



Aina Schiøtz
professor i medisinsk historie
Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB
aina.schiotz@uib.no

Revidert 7. januar 2016

Rus og rusmiddelpolitikk i Norge: et historisk tilbakeblikk

Alkoholisme og narkomani er to sider av samme sak, hevdes det fra tid til annen. I det legger en til grunn at de *atferdsmessige, helsemessige og samfunnsmessige* konsekvenser av misbruk i hovedsak er de samme.¹ I et historisk perspektiv er det imidlertid vanskelig å se de to diagnosene som to sider av samme sak, rett og slett fordi disse fenomenene har så ulike historiske forløp. I denne framstillingen legges det mest vekt på alkoholen.

Kanskje er det et paradoks siden alkoholmisbruk og alkoholpolitikk nærmest er fraværende i dagens offentlige debatt, og siden det er dette rusmidlet som forårsaker mest skade.² Det motsatte er tilfellet med annen type rusmisbruk. Ikke minst i mediene florerer det så å si daglig med oppslag og innlegg. Slik er historiens gang. «Nye» problemer overskygger de gamle, ofte uavhengig av problemets omfang og alvorlighetsgrad, mer avhengig av problemets synlighet.

Sett i en større sammenheng er narkomani eller misbruk av «andre rusmidler» et relativt nytt fenomen. Først i 1960-årene begynte man å snakke om dette som et *samfunnsproblem*, sosialt og medisinsk. Enkelte narkotiske stoffer, som amfetamin, opium og morfin har imidlertid «alltid» vært der, men utbredelsen var minimal og begrenset til små miljøer, og misbruk av slike stoffer ble aldri definert som noe stort og truende problem. Alkoholspørsmålet har man forholdt seg til gjennom århundrer, og da sosialmedisinen vokste fram på slutten av 1800-tallet, ble dette et kjerneområde innen feltet. Medisinerne etablerte sykdomsbegreper som boligsykdom, skolesykdom og drankersyke – alle definert som *sosiale* sykdommer.

¹ Se bl.a. Høyen G. Rus og avhengighet. I: Mæland JG, Fugelli P, Høyen G og Westin S (red.). Sosialmedisin – i teori og praksis. Oslo 2004.

² St.meld. 30 (2011-12). Se på meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol – narkotika – doping: 13.

Innenfor begge rusområder har det historisk sett skjedd dramatiske endringer i holdninger og praktiske tilnærminger, men det er også en viss grad av kontinuitet i tilnærmingen til disse spørsmålene. I denne framstillingen skal vi se på ulike sider ved rus og rusmisbruk, med hovedvekt på medisinske og sosialmedisinske oppfatninger og implikasjoner, og på politikken på feltet.

Alkohol

Norge har en særegen historie når det gjelder alkoholvaner og alkoholpolitikk.³ Knappt noe annet land har hatt en så kontroversiell og restriktiv alkoholpolitikk, og knapt noe annet folk i den vestlige kulturkretsen har drukket så lite per innbygger. For å begrense tilgangen til alkoholholdige drikker og slik også forebygge og begrense de sosiale og medisinske skadevirkningene av alkohol, har myndighetene sett det som formålstjenlig å iverksette mange og ulike tiltak. Det er snakk om såkalte regulatoriske og pedagogiske virkemidler hvorav de aller fleste ble iverksatt på 1900-tallet. Det dreier seg om totalforbud mot salg av brennevin og hetvin, monopolordninger, høye avgifter, strenge salgs- og skjenkebestemmelser, aldersgrenser for kjøp av alkohol og reklameforbud, foruten informasjon og holdningsskapende tiltak. I formingen av politikken har så vel avholdsbevegelsen som legestanden hatt stor innflytelse.

Det har imidlertid vært skiftende syn på bruken av alkohol, både hva gjelder dens medisinske og sosiale implikasjoner, og myndighetenes holdninger til det å gripe inn, altså politikken på feltet. Noe spissformulert kan vi si at fra begynnelsen av 1800-tallet til begynnelsen av 1900-tallet skjedde det en holdningsendring i synet på alkoholbruk som kan formuleres som en overgang fra «sunt» til «sykt». I den tidlige fasen ble gjerne brennevinet oppfattet som styrkende og nødvendig. Det ble ofte også benyttet som medisin. Man trengte kort og godt et glass eller flere for å kurere sykdommer eller for å holde ut i en strevsom hverdag. Velkjent er det at mange også fikk deler av lønna i form

³ Vesentlige deler av framstillingen om alkohol bygger på følgende litteratur: Hamran O. Det egentlige drikkeonde: måtehold i etterforbudstid. Doktoravhandling, Det humanistiske fakultet, UiO, 2005a. Se også artikkel i Tidsskrift for Den norske Legeforening under samme tittel, 2005b; 125: 3482–5. Videre: Hamran O, Hageberg AOL, Laahne E. Himmel og jord i bevegelse. Blåkors hundre år. Oslo 2006. Schrumpf E. Berus Eder! Norske drikkekulturer i de siste 200 år. Oslo 2003. Seip AL. Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920–75. Oslo 1994. Kap 3. Menneskesyn og omsorg.

av brennevin eller øl. Fra tid til annen skyldtes dette at arbeidsgiverne ønsket å demme opp for opprør og misnøye.

En annen side av saken var den viktige rollen alkoholen spilte i festlige lag i tidligere tider, og at vertskapet skulle skjenke øl, vin og brennevin i rikelige mengder for slik å vise sin gjestfrihet. Det gjaldt også i samfunnets toppsjikt. Et vel dokumentert eksempel kan hentes fra den dansk-norske kongen Christian IVs (1577–1648) besøk til Nord-Norge og Bergen i 1599. Formålet med reisen var å markere suverenitet over land- og sjøområdene i nord. Besøkene i Bergen, så vel på opptur som nedtur, strakte seg over mange dager. I den forbindelse ble oppholdene preget av sammenhengende festing, drikking av store kvanta øl, vin og brennevin, og hærverk – og selskap og dans med byens vakreste unge kvinner.⁴ Alkoholbruk og alkoholmisbruk, som vi kjenner fra uminnelige tider, har vært og er forbundet med en mannlig livsstil. Blant de bedrestilte utover på 1800-tallet, ble det f.eks. sett på som upassende, nærmest som unaturlig for kvinner å drikke.⁵ Men også i samfunnets lavere lag, ble kvinner som drakk utsatt for langt strengere sosiale sanksjoner enn menn. Det er nok å minne om den spott og spe «Småfylla» (Oline), en av hovedpersonene i forfatteren Amalie Skrams store romansyklus *Hellemysrfolket*, ble utsatt for – ikke minst av folk fra egen samfunnsklasse.⁶

