange blir knyttet sammen med debatten om legalisering. Det er viktig å understreke at dette er to atskilte områder. Skadereduksjon er i utgangspunktet ikke knyttet til en bestemt ideologisk retning i narkotikapolitikken. Skadereduksjon har som tidligere nevnt, sin forankring i en helsemessig tilnærming til stoffmisbrukere og de mer akutte helsemessige problemene misbruket fører med seg. Skadereduksjon er således en tilnærming til misbrukere, ikke til misbruk, og tar i prinsippet ikke stilling til narkotikapolitikken som sådan.

Liberaliseringsdebatten derimot, har sitt utspring i den mer overordnede generelle narkotikapolitikken, hvilken samfunnspolitisk holdning man ønsker å innta til narkotika. Internasjonalt har det i stor grad vært de samme kreftene som har tatt til orde for en global liberalisering av narkotikapolitikken som også har vært talsmenn for nødvendigheten av skadereducerende tiltak. Dette har medført at mange ser skadereduksjon som en del av en mer generell liberaliseringspolitikk. Dette er imidlertid en sammenblan-

ding som i liten grad tjener en utvikling med et mangfold i kampen mot narkotikamisbruket og de mange skader både for individ og samfunn misbruket fører med seg.

8.4 Skadereduksjon ikke nytt

Selv om begrepet skadereduksjon tradisjonelt ikke er blitt brukt om tiltak for rusmiddelmisbrukere, representerer det som nevnt ikke noe prinsipielt nytt. Flere av de tradisjonelle tiltakene innen alkoholis-tomsorgen har i første rekke tatt sikte på å redusere eller lindre skader som direkte følge av misbruk. Eksempler på dette er de gamle herbergene der alkoholmisbrukere kunne ta inn for å få tak over hodet i kalde vinternetter, avrusningstiltak der forventningen om at innleggelsen utover avrusning og helsesjekk skal lede til videre behandling eller rehabilitering i praksis har vært tonet ned. Ordningen med vernehjem og tilsynshjem etter avviklingen av bestemmelsen i løsgjengerloven som dømte alkoholmisbrukere til tvangsarbeid, kan også i stor grad sees i et skadereduksjonsperspektiv.

Stoffmisbrukere er i langt mindre grad blitt møtt med tiltak som har tatt sikte på reduksjon av skader. Idéen om rehabilitering har av ulike grunner stått sterkere enn det som har vært tilfelle for alkoholmisbrukere - uansett hvor nedkjørte stoffmisbrukerne har vært. Dette har etter alt å dømme sin bakgrunn i at det i utgangspunktet var ungdom som havnet i misbruk av narkotika, og at det for samfunnet derfor ble opplevd som uholdbart å ikke gjøre noe for å «redde» de det gjaldt. De nedkjørte alkoholmisbrukerne har tradisjonelt vært eldre, og det har dermed vært lettere å få aksept for at det er behov for tiltak som ikke direkte tar sikte på rehabilitering, men å gjøre livet som alkoholmisbruker lettere å leve.

Skadereduksjon i forbindelse med rusmiddelmisbruk er ikke bare knyttet til begrensning av skader hos den enkelte misbruker, men også mer samfunns-messige skader. Et nærliggende eksempel er at tiltak for å begrense spredning av HIV blant misbrukere, også bidrar til å begrense videre smitte til resten av befolkningen gjennom seksuelle kontakter. Et skadereducerende tiltak som utdeling av sprøyter vil i slike tilfeller også kunne ha positive konsekvenser for befolkningen som helhet. Tiltak for å gjøre sprøyter mest mulig tilgjengelig er således ikke bare til fordel for misbrukeren selv, men også for samfunnet, da det både vil kunne redusere kostnader ved sykdom og faren for at flere blir smittet.

Gjennom de siste 10-15 år har skadereducerende strategier etter alt å dømme bidratt til å begrense utbredelsen av smittsomme sykdommer knyttet til sprøytebruk. Det er allment akseptert blant helsepersonell at rene sprøyter og informasjon om sikrere praksis omkring injisering, er viktig med hensyn til å redusere spredning av hepatitt B og C og HIV.

Skadereducerende tiltak vil også kunne motivere

misbrukere til kontakt med hjelpeinstanser hvor de kan få informasjon om hvor de kan få hjelp med sine ulike problemer. Dette vil igjen kunne føre til økt mulighet for å komme i behandling og rehabilitering.

De senere årene er det også blitt fokusert på skadereduserende tiltak for å begrense den relativt store økningen i overdosedødsfall som har funnet sted på 1990-tallet. Sosial- og helsedepartementet har gjennom tilskott til såkalte «strakstiltak» til flere av de største byene, bidratt til iverksettelse av ulike typer tiltak som blant annet tar sikte på å begrense denne type dødsfall.

8.5 Områder og tiltak for skadereduksjon

8.5.1 Sprøyter

Da man sommeren 1985 for alvor ble klar over at HIV-epidemien også hadde nådd misbrukere, kom det klart fram at det manglet konkret og detaljert kunnskap om hvordan praksisen var ved sprøytebruk. Det ble derfor tidlig satt i verk tiltak for å kartlegge hvordan stoffmisbrukere faktisk forholdt seg. Selv om denne kartleggingen oppsummerte at deling av sprøyter ikke var noe utbredt fenomen, viser både senere undersøkelser og rapporter fra helse- og sosialarbeidere at det likevel synes å foregå relativt mye sprøytedeling. Normen om at man ikke skal dele sprøyter synes imidlertid å være klar, og det kan derfor i en del tilfeller være vanskelig å «få tak i» hvordan atferden i praksis er.

At mer enn en person bruker samme sprøyte trenger imidlertid ikke alltid innebære at stoffmisbrukere opptrer uansvarlig i forhold til smitterisiko. Det er mye som tyder på at det foretas en form for risikovurdering i tilfeller hvor samme sprøyte brukes av flere personer. I og med at det er relativt få personer som er HIV-positive, vil det stort sett være kjent i miljøet hvem disse er. Liten nysmitte kan være et uttrykk for at smittefaren allment er liten. Selv om deling av sprøyter således ikke nødvendigvis alltid trenger å medføre noen stor fare i HIV-sammenheng, kan det skje ting som gjør at situasjonen endrer seg slik at smittefaren øker. Likeledes er det andre helsemessige forhold, eksempelvis spredningen av hepatitt, som tilsier at det ikke bør deles sprøyter. Det er således all mulig grunn til både å arbeide for atferdsendring som å sikre best mulig tilgang på rene sprøyter.

8.5.2 Informasjon om sprøytehygiene

For å begrense HIV-epidemien blant sprøytemisbrukere iverksatte det daværende Helsedirektoratet på et tidlig tidspunkt en relativt omfattende informasjonskampanje om sprøytehygiene. Grunnelementene i kampanjen var bygget på et hierarkisk budskap: 1 Bruker du stoff, er det sikreste du kan gjøre: å slutte!