Alkohol som medisin

La oss stoppe opp ved legenes syn på alkoholen, og da alkohol brukt som medisin. Her finner vi en interessant historie som ennå ikke er slutt. Men like lite som nåtidens leger er enige om hvorvidt alkohol kan være av det gode, var fortidens leger samstemte i synet på alkohol som medisin. Forskjellen mellom dagens og fortidens holdninger hos legestanden er likevel vesensforskjellig. Vi finner neppe tilsvarende uttalelser som denne uforbeholdne hyllesten til alkoholen fra 1400-tallet, formulert av den italienske legen Theoricus:

⁴ Se Seip KA. ”Etter å ha drukket tett og danset nok, slo vi til slutt i stykker apotekerens vinduer.” I: Eliassen F-E, Frydenlund B, Osahl E, Østberg K (red.) Den rianske vending. Festskrift i anledning Øystein Rians 70-årsdag 23. februar 2015. Oslo 2015.

⁵ Jf. Schrupf E. Drikkeskikker i Telemark på 1800-tallet. I: Eliassen et al 2015 (jf. note 4).

⁶ Romansyklusen på fire bind, ble utgitt i perioden 1887–1898.

[Alkoholen] styrker ungdommen og utsetter alderdommen. Den beforder fordøyelsen og fordriver melankolien. Den gleder hjertet og opplyser forstanden. Den boter vattersott [ødem forårsaket av hjerte- eller nyresvikt], letter urinavgangen, maler i stykker nyre- og gallestener, bevarer øynene for blindhet, tungen fra å lespe, munnen fra å stamme, svelget fra å sårne. Den beskytter luftrøret mot kvelning, magen mot oppkast, den hinder hjertet i å svulle, nervene i å rykke, bena i å verke, årene i å slites, ryggmargen fra å smuldre ...⁷

Blant leger var det i århundrene framover vanlig å forordne alkohol som medisin. I Skandinavia ble spritresepten populær, og særlig kom konjakken i skuddet. Mot slutten av 1800-tallet ble det imidlertid stadig vanskeligere å forsvare denne praksisen, ikke minst fordi man ble mer oppmerksom på alkoholens skadevirkninger. Ikke sjelden ble også legene anklaget for å gjøre sine pasienter til misbrukere.

Men i mangel av andre virksomme medikamenter fortsatte legene å forordne alkohol i terapeutisk øyemed. Det gjaldt sykdommer som mage-tarmkatarr hos barn, kolera og difteri. Og det var etter sigende det beste legemiddel mot difteri, da alkoholen skulle drepe difteribasillen eller nøytralisere dens «toksiske produkter». Videre ble alkohol anbefalt mot barsel-feber, tyfus og lungebetennelse, til lindring av smerter og som sovemedisin. Den ble også benyttet som bedøvelsesmiddel. Det var heller ikke smådoser man i blant bød sine pasienter. Til en kvinne i barsel-feber forordnet en tysk lege tre hele flasker konjakk som skulle fortæres på fire netter og tre dager. Ved tyfus ble det gitt en hel flaske rødvin daglig. Pasientene lå nærmest i konstant rus.⁸

Etter 1900-tallet økte forskningen omkring alkoholens innvirkning både på friske og syke mennesker. Og det ble stadig mer åpenbart at det var vanskelig, for ikke å si umulig, å verifisere at alkoholen var et virksomt og hensiktsmessig medikament. Tvert imot gikk de fleste forskningsresultater i negativ retning, de viste at alkoholen snarere skadet enn leget. Men noen holdt på sitt. Den er *legende*, som en lege på Helgelandskysten hevdet i et innlegg i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* i 1910:

Som jeg en gang før har fremholdt i «Tidsskriftet», bruker jeg ved behandling av pneumoni alkohol, helst som cognac, baade hos voksne og hos barn, og ikke mindst

⁷ Steenhoff G. Alkoholens roll som läkemedel genom tiderna och i dag. I: Vogt R, Scharffenberg J (red.). Frihet – Sannhet. Festskrift til Johan Scharffenberg. 70-årsdagen 23. november 1939. Oslo 1939: 181–82. Om Scharffenbergs intense engasjement i alkoholspørsmålet, se Søbye E. En mann fra forgangne århundrer. Overlege Johan Scharffenbergs liv og virke 1869-1965. En arkivstudie. Oslo 2010.

⁸ Steenhoff 1939.

hos disse siste har jeg set godt resultat av denne behandling. Hertil kommer, at jeg under pneumoniepidemien i fjor i stor utstrækning anvendte aarelating; men jeg har her ingen statistikk med hensyn til hvor ofte jeg brukte den. [...] Nu blir spørsmålet: er det aarelating eller alkohol, som har skaffet mig en bedre statistikk end mine to nabolæger. Herpaa kan jeg selvfølgelig ikke gi noget bestemt svar.⁹

Etter 1910 ble alkohol på det nærmeste oppgitt som legemiddel. Men noen spesielle forestillinger opptrådte under spanskesyken – denne verdensomspennende influensaepidemien som herjet i årene 1918–19 (se s. 8).

Ved overgangen til det nye århundret observerer vi også andre forhold knyttet rusproblematikken. Blant annet introduseres nye termer og begreper. Ord som drankersyke, drukkenskap, drikkfeldig, drukkenbolt, å drikke seg på en rus, gikk av moten. Nye begreper kom inn, slik som alkoholiker og alkoholisme, ord som er knyttet til den biomedisinske forståelsen av fenomenet. Parallelt med at legene i økende grad tok avstand fra alkohol som legemiddel, begynte de å se på avhengighet og alkoholisme i sin tunge form som *sykdom* og ikke bare som et sosialt problem.

Alkoholspørsmålet: Politikk og medisin

På et helt annet plan, innenfor politikken, ser vi også endringer. Sentrale politikere var blitt langt mer årvåkne overfor de såkalte sosiale spørsmål. Med århundreskiftets sterke industrialisering og urbanisering økte de sosiale problemene, og man kom i mange henseende til å betrakte alkoholen som en av de viktigste årsakene. I verste fall forårsaket den kriminalitet og prostitusjon, og den undergrov god moral på alle plan – i arbeidslivet, i familien og i relasjonen mellom mennesker. Man måtte få kontroll med dette «samfunnsondet», og det måtte nedfelles i lovverket. Tankene om mer kontroll og bredere engasjement inngikk i hva vi kan kalle et utvidet samfunnsansvar på en rekke områder, men det innebar også en fordømmende holdning til selve fenomenet alkoholmisbruk. Som et av mange uttrykk for den nye politikken fikk vi *løsgjengerloven av 1900*. Den tilsa at man kunne sette bak lås og slå de verste «fyllikene», de som forstyrret lov og orden. Loven hjemlet også en tvangsarbeidsordning som ble svært omstridt. Først i 1970 ble denne ordningen og straffebestemmelsen vedr. personer som

⁹ Sællæg CA. Om aarelating og alkohol i behandlingen av krupøs pneumoni. Tidsskrift for den norske lægeforening. Gjengitt i Tidsskriftet 2005; 125: 975.

viste seg åpenbart beruset på offentlig sted, opphevet. Dermed opphørte kriminaliseringen av bostedsløse syke og fattige alkoholikere.¹⁰ Fra nå av var det helse- og sosialomsorgen som skulle ha hovedansvaret, men i nært samarbeid med ordensmakten.¹¹

Økende interesse: Leger og politikere i tospann

La oss gå tilbake til de første tiårene etter 1900: Alkoholspørsmålet skulle raskt utvikle seg til å bli et av tidens virkelig store politiske tema. Etter manges mening var løsningen på dette spørsmålet av den største betydning for nasjonens framtid.¹² Men hvordan gå praktisk til verks? Det ble fremmet forslag om forbud mot alt salg av alkoholholdige drikker. Kravet ble først stilt av Arbeiderpartiet (Ap) og litt senere av Venstre.

Partiformannen i Ap, legen og totalisten Oscar Nissen, var svært opptatt av alkoholens skadevirkninger, og han så spørsmålet i et klasseperspektiv. Alkoholen herjet i mange arbeidermiljøer og -hjem, og skulle arbeiderklassen fri seg fra kapitalismen, mente Nissen og hans støttespillere, måtte den først fri seg fra «drikkeondet». Så ble også totalforbud satt på Aps program i 1912.¹³

Legene skulle bli viktige premissleverandører i arbeidet med å skaffe til veie det vitenskapelige grunnlaget for en ny alkoholpolitikk, og således også legitimere politikken. Det nye interessefellesskapet mellom medisin og politikk kom til uttrykk ved at Stortinget nedsatte *Alkoholkommissjonen av 1910*. Her fikk legestanden to markante representanter, professor Axel Holst og psykiater og totalist Johan Scharffenberg. Holst ble også leder.¹⁴ Interessen for alkoholspørsmålet fra legenes side gjenspeiles ikke minst i *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. I perioden 1917–22 var det faktisk en egen seksjon i Tidsskriftet for dette formålet. Her var det tallrike innlegg om alkohol som

¹⁰ Se Thorsrud AM. Kampen om løsgjengerloven. *Rus & avhengighet*, nr. 4, 2000.

¹¹ Løsgjengerloven fikk ved lov 6. mai 1970 nr. 27 en ny § 21. Bestemmelsen åpnet for at avrusning kunne skje på sykehus i stedet for i politiets fyllerrest, og for at edruskapsnemnda i visse tilfeller skulle kunne holde den pågrepte i inntil 1 uke i observasjonsøyemed. Fordi lovparagrafen ikke ble brukt og fordi sykehusenes oppgaver burde utledes av helselovgivningen, ble paragrafen opphevet ved lov 13. desember 1991 nr. 81, jf. Ot.prp. nr. 29 (1990-91): 94. Selve løsgjengerloven ble opphevet så sent som 1. januar 2012. Se: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/otprp/20042005/otprp-nr-113-2004-2005-/3.html?id=186182>

¹² Hamran 2005.

¹³ Furre B. *Norsk historie 1905 – 1940*. Oslo 1971: 65.

¹⁴ Ellen Schrupf har skrevet utførlig om kommisjonens arbeid, jf. note 3.

medisin, alkoholens virkninger på organismen, alkoholforskrivning og de såkalte kuranstaltene.¹⁵

Det ble opprettet flere slike anstalter i disse årene. Den første, Blåkorshjemmet på Eina i Oppland, ble etablert i 1909. Den andre, Ørje kursted i Østfold, ble bygget av Legeforeningen i 1910. Foreningen hadde ansvar for driften fram til 1920, da tok staten over. I de første par tiårene presenterte institusjonen seg som nerveklinikk og sanatorium, og et sted for medisinsk behandling, i 1930-årene ble den nærmest en arbeidsanstalt.¹⁶ I dette tiåret var det seks kursteder i Norge, én for kvinner og fem for menn. De dårligst stilte, de som ble betegnet som «rene lasaroner», ble sendt til tvangsarbeidsanstalter, som oftest til det beryktede Opstad på Jæren, opprettet i 1917.

Den store alkoholkommisjonen sluttførte sitt arbeid i 1915, men den 3000 sider lange innstillingen ble arkivert – inntil videre. I desember 1916, under regjeringen Knudsen (V), startet nemlig *Forbudstiden* i norsk historie. Regjeringen vedtok å innføre allment importforbud for alkoholholdige drikkevarer over 15 % (senere over 12 %), dvs. hetvin og brennevin, først som midlertidig ordning grunnet krigen. Etter en folkeavstemning i 1919 ble det vedtatt permanent forbud mot all handel av hetvin og brennevin – derav betegnelsen «forbudstid».¹⁷ Begrunnelsen var av både handelspolitisk og næringspolitisk art, men hensikten var også å beskytte landets borgere mot selvdestruksjon, sykdom og sosial og økonomisk nød. Forbudet førte imidlertid til problemer med de største eksportørlandene av alkohol, Frankrike, Portugal og Spania. De truet med skyhøye tollsatser på norske varer, særlig fisk, dersom importen stanset. Næringsgrunnlaget langs kysten ble truet. Det resulterte i handelsavtaler som innebar innførsel av store kvanta hetvin og brennevin som for det meste ble satt på lager. I 1922 ble dessuten Vinmonopolet etablert som et privateid aksjeselskap, men under statlig kontroll. Polet skulle stå for alt salg av vin og av brennevin til medisinsk bruk.