2 Del aldri sprøyte.

3 Har du ikke ren sprøyte og likevel tar stoff, så gjør sprøyten ren. Bruk vanlig klorin.

Budskapet ble spredd gjennom plakater som blant annet ble satt opp på offentlige kommunikasjonsmidler, og gjennom brosjyrer som ble delt ut i misbrukermiljøene. Brosjyrene inneholdt også en anvisning om hvordan man på en sikrest mulig måte kan rense sprøyter. Strategien for kampanjen var å formidle hvordan de aktive sprøytebrukerne skulle beskytte seg mot smitte, samtidig som det ble sagt klart fra om at det beste alternativet er å slutte med stoff. Selv om det overordnede målet alltid vil være å hjelpe misbrukere til å slutte med stoff, er dette et budskap som må være innebygd i tiltaksapparatets møter med aktive sprøytebrukere.

8.5.3 Apotekene

Sprøyter har tradisjonelt vært en fri handelsvare i Norge. Dette innebærer at enhver som ønsker det, kan kjøpe sprøyter på apoteker og gjennom forretninger som omsetter sykepleieartikler. Tilgangen på rene sprøyter har vært relativt god, uavhengig av tiltak i forbindelse med HIV-epidemien, og apotekene er fremdeles sentrale for å sikre best mulig tilgjengelighet. For at kjøp av sprøyter over disk skal fungere godt er det viktig at den enkelte stoffmisbruker blir behandlet som en hver annen kunde. Inntrykket er at dette stort sett fungerer godt. Ansatte ved apotekene kan imidlertid føle at de står overfor et dilemma ved å selge sprøyter til bruk for noe som er ulovlig. Dette kan særlig være tilfelle når kundene er spesielt unge. Denne type problemer søkes løst i den løpende veiledning mellom apoteker og ansatte. Likeledes drøftes slike problemstillinger i møter mellom lokale og sentrale helsemyndigheter og aktuelle samarbeidspartnere.

8.5.4 AIDS-informasjonsbussen

Oslo har den største andelen av sprøytebrukere i Norge. For å forebygge spredning av HIV-smitte fant man det derfor ønskelig å gjøre det lettest mulig for sprøytebrukere å få tak i rene sprøyter, og at det var spesielt viktig å sikre tilgang på sprøyter på kveldstid når apotekene vanligvis er stengt. Gjennom statlige tilskott etablerte Oslo kommune den såkalte AIDS-informasjonsbussen eller «Sprøytebussen» i oktober 1988. Den har siden, med få unntak, vært i drift fra tidlig kveldstid til rundt midnatt (18.00 - 00.30) alle årets 365 dager. «Sprøytebussen» er fortsatt basert på en samfinansiering mellom staten (Helsetilsynet) og Oslo kommune. Til forskjell fra tilsvarende prosjekter i andre land, har utdeling av sprøyter fra «Sprøytebussen» ikke vært basert på innbytte, selv om dette aspektet i de senere år er tillagt større vekt. Fra høsten 1992 ble det maksimale antallet sprøyter man kunne få ved hvert fram-

møte knyttet til retur av brukte sprøyter. Den viktigste grunnen var å redusere problemet med at brukte sprøyter ble kastet der folk ferdes og uten at de var forsvarlig sikret. Ved retur av brukte sprøyter kan man få maksimalt 30 nye sprøyter, mens det maksimale antall uten retur er 10 sprøyter.

Foruten sprøyter gis det tilbud om kondomer, og enkelte kvelder er det mulighet for HIV-testing. Når det faller naturlig gis det også informasjon og rådgivning om behandlingstiltak.

Tabell 6: Aids-informasjonsbussen i Oslo, antall sprøyter delt ut og tatt i retur 1989-1995

Antall sprøyter	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Totalt	212 488	381 477	497 325	576 864	626 834	879 702	1 135 878
Gj.snitt pr dag	582	1 045	1 362	1 580	1 715	2 410	3 112
Retur					334 567	431 053	467 610
Andel retur					53%	49%	41%

Kilde: Årsrapporter fra Aids-informasjonsbussen

Antall utdelte sprøyter har økt markant fra år til år fra 1989 fram til 1995 da det totalt ble gitt ut 1 135 878 sprøyter (tabell 6). Dette betyr at i 1995 ble det i gjennomsnitt gitt ut 3 112 sprøyter fra «bussen» hver dag. Hvis man eksempelvis tar utgangspunkt i at det brukes to sprøyter i gjennomsnitt pr dag, innebærer dette at 1 500 misbrukere i 1995 fikk sine sprøyter fra «bussen». Selv om det totale antall sprøyter som leveres i retur, har steget i de tre årene ordningen med retur for maksimalt antall sprøyter har vært i funksjon, har andelen returnerte sprøyter gått ned fra 53 til 41 prosent. Da brukte sprøyter som ikke destrueres forsvarlig representerer et problem, bør det derfor vurderes hvilke tiltak som kan iverksettes for å øke returandelen.

Utdeling av sprøyter foregår anonymt. Dette innebærer at man ikke registrerer informasjon utover kjønn og antall på dem som besøker «bussen» hver kveld. Det er derfor ikke mulig å vite hvor mange enkeltpersoner som henter sprøyter, og om dette antallet har økt. For å få et bilde av hvem som bruker «bussen», ble det i 1992 og 1994 foretatt intervjuundersøkelser av dem som kom for å få sprøyter og/eller kondomer i løpet av en uke. Undersøkelsene viser blant annet at gjennomsnittsalderen for brukerne gikk opp fra 29 år i 1992 til 31 år i 1994 (tabell 7). Dette tyder på at det ikke har vært noen økning av unge sprøytebrukere som bruker «bussen». Gjennomsnittsalderen for når brukerne begynte å bruke sprøyter, var 18 år i begge undersøkelsene. Begge undersøkelsene viste at den alt overveiende delen av kommer fra Oslo-området.

Tabell 7: Gjennomsnittsalder for brukere av «bussen» i 1992 og 1994.

	Kvinner	Menn	Alle
1992	27 år	30 år	29 år
1994	30 år	32 år	31 år

Kilde: SIFA og Klinikk for forebyggende medisin, Ullevål sykehus

Naturlig nok har det gjennom årene vært en del diskusjon om både selve tiltaket og hvor i sentrum «bussen» bør være plassert. Med hensyn til plassering har det vært en avveining mellom strategisk plassering i forhold til målgruppa og at «bussen» skal være til minst mulig sjenanse overfor den allmenne befolkning. Erfaringene så langt er imidlertid i hovedsak oppsummert som positive både fra Oslo kommune og Oslo politikammer. Selv om man selv sagt aldri kan være sikker på den reelle betydningen av et tiltak som dette i det forebyggende arbeidet mot spredning av HIV-epidemien, må det ansees som viktig at det er best mulig tilgjengelighet av sprøyter.

8.5.5 Sprøyteautomater

Utenfor Oslo har flere kommuner satset på distribusjon av sprøyter fra automater i kombinasjon med salg fra apotek. Ved slike kombinasjonsmuligheter sikres tilgjengelighet døgnet rundt. Erfaringene fra sprøyteautomatene varierer. Særlig har det vist seg å være viktig at driftsansvaret for automatene er klart plassert, slik at de fungerer til enhver tid og at det er gode rutiner for påfylling av sprøyter.