Tidsskrift for Den norske lægeforening bibeholdt interessen for alkoholspørsmålet, og to temaer var sentrale: Det ene dreide seg om brennevin som terapi, det andre om legers «misbruk» av situasjonen. Under forbudet måtte nemlig all alkohol til medisinsk

¹⁵ Se Schjøtz A. Mellom legekunst og vitenskap – Tidsskriftet 1906-56. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 126: 2006: 3300–04.

¹⁶ Hamran 2005b.

¹⁷ Det var forbud mot omsetning av brennevin 1916–26, og av hetvin 1917–23.

bruk forskrives av lege. Enkelte brøt yrkesetikken og så muligheten til rask fortjeneste. Begrepet «brændevinsdoktor» oppsto. Det var leger som skrev ut resepter i enorme mengder og håvet inn penger. Det ble flere eksklusjoner fra Legeforeningen på dette grunnlaget, men bare et fåtall ble straffeforfulgt.¹⁸

I 1927 – etter to folkeavstemninger og tre regjeringsavganger – opphørte importforbudet av alkoholholdige drikker. Årsakene var flere, men det ble særlig vist til utstrakt smuglervirksomhet og hjemmebrenning, økt salg av vin og øl, og legenes tvilsomme reseptpraksis. Dette siste kom ikke minst til uttrykk i forbindelse med spanskesyken som herjet som verst i årene 1918–19. Her var hjelpemidlene få, hvis noen, og mange sverget til konjakk som eneste effektive «medikament», både i forebyggende og terapeutisk øyemed. Innad i legekretser var det så visst ingen samstemmighet om konjakkens velsignelse. Høyt respekterte professorer og overleger kunne ikke enes, og debatten var høylytt.¹⁹ Problemet for dem som sverget til konjakken, var at regjeringsmedlemmene var uenige seg i mellom om man skulle løsne på importforbudet. Skulle man tillate konjakk midt i forbudstiden, da alt salg av den slags var reseptbelagt? Det ble fremmet forslag om å se bort fra kravet om resept fra lege og dele ut en halv flaske til hver husstand. Men sosialminister Abrahamsen (V), selv avholdsmann, satte seg imot. Likevel vedtok regjeringen å frigi brennevinet en gang da Abrahamsen var bortreist. Folk tok villig imot. Også avholdsfolket fikk av skjenken, og «dei svelgde særs godt unna», meldte en distriktslege fra Nord-Vestlandet.²⁰

Avholdsbevegelse og måteholdsbevegelse

Vender vi tilbake til legfolks kamp for å bekjempe alkoholens skadevirkninger, som først og fremst var knyttet til sosiale forhold som alkoholiserende familieforsørgere, uteblivelse fra arbeid, fattigdom, kriminalitet og økonomisk nød, ser vi at det allerede fra midten av 1800-tallet ble tatt affære i organiserte former. I Norge ble det opprettet en *avholdsbevegelse* og en *måteholdsbevegelse* der henholdsvis totalavhold og måtehold,

¹⁸ Se Hem PE, Hem E. Et regelverk fullt av smutthull – legenes reseptrett i forbudstiden 1916–26. Tidsskrift for Den norske legeförening 2012; 132: 2636–40, Hem PE, Hem E. «Tør virkelig en læge vove at negte en patient kognak?» – legenes reseptforskrivning i forbudstiden 1916–26. Tidsskrift for Den norske legeförening 2012; 132: 2641–45. Se også Schiøtz 2006.

¹⁹ Schiøtz A. Folkets helse – landets styrke. Bind 2. Det offentlige helsevesens historie 1850–2003. Oslo 2003: 222–23.

²⁰ Ibid.

altså forsiktig bruk av alkohol, var siktemålet. Alkoholbruk ble her sett som et sosialt og individuelt normproblem. Svaret var å drive *forebyggende* arbeid: Folk måtte oppdras, skjenkingen opphøre eller innskrenkes. Det viktigste var at tilgangen på alkohol måtte reguleres. Avholdsbevegelsen – som besto av ulike organisasjoner, hvorav Blå Kors (stiftet i 1906) var den største – fikk en enorm oppslutning de først to-tre tiårene etter århundreskiftet, og stor innflytelse over utformingen av alkoholpolitikken. I 1913 talte den hele 250 000 medlemmer i et land med 2,4 mill innbyggere (10,4 %). Men opphevelsen av forbudet i 1927 innebar et markant alkoholpolitisk skifte, og med dette mistet også Avholdsbevegelsen mye av sin innflytelse.

Fra 1930-tallet: Nye holdninger, nye kontrollorgan

Den tidligere omtalte Alkoholkommisjonen av 1910 fremmet en rekke forslag om hvordan man kunne begrense de sosiale og helsemessige skadevirkningene av alkoholmisbruk. Lovgivning som sikret behandling av alkoholskadde, var ett av flere virkemidler som kommisjonen anbefalte. Oppfølgingen kom i form av edruskapsloven av 1932 (iverksatt først i 1939), som bl.a. la vekt på behandlingsaspektet. Men loven sikret langt fra bare behandling, siktemålet var først og fremst å regulere alkoholmisbruk og alkoholmisbrukeren for slik å beskytte omgivelsene. Det innebar forebyggende arbeid og utvidet tvang og kontroll. Det ble opprettet kommunale edruskapsnemnder som skulle arbeide for bedring av edruskapen i lokalsamfunnet. Nemndene fikk fullmakt til å gripe inn overfor misbrukere, og i ytterste konsekvens tvangsinnlegge på kursted. Her skulle misbrukerens livsførsel korrigeres gjennom arbeid og streng disiplin.²¹ Målet var å «omforme» pasientene til nyttige samfunnsborgere, ikke å gi medisinsk behandling som kurstedene tidligere hadde hatt som oppgave.²²

Til grunn for de nye tiltakene lå den kjensgjerning at det blant politikere og andre som hadde befatning med rusomsorg og forebygging, hadde skjedd en holdningsendring i synet på alkohol. Vi ser en «måteholdsmoralsk» dreining i norsk alkoholpolitikk, og det alkoholfrie samfunn framsto nå som en utopi, skriver historikeren Olav Hamran.

²¹ I 1964 ble det bestemt at edruskapsaker skulle samordnes med annet sosialt arbeid i kommunene og legges under sosialstyret. Edruskapslovens § 16 ble opphevet med lov om sosiale tjenester m. v. av 13.12.91 (Sosialtjenesteloven).

²² Hamran 2005b.

Alkoholmisbrukeren ble det sentrale tema. Han – det var som regel en han – var et sosialt avvik, moralsvikt var kjennetegnet, fortsetter Hamran. Slik søkte myndighetene å pålegge den enkelte misbruker et personlig ansvar for å normalisere sin livsførsel. Med dette gikk alkoholspørsmålet fra å være et samfunnsproblem til å bli et individuelt problem.²³

Blant forskere har det imidlertid hersket ulike oppfatninger om 1930-årenes syn på alkoholikeren.²⁴ Var det sviktende moral som kjennetegnet disse personene, eller var misbrukeren et sykt menneske? Ulike «definisjoner» påkalte ulike behandlingsopplegg. En syk måtte ha medisinsk behandling for å bli frisk. Svak moral krevde streng disiplin og i ytterste konsekvens tvangsarbeid, dersom adferden skulle kunne korrigeres. Uansett synspunkt hadde medisinen en viss politisk gjennomslagskraft i dette tiåret. Det kom bl.a. til uttrykk gjennom opprettelsen av statens spesiallege for alkoholistforsorgen i 1931. Fremfor alt var det *psykiatrien* som fikk en plass innenfor behandlingsapparatet, og som fikk ansvaret dersom sinnssykdom og ikke alkoholisme, ble oppfattet å være den primære lidelsen. Og slik var det en psykiater, Ørnulf Ødegaard, som skrev det sentrale kapitlet om «Alkoholbruk» i medisინutdanningens første lærebok i sosialmedisin, den gang kalt *Lærebok i hygiene*, utgitt i 1937.²⁵ Her belyste han blant annet den høye dødeligheten blant misbrukerne, som var mye høyere for menn enn for kvinner. Ødegaard refererte til en undersøkelse fra Stockholm som viste at hver 10. mann i byen i løpet av livet var blitt anmeldt til edruelighetsnemnden for misbruk. Av kvinner var det bare én av hundre. I det hele tatt er alkoholmisbruk gjennom tidene blitt knyttet til mannlig livsstil.²⁶ Ellers berører læreboka flere av de spørsmål som også opptar oss i dag, slik som årsakene til alkoholmisbruk, de strukturbestemte og de individbestemte; videre hvor grensen går mellom bruk og misbruk, omfanget av bruken, samt skadevirkninger på fysisk og psykisk helse, dernest lovgivning, alkoholistomsorg og forebyggende arbeid.

Tiden etter

²³ Hamran 2005 a og b.

²⁴ Se bl.a. Schrumpf 2003.

²⁵ Schiøtz C (red.). Lærebok i hygiene. Oslo 1937: 300–312.

²⁶ I Norge har alkoholforbruket blant kvinner vært økende, men det er fortsatt lavere enn blant menn. Om kjønnsforskjeller se bl.a. Willner S. Alkoholpolitik och hälsa hos kvinnor och män. I: Sundin J m.fl. (red.) Svenska folkets hälsa i historisk perspektiv. Stockholm, Statens folkhälsoinstitut 2005.

Perioden fra 1940 og til et stykke ut på 60-tallet representerte lite nytt hva gjelder rusomsorg og alkoholpolitikk. Det som skjedde, var en videre utbygging av behandlingsskapiteten og alkoholistsomsorgen. Troen på at det nyttet å behandle og kurere hadde vært økende. Så kom 1970-årene og vi ser igjen en dreining i politikernes syn på spørsmålet, nå mot en humanisering. Noe av det viktigste som skjedde var opphevelsen av den allerede omtalte tvangsarbeidsordningen i 1970. Mange hadde arbeidet for dette, bl. a. KROM (Norsk forening for kriminalomsorg) som ble stiftet to år tidligere.²⁷

Myndighetene stilte seg også mer tvilende til at alkoholisme var en sykdom, og at behandling av alkoholisme var blant de viktigste edruskapsmessige oppgavene i samfunnet. Politikken la på ny vekt på regulering, denne gangen via pris og tilgjengelighet. Og som i psykiatrien og i barnevernet ønsket man å bygge ned institusjonsomsorgen. Likeledes ble skepsisen mot å blande religion inn som en del av behandlingsopplegget stadig større, en ideologi som lå til grunn for flere av de private institusjonene. Nå ville man integrere alkoholistsomsorgen i det øvrige helse- og sosialvesen, og ikke se på den som en type særomsorg. Det innebar at man ønsket at all type behandling skulle skje i regi av det offentlige hjelpeapparatet.

Andre rusmidler

I historiske kilder nevnes misbruk av narkotiske stoffer sjelden. Det betyr imidlertid ikke at slike stoffer ikke ble forhandlet og benyttet, og at det ikke fantes lovgivning på feltet. Kriminologen Ragnar Hauge skiller mellom ritualistisk bruk, dvs. bruk innvevd i religiøse og sosiale ritualer, videre til rekreasjonsmessig bruk, gjerne begrenset til kunstnerkretser og folk fra høyere sosiale lag, og endelig medisinsk bruk. Hauge viser også til hvordan norske og internasjonale myndigheter i tidligere tider, har forholdt seg til spørsmålet og regulert feltet.²⁸ Her kan det være verdt å nevne at i helsehistoriske arkiver handler det først og fremst om helsepersonells og særlig legers misbruk og

²⁷ Mer om dette og om utviklingen senere i Thorsrud 2000.