8.5.6 Seksuell smitte blant stoffmisbrukere

Stoffmisbrukere står også i fare for å bli smittet eller smitte andre gjennom ubeskyttede samleier. Dette gjelder både HIV, hepatitt og andre seksuelt overførbare sykdommer. Som et resultat av livsstil og ujevn og ofte dårlig kontakt med helsevesenet, kan misbrukere bli gående med ubehandlede kjønnssykdommer over lang tid. Vi vet at genitale sår øker faren for smitteoverføring ved samleie. Dette gjør forebygging og behandling av kjønnssykdommer viktig og nødvendig.

Det er lite som tyder på at stoffmisbrukere i særlig grad har endret atferd ved å bruke kondom ved samleier utenom prostitusjon. Bruk av kondom er for mange stoffmisbrukere så tett knyttet til prostistu-

sjonskontakter at det legger emosjonelle hindringer i veien for å bruke kondom ved andre seksuelle kontakter. Statens helsetilsyn har imidlertid gjennomført flere skoleringskurs om seksualitet og HIV for å sette i ulike deler av tiltaksapparatet for stoffmisbrukere. Erfaringene fra disse kursene tyder på at det er gunstig å ta utgangspunkt i seksualitet i hele sin bredde, da en ensidig og begrenset fokusering på bruk av kondom i mange tilfeller blir for snevert. Skoleringen har bidratt til at arbeidet med seksualitet i større grad enn tidligere er med i det løpende arbeidet som gjøres i forhold til stoffmisbrukere.

8.5.7 Seksualpartnere til stoffmisbrukere

Mange stoffmisbrukere har partnere som ikke selv er misbrukere. Dette gjelder bl a gutter og menn som har unge jenter som partnere. Tiltaksapparatet har prøvd ut ulike tilnærminger for at de jentene det gjelder skal ta ansvar for egen seksualitet, sette egne grenser og kreve kondom ved samleie. Arbeid for å styrke denne siden ved jentekulturen bør fortsette og videreutvikles, eksempelvis gjennom arbeid med jentegrupper. Samtidig er det nødvendig å styrke arbeidet i forhold til mannlige stoffmisbrukere når det gjelder å ta ansvar for sikrere sex og kondombruk. Dette kan bl a skje gjennom arbeid i gutte- og mannsgrupper.

8.5.8 Stoffmisbrukere som selger seksuelle tjenester

Kvinner som selger seksuelle tjenester er utsatt for smitte. Flere er sprøytemisbrukere, og representerer derfor også en potensiell smittefare. Helsemyndighetene har lagt vekt på lavterskeltilbud i forhold til kvinner som selger seksuelle tjenester. Pro-senterets kafé i Oslo er et eksempel på et slikt lavterskeltilbud. Kvinnene kan her få rådgivning om behandlingstilbud og andre tjenester fra sosial- og helsetjenesten. De kan også vaske klær, spise og slappe av uten menn tilstede. De kan hente kondomer på kaféen og sprøyter og kondomer på Aids-informasjonsbussen.

De senere årene har også gutter og menn som selger seksuelle tjenester fått større oppmerksomhet. Dette har bl a ført til at Pro-senteret i Oslo har etablert et eget tilbud til gutter og menn. Noen av mennene som selger seksuelle tjenester er injiserende misbrukere. Det bør vurderes å sette i gang egne tiltak med tanke på å hindre smitteoverføring. Klinikk for forebyggende medisin, Ullevål sykehus, har startet et samarbeid for å gi kvinner og menn som selger seksuelle tjenester et bedre helsetilbud. Tiltak med tanke på å bedre denne gruppens helse bør videreutvikles.

8.5.9 Samarbeid med misbrukere

Det er gjennom flere år blitt satt i verk tiltak for å mobilisere misbrukerne til selv å drive holdningsar-

beid og atferdsendring i eget miljø. Denne type arbeid er basert på såkalt «peer-education», en tilnærming som tar utgangspunkt i at et budskap best kan formidles av likemenn, både fordi de har best kunnskap om den subkulturen det gjelder, og ofte har størst troverdighet i gruppen. Initiativet til denne type arbeid har delvis blitt tatt lokalt, og delvis fra Statens helsetilsyn. Innholdet har dreid seg om sikrere sprøytepraksis, sprøytehygiene, atferdsendring for sikrere sex osv. I mange av prosjektene har stoffmisbrukerne vist stor entusiasme, ansvarlighet og oppfinnsomhet. Dette gjelder bl a det såkalte «Mobiliseringsprosjektet» i Oslo, der man gjennom ulike tiltak skolerte misbrukere til å drive informasjon om sikrere sprøyte- og seksualpraksis. Prosjektene har hatt en HIV-forebyggende målsetting og har stort sett vært drevet i nært samarbeid med de oppsøkende tjenestene (utekontaktene) på de aktuelle stedene. De sentrale helsemyndighetene vurderer denne typen arbeid som svært viktig.

8.5.10 Strakstiltakene

Det høye antallet narkotikadødsfall gir grunn til bekymring. Samtidig har det vært gjentatte rapporter fra tiltaksapparatet og politiet om en generell forkommenhet blant store deler av de «gamle» misbrukerne. Dette førte blant annet til at det fra og med 1992 er gitt ekstra statlige midler til såkalte «strakstiltak», først i Oslo, Bergen og Kristiansand og siden til Tromsø, Trondheim og Drammen. Formålet med bevilgningen var at de aktuelle kommunene raskt kunne etablere tiltak for å møte noen av de mest akutte problemene blant de mest belastede stoffmisbrukerne.

8.5.10.1 Prosjekt Oppsøkende Helseteam - POHT - Oslo

I Oslo ble «straksmidlene» blant annet brukt til etablering av Prosjekt Oppsøkende Helseteam (POHT) eller «overdoseteamet», som startet sin virksomhet i 1992. POHT er bygget opp i nært samarbeid med Ambulansetjenesten ved Legevakten / Ullevål sykehus (tidl. Akuttetaten), og inngår som et tiltak under Oslo kommunes Rusmiddelsekretariat. Målsettingen for prosjektet er iverksetting av akutte og forebyggende tiltak mot overdose og død blant injeksjonsmisbrukere.

Prosjekt Oppsøkende helseteam arbeider med:

- Akutt beredskapsarbeid der en anvender metoder fra krise-psykatrien for å gi ambulansetjenestens overdosepasient et adekvat tilbud etter avsluttet akuttmedisinsk behandling.
- Akutt og forebyggende oppsøkende arbeid overfor pasienter med målsetting å etablere kontakt med relevante hjelpeinstanser.
- Kartlegge / fortolke overdose- / dødsfall-situasjonen i Oslo til en hver tid.

- Forebyggende virksomhet gjennom opplysning, mediaarbeid og nærkontakt med relevante individer, miljøer, grupper og/eller organisasjoner og virksomheter.
- Informere offentligheten / fagverdenen om aktuell utvikling.

Ambulansepersonellet i Oslo foretar årlig ca 900 utrykninger ved overdoser. POHT blir varslet samtidig, og innen ambulansens oppdrag er avsluttet er også POHT på stedet. Der pasienten reddes tilbake til livet, får vedkommende tilbud om en samtale etter at ambulansepersonell har avsluttet den akutt-medisinske behandling og behovsvurdering. Tiltak som iverksettes varierer fra tilbud om innleggelse på en akuttinstitusjon, til at samtalen avsluttes med tilbud om å ta kontakt med POHT når som helst ved behov. I de tilfeller ambulansetjenesten kommer for sent for å redde liv, har POHT utviklet et tilbud til pårørende og/eller de som er tilstede ved dødsfallet. Stoffmisbrukeres pårørende er som oftest i en fortvilet situasjon. I den utstrekningen POHT har ressurser, blir disse derfor tilbudt samtale og informasjon om de tilbud som er tilgjengelige. Å gi opplæring i førstehjelp til pårørende og andre som står misbrukeren nær, kan være med på å redusere angsten og følelsen av avmakt. «Overdoseteamet» samarbeider med foreldre, organisasjoner og selvhjelpsgrupper ved å anbefale og eventuelt formidle kontakt med pårørende.

Som det framkommer er POHTs beredskapsarbeid et hjelpetiltak som kommer «svært sent» i en misbruksprosess. «Overdoseteamet» gjennomfører derfor også tiltak der målsetningen er å forhindre overdoser. Dette arbeidet gjøres gjennom informasjon, opplæring og oppfølging av ulike misbruksmiljøer. Det gis også tilbud om førstehjelpsopplæring til grupper som kan komme i kontakt med overdosepasienter. Dette er i hovedsak stoffmisbrukerne selv, ansatte i ulike botilbud som brukes av misbrukere, vakter på offentlige toalett i sentrum mv. Målet med opplæringen er på den ene siden å gjøre folk som er i nærheten bedre i stand til tidlig å vurdere alvoret ved en eventuell overdosetilstand, og på den andre siden lære dem opp til å tilkalle ambulansen og til å sette i gang livredning på stedet. Ved å lære å redde andre blir stoffmisbrukerne også selv mer bevisst faren som følger med inntak av rusmidler. Pårørende og ansatte i ulike tiltak blir også forberedt på en opplevelse som er traumatisk, og som kan føre til psykiske skader. Det å være best mulig forberedt på slike situasjoner kan være med på å gjøre opplevelsene mindre dramatiske.

Et mer langsiktig forebyggende tiltak for «overdoseteamet» er å informere bedre om de ulike stoffenes akutte virkninger og interaksjonseffekter, slik at faren for overdoser kan reduseres og føre til atferdsendring blant stoffmisbrukere.

8.5.10.2 HUB - Oslo

Ett annet såkalt strakstiltak i regi av Oslo kommune, er HUB-prosjektet - «Hjelp uten betingelser». Motiveringen fra Oslo kommune er problemet med en gruppe hardt belastede stoffmisbrukere med langvarig misbruk og med dårlig fysisk og psykisk helse. Mange av misbrukerne har «brukt opp» hjelpeapparatet og det er vanskelig å finne motivasjon til langvarig rehabilitering. Mange er også uten fast bopel, og har liten kontakt med førstelinjetjenesten. Utenom akutttiltakene blir denne gruppa av misbrukere i liten grad fanget opp av de eksisterende behandlingstilbudene. De er også godt «synlige» ved at de i stor grad oppholder seg i Oslo sentrum.

HUB ble etablert som en relativt ubyråkratisk organisasjon, som raskt og uten betingelser skal kunne tilby plass i et behandlingstiltak eller bidra med såkalte forsterkningstiltak (innsatsmidler) til hjelpetiltak i eller utenom behandlingsinstitusjon. Målgruppa for prosjektet ble satt til å være misbrukere med ett eller flere av følgende kjennetegn:

- langvarig misbruk
- kriminalitet
- medisinske og/eller psykososiale funksjonshemninger
- flere brutte behandlingskontakter
- tilhørende sentrumsmiljøet

HUB har til rådighet følgende virkemidler:

- å koble misbrukeren og mulig behandlingsinstitusjon
- betale for aktuell hjelp gjennom hele eller deler av behandlingsperioden
- økonomisk støtte til etablering av spesielle hjelpetiltak som institusjonen ordinært ikke har, som f.eks. behandling hos psykolog eller psykiater
- økonomisk støtte til spesielle hjelpetiltak utenom behandlingsinstitusjon, f.eks. ved støtte til tilsyn eller hjelp i hjemmet
- etablere samarbeid med politi, påtalemyndighet og fengsler om alternativ til soning i anstalt
- bruk av kontrakt mellom HUB-prosjektet, institusjon, klient og sosialkontor om bistand og betaling for den enkelte klient

Enkelt sagt besto HUBs oppgave i å formidle klienter raskt og ubyråkratisk til tilgjengelige hjelpetiltak så fort klienten viste tegn til motivasjon. Dette ble sett på som et virkemiddel til å få folk bort fra gatetilværelsen, og på den måten forebygge overdoser og andre negative helsemessige konsekvenser av et hardt sentrumsliv, samt at det kunne bidra til å dempe kriminaliteten. Prosjektet ble i utgangspunktet knyttet til Akuttinstitusjonen for misbrukere over 18 år, men ble siden overført til Rusmiddelsekretariatet.

Oslo kommune har gjennomført en uavhengig evaluering av tiltaket ut fra en målsetting om «å få

en oppsummering av gode og dårlige erfaringer med prosjektet for å få et bedre grunnlag for vedtak om framtidig bruk av HUB-lignende tiltak». Evalueringen framholder at det først og fremst er behandlingsinstitusjonene og sosialkontorene som har koblet inn HUB, men at det ofte har skjedd på initiativ fra misbrukerne selv (tabell 8). Politiet og fengselsvesenet har etter hvert bidratt mindre til rekrutteringen enn

disse instansene gjorde i starten av prosjektet, noe som langt på vei har sin grunn i endrede prioriteringer og arbeidsformer hos HUB. Ved at det etter hvert tok for lang tid fra misbrukeren sa at han eller hun ville inn i behandling til at behandlingsplass var tilgjengelig, framstår ikke lenger HUB som et like nyttig redskap for politiet som det var tidligere.

Tabell 8: Antall klienter henvist til HUB av ulike instanser der det ble gitt finansiering i ulike perioder.

Instans	01.04-92-årsskiftet 1992/1993.		01.04.93 - årsskiftet 1993/1994		1994-1995	
Behandlingssteder	31	37%	7	25%	40	48%
Akuttinstitusjonen	1	1%	1	4%	Ikke med i statistikken	
Egen henvendelse	20	24%	8	28%	8	10%
Politi	17	20%	0		0	
Fengselsvesenet	6	7%	4	14%	2	2%
PUT	Ikke med i statistikken		4	14%	8	10%
Annet	4	5%	1	4%	12	14%
Sosialtj./barnevern	3	4%	3	11%	13	16%
Reinntak	2	2%	Ikke med i statistikken		Ikke med i statistikken	
SUM	84	100%	28	100%	83	100%

Kilde: Agenda 1995, «Hjelp uten betingelser».