²⁸ Se Hauge R. Fra opiumskrig til legemiddelkontroll. Oslo 1989 og Hauge R. Rus og rusmidler gjennom tidene. Oslo 2009. Se også Fjær S. Kontroll og forebygging i internasjonal rusmiddelpolitikk. I: Elvbakken KT, Fjær S, Jensen TØ (red.). Mellom påbud og påvirkning. Tradisjoner, institusjoner og politikk i forebyggende helsearbeid. Oslo 1994.

forskrivningspraksis.²⁹ Men vi finner også en del eksempler på overforbruk av narkotiske stoffer i terapeutisk øyemed. Slik var opium lenge et vanlig legemiddel som ikke sjelden fikk uønskede konsekvenser. I det følgende er det imidlertid den nyere historien som er tema, og vi skal gå nærmere inn på når og hvor problemene oppsto, hvordan problemene ble forstått, og den medisinske og politiske tilnærmingen til feltet. Ganske så likt alkoholpolitikken, har også dette feltet vært preget av en balansegang mellom forebygging og behandling på den ene siden, og kriminalkontroll og begrensning av tilgang og omsetning på den andre.³⁰

Eksplisjonen: ungdomsmisbruket fra 1960-årene

Det var i andre halvdel av 1960-tallet at narkotikamisbruk oppsto som samfunnsproblem i Norge. Det som karakteriserte de narkomane før midten av tiåret, var at så godt som alle skaffet seg stoffer via legale kanaler, og for medisinsk bruk. Og slik forble dette et spørsmål for de medisinske autoriteter, misbrukeren og hans eller hennes nærmeste. Politikken ble holdt utenfor. Med ett skjedde det noe: Fra 1965-66 og de kommende årene meldte hovedstadspressen stadig oftere om ungdommer som misbrukte narkotiske stoffer og som fikk alvorlige helseproblemer. Men nå handlet det ikke lenger om stoffer anskaffet på lovlig vis og for medisinske formål, det dreide om avhengighetskapende stoffer anskaffet på ulovlig vis, og uten medisinsk anvendelse og kontroll.

Den første lokale undersøkelsen med henblikk på bruk av narkotika ble foretatt blant ungdommer i Oslo i 1968. Dette året oppga vel 5 % av ungdom mellom 15 og 20 år at de hadde prøvd stoff. To år senere, i 1970, var andelen steget til 12 %. Samme år skjedde det første overdosedødsfallet i byen. Det ble dessuten konstatert at det hele begynte med bruk av marihuana og cannabis blant unge fra hovedstadens sosialt og

²⁹ Jf. "Legearkivet" under Riksarkivets arkivmateriale for Sosialdepartementet, Helsedirektoratet/Medisinaldirektoratet, H1.

³⁰ Dette delkapitlet bygger i hovedsak på Blindheim M. 1969 – fortellinger fra et år. Rus & avhengighet, 1999, nr. 6. Fjær S. From Social Radicalism to Repression: The construction of Norwegian Drug Policy in the 1970s. I: Andresen A, Elvbakken KT and Hubbard WH (eds). Public Health and Preventive Medicine 1800–2000. Knowledge, Co-operation, and Conflict. Conference Proceedings. Bergen Rokkansenteret, Report 1, 2004. Lind BB. Narkotikakonflikten. Stoffmisbruk og myndighetskontroll. Oslo 1974. Schrupf 2006 (jf. note 3). Ødegård E. En historikk over norsk narkotikapolitikk og politikken meningsforankring. Notat, SIRUS 2011.
http://www.sirus.no/En+historikk+over+norsk+narkotikapolitikk+og+politikken+meningsforankring.E2x322-8_Bp77BFv3TR9D6CJ1K1yUwBVPL28nMhPLZB9MtlY05hRHS4h.ips (oktober 2012)

økonomisk bedrestilte miljøer. Undersøkelsen ble fulgt opp, og årlige oversikter viste en dramatisk økning fra de tidlige 1970-årene, dernest fulgt av stabilisering. Prevalensen, dvs. de som overhodet hadde prøvd narkotika i Oslo, nådde en topp i 1974. Da var den på 20 %, og den stabiliserte seg på dette nivået. Også fra politiet kom det bekymringsmeldinger. I 1967 ble 60 ungdommer arrestert for bruk og omsetning av narkotika, hvorav minst åtte hadde behov for omfattende behandling. De påfølgende årene meldte politiet at antall saker var i sterk vekst. I løpet av noen få år var det dessuten blitt etablert en liten, men svært synlig subkultur av stoffmisbrukere i Oslo. De holdt til på Nisseberget i Slottsparken og representert en helt annen «kultur» enn de såkalte fyllikene.

Økende bruk og misbruk ble sett på som et svært alvorlig problem, ja, som alarmerende. Og det spredte seg. Fra distriktslegene utover i landet kom det urovekkende meldinger. Et eksempel finner vi fra Øst-Finnmark. Distriktslege Anders Forsdahl skrev i sin medisinalberetning for Sør-Varanger for året 1974 at her hadde politiet rullet opp en stor narkotikasak der ca. 60 ungdommer, til dels svært unge, hadde benyttet «hasjis».³¹ Men hvordan forsto man problemet og hvordan ble det angrepet?

Helsedirektøren tar saken

Tidligere helsedirektør Karl Evang var blant de første som diskuterte de antatt økende problemene narkotikahandel og -bruk ville forårsake. Det skjedde fra tidlig i 1960-årene – i bøker, artikler og foredrag, og i offentlig debatt. Han hadde fulgte utviklingen i andre land, og Norge var så visst ingen isolert øy. Internasjonalt, påpekte Evang, ble det forsøkt opprettet et marked der kyniske bakmenn sto bak. Han prøvde også å analysere hva den økte bruken skyldtes. Misbruket blant *ungdom* – ikke minst i byene – som han så som et stadig mer omfattende problem, var «i meget høy grad [...] forårsaket av den alminnelige alienationstendens [fremmedgjøringstendens] i vår kulturkrets». Etter helsedirektørens mening utgjorde de mentale tilpasningsproblemene i dagens samfunn de alvorligste helseproblemene både i «legemlig og i sinnsmessig forstand».³²

³¹ Referert i Schiøtz A. Doktoren. Distriktslegenes historie 1900–1984. Oslo 2003: 341.

³² Evang K. Levekårene under forandring 1967. I: Norge 1987. Oslo 1968: 57.

En alternativ oppfatning om det tidlige misbruket, var at de ungdomsnarkomane representerte en politisk protestbevegelse og et opprør mot den borgerlige livsstil, snarere enn at det dreide seg om flukt fra en vond og vanskelig hverdag. Illustrerende er den enorme innflytelsen den amerikanske filmen *Woodstock* fra 1969 fikk, en film som bygde på Woodstock-festivalen fra samme år. Her var narkotikabruk utbredt og flere av de mest markante artistene var misbrukere – enkelte av dem med dødelig utfall.