HUB har i hovedsak blitt brukt til tiltak for tunge misbrukere. Kriteriene ble imidlertid tidlig moderert til å omfatte en bredere gruppe. HUB har i stor grad finansiert behandling ved institusjoner som ikke inngår i Oslo kommunes plan for rusmiddelinstitusjoner. Det vil med andre ord si behandlingstiltak der Oslo kommune hadde måttet betale en betydelig døgnpris utover det de allerede betaler for å drive «sine egne» institusjoner. Det framkommer av evalueringsrapporten at disse behandlingsinstitusjonene selv ofte har vært svært aktive i arbeidet med å etablere kontakt mellom HUB og misbrukere som søker behandling.

Evalueringsrapporten oppsummerer at

«arbeidsformen har fanget opp de tunge misbrukerne som ellers ikke ville ha fått hjelp, og at disse klientene dermed har fått en hjelp som ellers ikke synes å fungere dårligere enn den bistanden andre tunge misbrukere får. HUB-klientene representerer en spesiell gruppe misbrukere, men de skiller seg hverken positivt eller negativt ut fra andre tunge misbrukere når det gjelder gjennomføring av behandlingsoppholdet og endringer i livssituasjonen etter behandlingen».

Evalueringsrapporten er imidlertid ingen tradisjonell etterundersøkelse, og det framkommer ikke hvordan klientene som er intervjuet er valgt ut. I resultatdelen er det først og fremst situasjonen til klienter ved to av behandlingsinstitusjonene som refereres. Det er også begrenset hva evalueringsrapporten sier om rusmiddelmisbruk etter behandlingen.

Evalueringsrapporten framholder som en negativ side ved HUB-prosjektet at en del klienter mer synes å ha fått et slags «hvileopphold» framfor målrettet behandling, og at dette i mange av tilfellene også var intensjonen fra både klient og henviser. I slike tilfeller burde denne gruppen etter evalueringsrapportens mening heller fått et billigere tilbud som var mer preget av å være et omsorgstiltak.

Når det gjelder rekrutteringsinstanser pekes det på at politi- og fengselsmyndighetene i starten var viktige samarbeidspartnere og at de synes å ha rekruttert flere som ikke hadde tidligere behandlingserfaring og liten eller ingen kontakt med sosialtjenesten utover å motta sosialhjelp. Evalueringsrapporten framholder at dette derfor er en rekrutteringsvei som bør prioriteres. Samarbeidet med sosialkontorene endret seg da HUB endret praksis fra at sosialkontorene i starten ikke inngikk noen økonomiske forpliktelser i forbindelse med henvisningen, til at de måtte forplikte seg til å garantere for den kommunale egenandelen etter en første tre-måneders periode. Dette medførte en høyere terskel for å framskaffe behandlingsplass, noe som gjorde det vanskeligere for politiet å benytte seg av et tiltak som HUB.

Det framkommer at institusjonene er tilfreds med HUB, men at styrkingstiltakene de har fått støtte til er for kortvarige. Det pekes videre på at det kanskje hadde vært hensiktsmessig om HUBs samarbeid med institusjonene i større grad hadde vært målrettet og mer systematisk utprøving av ulike alternative tilnærminger, slik at man kanskje hadde hatt større

mulighet for å forhindre avbrutte behandlingskontrakter. Dette kan imidlertid tenkes å komme i konflikt med den grunnleggende idéen om et lite byråkratisk tiltak som skal kunne gi «hjelp uten betingelser».

Evalueringsrapporten konkluderer med at tiltaket bør videreføres og anbefaler at innsatsmidler gis høyere prioritet enn rask og «øyeblikkelig» hjelp. Prioriteringen begrunnes med at det synes å være mindre behov for midlertidig finansiering av behandlingsplasser fra HUB og at Oslo kommune har inngått avtale om behandlingsplasser ved de to institusjonene som tok i mot de fleste HUB-klientene (Veiviseren og Langørjan gård). Det pekes imidlertid på at midlene bør brukes mer målrettet overfor tunge misbrukere som man i utgangspunktet lykkes dårlig med. Eksempelvis nevner rapporten utprøving av korttids-tilbud og systematisk utprøving av arbeidsformer som kan redusere de mange avbrudd i behandlingen. Når det gjelder tilsvarende tiltak andre steder enn Oslo, peker rapporten på at det for kommuner med mindre erfaring med tunge misbrukere og et mindre faglig miljø, kan være et relativt større behov for en fylkeskommunal instans, som kan ha noe av den samme funksjon som HUB har hatt i Oslo.

8.5.10.3 «Tiltak for bostedsløse» Oslo

Straksmidlene ble også brukt til styrking av Oslo kommunes prosjekt «Tiltak for bostedsløse med spesielle problemer» som startet høsten 1990 og som i 1993 gikk over til å bli et ordinært tiltak. Målgruppa for prosjektet er voksne rusmiddelmisbrukere med lang «fartstid» i det ordinære hjelpeapparatet, men som faller utenom de tilbudene som er til rådighet. Klientene er i hovedsak bostedsløse misbrukere med relativt store psykiske problemer. Tiltaket samarbeider med institusjoner i rusmiddelomsorgen, psykiatrien og sosialvesenet for å finne fram til egnede tilbud i hvert enkelt tilfelle. «Tiltak for bostedsløse» disponerer det som kalles «mobile innsatsmidler» som kan komme i tillegg til de ordinære ytelser fra sosial- og trygdekantorene for å styrke tilbudet for den enkelte klient.

Tiltaket arbeider på tre plan:

- Direkte oppfølging av klienter.
- Konsultasjoner/rådgivning overfor samarbeidspartnere i konkrete klientsaker.
- Reising av prinsipielle saker i forhold til hjelpeapparatets fungering overfor den aktuelle klientgruppa.

Det er stor aldersspredning (30-80 år) på klientene i tiltaket. Kvinneandelen har vært omkring 15 prosent, men i løpet av første halvår 1996 økte andelen betraktelig ved at det var tilmeldt 16 menn og 12 kvinner, alle svært forkomne. Den komplekse problemprofilen til klientene gjør at eksisterende institusjoner bare kan ta inn et begrenset antall selv om

det blir satt inn styrkingstiltak. Dette gjelder spesielt for kvinnene som har langt færre muligheter enn menn i samme situasjon, og reiser spørsmål om behov for etablering av særskilte botilbud for denne type klienter.

Straksmidlene er også brukt til drift av Prosentrets varmestue der jenter som selger seksuelle tjenester kan komme for å spise, vaske klær, slappe av, og hvis de ønsker det få samtaler og hjelp til å søke behandling.

8.5.10.4 Strax-prosjektet Bergen

På bakgrunn av en økning i bruk av heroin blant misbrukere i Bergen i årene 1992 og 1993 med derav økende overdoser, narkotikarelaterte dødsfall og en voksende gruppe med lang misbrukskarriere, har Bergen kommune ved hjelp av de nevnte straksmidlene fra 1994 satt i gang et eget «Strax-prosjekt». I regi av prosjektet ble det i mars 1995 åpnet et dagseater tre dager i uka der misbrukere kan komme for å få råd og vegledning om ulike hjelpe- og behandlingstiltak. I mai 1995 ble det åpnet et natthjem med fem sengeplasser som skal dekke behov for akutt overnatting. På natthjemmet får misbrukerne anledning til å dusje, vaske klær og spise. Natthjemmet hadde i 1995 i gjennomsnitt tre overnattinger pr natt. Dagen etter overnatting får brukerne oppfølging i form av samtaler og veiledning. Strax-prosjektet har videre inngått avtale med misbrukere om oppfølging slik at de kan mestre en tilværelse i egen bolig. I 1995 inngikk 11 klienter avtale om slik oppfølging.

En vesentlig andel av midlene i prosjektet er øremerket til å få den aktuelle målgruppa i behandling. Midlene kan enten brukes til å styrke tilbudet til de aktuelle klientene på institusjoner som inngår i Hordaland fylkeskommunes planer, eller til å gi garanti for behandling i institusjoner som ikke har slik avtale. Av ulike grunner har prosjektet etterhvert funnet det riktig å prioritere styrking av institusjoner som har avtale med fylkeskommunen framfor å kjøpe behandlingsplasser i andre institusjoner. Klienter som har vært i behandling, får tilbud om å delta i en oppfølgingsgruppe.

Det såkalte Strax-huset har også gitt et arbeidstilbud til klienter som er i behandling på Floen-kollektivet.

8.5.10.5 Misbrukerteamet i Kristiansand

For å styrke tilbudet til langtkomne stoff- og blandingsmisbrukere er det etablert et «misbrukerteam» organisert som en egen avdeling innen helse- og sosialtaten i Kristiansand kommune. Misbrukerteamet arbeider gatenært med lav terskel. Teamet skal ikke overta oppgavene til det etablerte hjelpeapparatet når det gjelder tilbud til misbrukere, men virke som pådrivere og koordinere innsatsen overfor den enkelte klient. I løpet av det første året hadde tiltaket kontakt med omkring 250 misbrukere.

8.5.10.6 Drammen kommune

Gjennom tildelingen av straksmidler har Drammen kommune i 1996 satt i stand et aktivitets- og sysselsettingssenter for misbrukere. Drammen er videre i ferd med å etablere akutt plasser for overnatting og en miljøarbeidertjeneste i forbindelse med vernet botilbud. Et annet satsingsområde har vært kompetanseutvikling for ansatte i pleie- og omsorgssektoren og nøkkelpersonell innen kommunens arbeid med rusmiddelmisbrukere. Opplæringsprogrammet er gjennomført i samarbeid med Borgestadklinikken og blir vurdert som svært vellykket.

8.5.10.7 Tromsø kommune

For å kunne gi et bedre tilbud til hardt belastede rusmiddelmisbrukere i Tromsø er det ved hjelp av straksmidlene etablert et sosialmedisinsk senter. Senteret er et samarbeidstiltak mellom Tromsø kommune, Troms fylkeskommune og Universitetet i Tromsø. Siktemålet med senteret er å kunne gi et samordnet, lett tilgjengelig og helhetlig behandlings- og rehabiliteringstilbud, ved å bryte ned administrative, organisatoriske og faglige barrierer som i mange tilfeller hindrer igangsetting av et helhetlig opplegg overfor den enkelte klient.

Videre er Tromsø kommune i ferd med å sette i gang et «Tiltakshus» bestående av en innlosjeringsdel med 4-5 hybler med fellesrom der det skal drives aktivt tiltaksarbeid overfor beboerne. I tillegg vil huset inneholde en «varmestue» med kafé, aktivitetsrom, kjøkken og servicefunksjoner som dusj, klesvask osv. Varmestua vil være tilgjengelig på dagtid for alle som ønsker det, og være et utgangspunkt for sosiale aktiviteter og ulike typer grunnleggende service.

Ved hjelp av straksmidler har Tromsø kommune også gjennomført skoleringstiltak for ulike grupper fagpersonell i samarbeid med Nordlandsklinikken.

8.5.10.8 Trondheim kommune

Trondheim kommune har satt i gang en omsorgs- og kriseenhet, «Holdeplassen», for 6-8 bostedsløse stoffmisbrukere. Prosjektet tar blant annet sikte på å få misbrukere i arbeidstrening. Det er ellers etablert et døgnåpent kontaktsenter med kafétilbud, krise- og natt plasser og fire langtidsplasser. Det arbeides også med å etablere et tilbud om seks korttidsplasser. Ved hjelp av straksmidler er Trondheim kommune i gang med etablering av en krise- og omsorgsenhet for 6-8 kvinner med misbruksproblemer.

9. KOMPETANSEUTVIKLING - KVALITETSSIKRING

Det er stort behov for skolering, oppbygging og vedlikehold av kompetanse for ansatte innen rusmiddel-feltet. Det er svært begrenset hva de ulike grunnut-

danningene ved universitet og høyskoler tar opp om behandling av rusmiddelmisbrukere. Det er imidlertid etablert videreutdanning for ansatte innen rusmiddel-feltet ved vernepleierutdanningen i Østfold, ved Diakonhjemmets høyskolesenter i Oslo og høyskolen i Troms. Det er viktig at alle nivåer innen sosial- og helsetjenesten som kommer i kontakt med misbrukere, er best mulig rustet til å møte de arbeidsoppgaver dette medfører.

9.1 Rusmiddelprosjektet

Som en del av handlingsplanen mot stoffmisbruk tok Sosialdepartementet i 1989 initiativ overfor Rådet for sosialarbeiderutdanning med ønske om bistand til etablering av et etterutdanningsprogram for å styrke den kommunale førstelinjetjenestens kompetanse i arbeid med rusmiddelmisbrukere og deres pårørende. Det ble utviklet et program bestående av 100 timers teoriundervisning fordelt på fire teoribolker over ett år supplert med litteratur som skulle stimulere til selvstudium. Målgruppen var i første rekke nøkkelpersonell i helse- og sosialsektoren, spesielt kommunalt ansatte leger og ansatte ved sosialkontorene. Alle landets kommuner ble invitert til å delta i prosjektet som ble gjennomført i perioden 1990-93 med en kostnadsramme på kr 10,5 mill. Noe over halvparten av landets kommuner deltok. Av de 874 personer som gjennomførte programmet var 429 sosialpersonell, 99 leger, 196 annet helsepersonell og 140 med annen utdanning. Det ble foretatt fylkesvise evalueringer. Erfaringene fra prosjektet er at det dekket et behov for kompetansestyrking i de ulike faggrupper og bidro til å stimulere det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet. Det rapporteres videre at arbeidet med rusmidler og misbruk ble satt på dagsorden i en rekke faglige og politiske fora, noe som resulterte i bedre rusmiddelplaner og mer systematisk og bevisst arbeid og samarbeid. Det anbefales at erfaringene fra prosjektet videreføres innen rammene for de syv regionale kompetansesentrene.