Hvordan grep Evang saken an? Han hadde en rent rasjonell tilnærming til dette, som til det meste annet han var i befatning med. Politikken måtte utformes på bakgrunn av kunnskap og vitenskapelige funn, særlig fremskaffet av legestanden. Han betraktet nærmest fenomenet som en *epidemisk trussel*, der smittefaren var stor, og han initierte derfor tidlig forsøk på å skape en felles nordisk epidemiologi på narkotikaområdet. Her var innhenting og analyse av data om innførsel og utbredelse det vesentlige. På det institusjonelle og administrative plan ønsket Evang sterk statlig styring, og var derfor lite interessert i å samarbeide med religiøse aktører som var engasjert i alkoholistsorgen.

«Med helsedirektøren i spissen», skriver Martin Blindheim, «bestemte Norge seg for en bred bekjempelse av narkotikaområdet. Slike stoffer var fremmedelementer som ikke hadde noen plass i norsk kultur.»³³ Visjonen om det stoffrie samfunn var etablert. Således støttet Evang driften ved Statens klinikk for narkomane på Hov i Land. Den ble opprettet allerede i 1961 og var den første spesialklinikk for denne pasientgruppen i Europa. Hertil ble det knyttet en overlegestilling for narkomani på linje med statens overlege for alkoholistsorgen. De første årene tok klinikken imot de «klassisk narkomane», dvs. etablerte, voksne personer med rusproblemer, helst forårsaket av overforbruk av medisinske medikamenter. Deretter, i årene 1967–69, kom de ungdomsnarkomane, 15-20-åringene.

For å møte de «eksplosive» problemene i hovedstaden, ble det i 1969 etablert tre nyskapingner: Uteseksjonen, Statens ettervernsenter og Aksjonen mot narkomani. «Aksjonen» var den første foreldreforeningen i landet. I 1970 ble Sollia-kollektivet etablert, det sprang ut av Statens klinikk på Hov i Land. Med dette var mye av rammeverket for tiltaksapparatet i narkotikaomsorgen lagt. En god del år senere, i 1977, fikk vi Sentralrådet for narkotikaproblemer som var et koordinerende organ for den

³³ Blindheim M. 1999:43.

offentlige innsatsen på feltet. Rådet skulle følge utviklingen, gi råd til Storting og regjering, men også virke for samarbeid mellom offentlige og private instanser.

Kriminalisering og straff

Det var flere aktører på banen. Foruten helsemyndighetene tok også rettsvesenet affære, og de to partene samarbeidet. Den dominerende i dette arbeidet var likevel helsedirektøren, og juristene lyttet. Slik spilte Evang en viktig rolle i det forberedende arbeidet med hensyn til kriminaliseringen av feltet. Mønsteret hentet han fra utlandet, og han fikk støtte i Stortinget. Således ble det i 1968 fattet vedtak om et tillegg til straffeloven som sa at ikke bare omsetning av narkotiske stoffer var straffbart, men også *bruk* – et spørsmål som siden har vært under kontinuerlig debatt. Logikken bak var oppfatningen om at bruk av stoff ikke var en privatsak, men en handling som representerte en mulig fare både for individet selv og for individets sosiale omgivelser. Det handlet om *sosial smitte*, og derfor måtte samfunnet ta affære. Bruk fikk en strafferamme på maksimum *tre måneder* i fengsel, mens omsetning fikk en strafferamme på inntil *fem års* fengsel. Her øyner vi at tradisjonene stikker dypt med hensyn til bruk av politiske virkemidler i begrensnig av vanedannende stoffer. Kriminalisering og straff var velkjent også fra alkoholpolitikken.

Bestemmelsen om å kriminalisere bruk av stoff var også basert på antagelsen om at det eksisterte åpne kanaler mellom rettssystemet og helsevesenet. Enhver som hadde behov for behandling, skulle tilbys slik. Misbrukere som ikke tok imot behandling, representerte en potensiell fare for samfunnet og måtte ivaretas av ordensmakten, av politi og rettsvesen. Virkeligheten har vist at disse kanalene langt fra har vært så åpne som man i utgangspunktet ønsket. Behandlingsplasser og behandlingstilbud har alltid vært mangelvare.

1970-årene: nye mottiltak

Også andre enn offentlige myndigheter meldte sin interesse og tilbød sine tjenester. En liten gruppe leger, psykiatere og sosialmedisinere, engasjerte seg allerede fra 1960-tallet, og i det neste tiåret skulle de få stor innflytelse i formingen av politikken. Den sosialmedisinske tilnærmingen til narkotika var av forebyggende art. Den ble fundert på

to pilarer: for det første å stoppe spredningen av illegale stoffer; for det andre å styrke befolkningens motstandskraft slik at unge mennesker ikke lot seg lokke inn miljøer som eksperimenterte med bruk av stoff. Epidemitankegangen var levende. Det var med andre ord snakk om å oppøve *sosial* og *mental* motstandskraft og hindre sosial smitte. Det er her interessant å relatere til hvordan forebygging av smittsomme sykdommer hadde foregått i tidligere tider. Og ser vi ikke her en arv fra fortiden, fra tidligere tiders forebyggende arbeid mot tuberkulose og epidemiske sykdommer? Da var løsningen å styrke den *fysiske* motstandskraften og å isolere de syke fra de friske, og slik hindre smittespredning.

På tvers av profesjoner og etater oppsto det til dels urealistiske visjoner om betydningen av behandling, strengere straffer og mer kontroll. Hvorvidt bruken av stoff skulle være individets frie valg, ble også diskutert, særlig på 1970-tallet, men liberale synspunkter hadde ingen gjennomslagskraft. Her øyner vi et paradoks i forhold til andre samfunnsområder. Mens myndighetene i 70-årene innførte mer liberale ordninger i psykiatrien og i kriminalomsorgen, ble politikken innen for narkotikaområdet strengere. Symptomatisk er det at man i 1984 økte strafferammen fra fem til *21 år* for omsetning av narkotiske stoffer.

Den første helhetlige formuleringen av en nasjonal narkotikapolitikk ble gjort i *St.meld. nr. 66 (1975-76). Om narkotikaproblemer*. I ettertid er det blitt hevdet at meldingen i stor grad la rammene for de kommende tiårenes politikk innen feltet. Meldingen bærer likevel preg av å være et produkt av sin tid. Således gir den, i tråd med 1970-årenes problemforståelse på andre områder, uttrykk for at man så på det stadig økende misbruket som et strukturelt problem, ikke som et resultat av frie valg. Som Evang tidligere hadde gitt uttrykk for, handlet dette om fremmedgjøring, følelse av maktesløshet, normløshet og tap av mening i tilværelsen. Og det hele bunnet i store samfunnsendringer som det enkelte individ ikke hadde kontroll over: endringer i familiestruktur, i arbeidsliv og i bosettingsmønster, og dermed også endringer i sosiale relasjoner.