9.2 Regionale kompetansesentre for rusmiddelproblematikk

I St.meld.nr. 69 for 1991-92 tok Sosial- og helsedepartementet opp forslag om å utvikle regionale kompetansesentre for rusmiddelproblematikk som et viktig ledd i kvalifiserings- og utdanningssammenheng for alle som yrkesmessig arbeider med rusmiddelmisbrukere. Slike sentra er et sentralt virkemiddel for å styrke faglig engasjement, kvalitet og videreutvikling av rusmiddelomsorgens tiltaksapparatet.

Sosial- og helsedepartementet startet, i samarbeid med fylkeskommunene, etableringen av regionale kompetansesentra for rusmiddelproblematikk i 1994 og overførte senere det sentraladministrative ansvaret for denne virksomheten til Rusmiddeldirektoratet. Dette innebærer kontakt og veiledning overfor

fylkeskommunene, administrering av tilskudd og ledelse og oppfølging av nettverks-samarbeidet mellom sentrene. I tillegg er mye av den databaserte dokumentasjonstjenesten i direktoratet stilt til disposisjon for sentrene.

Det er nå etablert kompetansesentre i syv regioner. Det siste kompetansesenteret ble etablert for Oslo og Akershus sommeren 1996. De samarbeidende fylkeskommuner har valgt ulike former for organisering og styring av regionenes kompetansesentre, men felles for de fleste er at sentrene er lokalisert til kliniske fagmiljøer.

Sentrene arbeider med generell etterutdanning om rusmiddelproblematikk for personell i førstelinjetjenesten i kommunene. Videre driver sentrene med metode- og materiellutvikling og videreutvikling av annenlinjetjenestens spesialiserte tilbud for rusmiddelmisbrukere. Hvert senter er for øvrig tildelt et eller flere spesialområder eller nasjonale spisskompe-

tanseområder. Dette innebærer et særlig ansvar for å bidra til nasjonal fagutvikling innen disse områdene. Sentrene skal også delta ved iverksettingen av standardisert klientregistrering i tiltakene innen sin region.

Sentrene er organisert i et «Norgesnett» som trekker opp retningslinjer for samarbeidet mellom kompetansesentrene og som utveksler erfaringer med kompetansestyrking- og tiltaksarbeidet innen den enkelte region. Videre holder dette samarbeidsnettverket oversikt over og foreslår prioriteringer innen områdene for utvikling av spisskompetanse og annen nasjonal kompetanse.

De fleste sentre er nå i full virksomhet og har utviklet mange samarbeidsrelasjoner til høyskoler og forskningsmiljøer i sin region. Kompetansesentrene slik det ligger an til nå, synes å kunne representere en særdeles verdifull ressurs i den nasjonale utviklingen av tiltaksapparatet på dette området.

Oversikt over regionale kompetansesentre for rusmiddelproblematikk

Lokalisering	Region	Spisskompetanseområde
<i>Nordlandsklinikken Narvik</i>	Nordland, Troms Finmark	Rusmiddelmisbruk og den samiske befolkning
<i>Vestmo behandlingssenter Ålesund</i>	Møre- og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag	Yngre misbrukere
<i>Bergensklinikkene Bergen</i>	Hordaland, Sogn og Fjordane	Kvinner og rusmiddelmisbruk Tunge rusmiddelmisbrukere Medikamenter
<i>Rogaland A-senter Stavanger</i>	Aust-Agder, Vest-Agder, Rogaland	Rusmiddelmisbruk og arbeidsliv Rusmiddelmisbrukende foreldre med barn i skolealder
<i>Borgestadklinikken Skien</i>	Østfold, Vestfold, Buskerud, Telemark	Gravide rusmiddelmisbrukere Rusmiddelmisbrukende foreldre med barn i førskolealder Medikamentmisbruk
<i>Sanderud sykehus Ottestad</i>	Hedmark, Oppland	Rusmiddelmisbrukere med psykiske lidelser Misbrukere i diagnostiske gråsoner
<i>Diakonhjemmets høgskolesenter Oslo</i>	Oslo og Akershus	Tvang Misbruk blant fremmedspråklige

9.3 Tilsyn ved institusjoner for rusmiddelmisbrukere

Etter lov om sosiale tjenester m.v. skal fylkesmannen føre tilsyn ved institusjoner for omsorg for og behandling av rusmiddelmisbrukere. Fylkesmannen skal føre tilsyn med institusjoner inntatt på fylkeskommunal eller kommunal plan og med private in-

stitusjoner som ikke er tatt inn på offentlige planer. Fylkesmannen kan velge å føre tilsynet selv eller opprette tilsynsutvalg. Det viser seg at de fleste embeter har valgt å gjennomføre tilsynet selv. Hvis tilsynsutvalg er oppnevnt, har fylkesmannen et overordnet tilsynsansvar. I forskrifter til lov om sosiale tjenester m.v. kap. 3 er tilsynsmyndighetens oppgaver nærmere beskrevet. Beboernes rettigheter og

bruk av tvang i institusjoner for omsorg og behandling av rusmiddelmisbrukere er nærmere omtalt i forskriftenes kap. 5.

Formålet med tilsynet er å påse at lover og regelverk blir fulgt, og at beboerne får forsvarlig behandling og omsorg. Videre skal tilsynet påse at beboerne blir behandlet hensynsfullt og med respekt for den enkeltes integritet. Tilsynet skal ha sin oppmerksomhet rettet mot alle forhold som har betydning for beboernes trivsel, velferd og rettssikkerhet. Tilsynet skal besøke institusjonen minst 4 ganger pr. år. Minst 2 av besøkene skal skje uanmeldt.

Lov om sosiale tjenester trådte i kraft 1. januar 1993. Rapporter fra fylkesmennene viser at bare ett av fire lovpålagte tilsynsbesøk var gjennomført i 1993. Dette skyldes først og fremst at tilsyn med institusjoner for rusmiddelmisbrukere var en ny oppgave for embetene. Det tok derfor noe tid å få organisert arbeidet. I 1994 fikk institusjoner for rusmiddelmisbrukere i gjennomsnitt 2,7 besøk. Når det gjelder tilsynsvirkomheten for 1995 har fylkesmennene/tilsynsutvalgene gjennomført totalt 452 tilsynsbesøk ved 147 institusjoner for rusmiddelmisbrukere. D.v.s. at hver institusjon i gjennomsnitt fikk 3 tilsynsbesøk i 1995. Enkelte av embetene melder at utøvelsen av tilsynet krever store ressurser, men at de samtidig lærer mye av prosessen og at de får godt innblikk i tjenestene som ytes. Midler til tilsynsvirkomheten er fra og med 1997 overført til Planleggings- og samordningsdepartementet.

Sosial- og helsedepartementet har i samarbeid med Barne- og familiedepartementet i 1996 satt i gang et utviklingsarbeid ved 4 fylkesmannsembeter for å få erfaringer med bruk av internkontroll i barneverninstitusjoner og i institusjoner for rusmiddelmisbrukere. Embetene i Østfold, Hedmark, Buskerud og Sør-Trøndelag er med i dette arbeidet. Målet for utviklingsarbeidet er å etablere internkontrollsystem i institusjonene, samt utvikle tilsyns(revisjons) metoder som bidrar til å øke kvaliteten på fylkesmannens tilsynsarbeid. En av utfordringene vil være å utvikle ny tilsynsmetodikk, samtidig som beboernes rettsikkerhet blir ivaretatt på en best mulig måte. Planen er at arbeidet skal være avsluttet innen utgangen av 1997. Det vil da være naturlig å vurdere regelverket for tilsyn på nytt.

9.4 Behov for mer kunnskap

Det er åpenbart at det er behov for mer pålitelige anslag for omfanget av det tunge misbruket. Dette er uttrykt ønskemål fra både forvaltning, forskning, og politimyndigheter. Det vil blant annet være av stor interesse å få videreført analysen om misbruksutviklingen fram til 1989, som ble foretatt ved SIFA. Det må derfor ansees som svært positivt at det er etablert et samarbeid mellom Oslo politikammer og instanser som Rusmiddeldirektoratet, SIFA og Politihøgskolens forskningsavdeling om å analysere eksiste-

rende informasjonskilder og sette i gang prosjekter som kan gi mer systematisk kunnskap om hva som skjer. Narkotikapolitiet har i denne forbindelse blant annet tatt initiativ til at å gjennomføre en ny undersøkelse om misbruk blant arrestanter. Dette samarbeidet bør utvides til også å omfatte Kriminalpolitisen som sitter inne med ulike typer data om narkotikasituasjonen på nasjonalt nivå. Det er ingen tvil om at et samarbeid der instanser med ulik kompetanse systematisk og fortløpende analyser data fra politi, behandling, rettsvesen og forskning vil kunne bidra til å få et bedre bilde av utviklingen. Det er åpenbart at dette vil kunne gi et bedre grunnlag enn det vi har i dag for å vurdere nødvendige tiltak.

REFERANSER

- Agenda, Utredning og utvikling. «Hjelp uten betingelser». Etterundersøkelse. Sandvika 1996
- Andersen, Steinar et al. Norske stoffmisbrukeres dødelighet etter innleggelse i ulike typer institusjoner, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1996
- Bakken, Rolf. Fra Røyking til sprøyter. Stoffmisbruk nr. 6/95.
- Berild, Sveinung. Ute av misbruket? Østlandsforskning. Lillehammer 1993.
- Berg, Elin. Fremmedkulturelle stoffmisbrukere ved Akuttinstitusjonen. Stoffmisbruk nr 6/95.
- Bretteville-Jensen, Anne Line. Narkotikadødsfall i Norge. En analyse av utviklingen fra 1976-1993. SIFA-rapport nr 4/94. Oslo 1994.
- Christensen, Astrid. Finnes det veier ut av misbruket? 10 kvinnelige stoffmisbrukere forteller sine behandlingshistorier. Hovedoppgave i psykologi. Universitetet i Oslo. Oslo 1994.
- Dahl, Anne. Vendepunkter - møte med 15 kvinner som har brutt med stoffmisbruket. Hovedoppgave i sosiologi. Universitetet i Oslo. Oslo 1995.
- Drug Policy in the Netherlands - Continuity and change. Rijswijk 1995.
- Ege, Peter. Herointildeling hvorfor nu det? Social kritikk 43/96. København 1996.
- Ervik, Randi. Skadereduksjonsteori og praksis. Stoffmisbruk nr 4/1994.
- Eskild, Anne et al. Dødelighet og dødsårsaker blant intravenøse misbrukere i Oslo. Tidsskrift for den Norske Lægeforening 11/1993.
- Holsten, Fred. forløpet ved stoffmisbruk hos ungdom. Institutt for psykiatri. Bergen 1984.
- Johnsen, Jon og Nygaard, Elisabeth. Effekter av behandling. Rusmiddeldepartementet/Sosial- og helsedepartementet. Oslo 1995.
- Lingås, Laila. Sluttrapport. rusmiddelprosjektet. Rådet for høgskoleutdanning i helse- og sosialfag. Oslo 1994.
- Klinikk for forebyggende medisin. Brukerundersøkelse 1994 for AIDS-informasjonsbussen i Oslo. Oslo 1996.

- Landvik, Lill Kari. Visst nytter det. En evaluering av Fossumkollektivets virksomhet i perioden 1983-88. Fossumkollektivet 1990.
- Myklebust, Vidar. Veksthuset i Møre og Romsdal. Rekruttering og behandlingsavbrot i institusjon for stoffmisbrukarar. Møreforskning. Volda 1994
- Nye veje i narkotikapolitikken. Socialdemokratiet. København 1996.
- Ravndal, Edle, Hammer Torild og Vaglum, Per. Arbeid i steden for rus? Universitetsforlaget Oslo 1984.
- Ravndal, Edle og Vaglum, Per. Psykiske belastninger og frafall blant stoffmisbrukere i behandling. Sosial- og helsedepartementet og Rusmiddeldirektoratet. Oslo 1995.
- Ravndal, Edle. Hvirker behandling? En oversikt over behandlingsresultater for stoffmisbrukere i Norden og internasjonalt. Nordnark 1:93. Stockholm 1993.
- Ravndal, Edle og Vaglum, Per. Psychopathology, Treatment Completion an Outcome: a Prospective Study of Drug Abusers. Manus. 1996.
- Rossow, Ingeborg og Kielland, Knut Boe. Dødelighet blant narkomane i Norge. Tidsskrift for Den norske lægeforening. 1994.
- Skog, Ole-Jørgen. Utviklingen av intravenøst narkotikamisbruk i Norge. Anslag for insidens og prevalens. SIFA-rapport nr 1/90. Oslo 1990
- Skretting, Astrid. Sprøytebrukere og kontakt med hjelpeapparatet. Tidsskrift for Den norske lægeforening. 19/90.
- Skretting, Astrid, Ervik, Randi og Øie, Kjell Erik. AIDS-informasjonsbussen i Oslo. En intervjuundersøkelse av brukere. SIFA-rapport nr 2/93. Oslo 1993.
- Sohlberg, Christian og Magnus, Per. Analyse av dødeligheten blant intravenøse misbrukere i Oslo-området Tidsskrift for Den norske lægeforening.
- Stang, Hans Jacob. Ungdom på drift. En sosialpsykiatrisk undersøkelse og etterundersøkelse av 100 stoffmisbrukere i Oslo sentrum. Universitetsforlaget. Oslo 1976.
- Sæter, Oddrun. Fossumkollektivet - en evaluering. sosialdepartementet 1992.
- Taksdal Arnhild, Kvinnerettet rusbehandling. SEFOS, Bergen 1995. Tjersland, Odd Arne. Misbrukere før, under og etter kollektivopphold. Rusmiddeldirektoratet Oslo 1995.
- Vaglum Per. Unge stoffmisbrukere i et terapeutisk samfunn. Forløp under og etter behandling. Universitetsforlaget. Oslo 1979.
- Waal, Helge i Pedersen, Willy og Waal, Helge. Rusmidlene og veivalgene. Cappelen. Oslo 1996
- Waal, Helge og Duckert, Fanny. Nytt det - og hva koster det? (Manus).
- Aarsund, Else. Aidsinformasjonsbussen: Utkikkspunkt mot stoffmiljøene. Stoffmisbruk nr 6/95.
-