Nye utfordringer: Dreining i syn og politikk

Den største utfordringen i 1980-årene for de narkomane, for dem som hadde befatning med dem og for politikerne, kom utvilsomt i kjølvannet av HIV-epidemien. Den meldte

seg midt i tiåret. Misbrukerne var ekstremt utsatt for smitte, og frykten bredte seg. Slik strømmet de til behandlingstilstandene, som knapt nok hadde kapasitet til å hjelpe dem. Myndighetene svarte med å opprette 400 nye døgnbehandlingsplasser og å tilby etterutdanning for helsepersonell.

1990-årene hadde også sine utfordringer, om enn på en annen måte. I en stortingsmelding fra 1997 var «gladmeldingen» at misbruket hadde stabilisert seg og at det til og med hadde skjedd en vis reduksjon.³⁴ Men det var absolutt ting å bekymre seg over: Det var registrert økt internasjonal tilgjengelighet gjennom ulovlig produksjon og handel, noe som også hadde lettet tilgjengeligheten i Norge. Det var dessuten introdusert nye stoffer i ungdomsmiljøene og i miljøer utenom de tradisjonelle misbrukermiljøene. Disse var koblet til internasjonale ungdomskulturelle strømninger. Etter starten av ungdomsmisbruket på 1960-tallet hadde altså misbruket nådd nye grupper. Og sist, men ikke minst, mange av misbrukerne av heroin og andre stoffer var nedslitte og forkomne, og dødeligheten i gruppen var høy. Dette siste syntes å introdusere et nytt perspektiv i den politiske tilnærmingen, blikket for enkeltmennesket.

Et annet av 1990-tallets og senere 2000-tallets store diskusjonstemaer – som kan ses i det samme lys – var knyttet til de såkalte *skadereduserende tiltak*. Det dreide seg om utdeling av sprøyter til de narkomane, med en «forsiktig» start tidlige i tiåret, og metadonbehandling. Stortinget vedtok det siste som et statlig forsøksprosjekt i 1992, introdusert i 1994 som «Metadonprosjektet i Oslo».³⁵ I stortingsmeldingen fra 1997 finner vi følgende om skadereduserende tiltak:

Selv om målet for vår innsats er rusfrihet, vil det forekomme situasjoner der misbrukerne ikke har et uttalt ønske om å komme seg ut av misbruket. I disse tilfellene må hjelpeapparatet bidra til skadereduserende og stabiliserende tiltak. [...] 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.³⁶

³⁴ St.meld. nr. 16 (1996-97). Narkotikapolitikken.

³⁵ I dag er metadonbehandling et landsdekkende tilbud.

³⁶ St.meld. nr. 16 (1996-97). Narkotikapolitikken, pkt. 5.8 Skadereduksjon.

Med dette ble nullvisjonen om et narkotikafritt samfunn i realiteten forlatt, selv om myndighetene påsto noe annet. Det førte til en opphetet debatt der mange hevdet at det hadde skjedd en liberalisering av narkotikapolitikken. Men leser vi videre i meldingen, heter det: «Sammenblandingen er uheldig, og tjener i liten grad utviklingen av et mangfold av strategier og tiltak i kampen mot narkotikamisbruk.»³⁷

Det har vært vedvarende kontroverser også om andre spørsmål i norsk narkotikapolitikk gjennom de siste tiårene. Slik har mange påpekt at Norge har en svært repressiv politikk sammenliknet med en rekke andre land, og kritikerne har fastholdt og fastholder at det er liten sammenheng mellom straffenivå og forbruk av narkotika. Andre faktorer som kultur, økonomi og levekår spiller en viktigere rolle.

Det er grunnlag for å hevde at norsk narkotikapolitikk snakker med to tunger. Det normative fundamentet i tilnærmingen til narkotikafeltet har vært uforandret: forbud og streng kontroll. Fra 1990-tallet ble det imidlertid vist vilje til å se den narkomane som et lidende menneske med behov for hjelp, og ut fra slike vurderinger satt i gang skadereuserende tiltak. Talende er tittelen på *Meld. St. 30 (2011-2012). Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk*.³⁸ Men med dette ligger det også et paradoks i tilnærmingen: På den ene siden en streben etter et «rent» samfunn, på den andre siden en type assistanse som på ingen måte bidrar til å stoppe verken omsetning eller bruk.

I vår tid, som tidligere, vedtas det stadig endringer i rusmiddelpolitikken, endringer som ofte er gjenstand for uenighet og debatt. I de senere årene har blant annet den såkalte rusreformen vært omstridt. I 2004 ble ansvaret for fylkeskommunale tiltak for rusmisbrukere overført til staten ved de regionale helseforetakene. Foretakene fører en anbudspolitik som blant annet har innebåret nedleggelse av ulike sosialpedagogiske tilbud, som kollektiver.³⁹ Dernest er det stor skepsis til hvorvidt samhandlingsreformen (iverksatt 2012), der kommunenes er overlatt ansvaret for de «ferdigbehandlede» rusmisbrukerne, makter å oppfylle sine målsettinger. Men et annet tiltak fra 2012, som ikke var omstridt, var Helse- og omsorgsdepartementets beslutning om å opprette en

³⁷ Op.cit.

³⁸ Meld. St. nr. 30 (2012–2012). Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol – narkotika – doping.

³⁹ Se Rusbehandling i spesialisthelsetjenesten.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/hod/tema/rus/rusbehandling-i-spesialisthelsetjenesten.html?id=439355>

egen *medisinsk spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin*. Formålet er å styrke den medisinskfaglige kompetansen på rusfeltet, i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.⁴⁰

Det er flere spørsmål knyttet til historien om narkotika som ikke er utdypet her. Det gjelder framveksten av ulike behandlingsopplegg, kjønnsulikheter og atferd, samt legers forskrivningspraksis og misbruk blant helsepersonell. Og sist, men ikke minst: (mis)brukerne har selv ikke fått komme til orde. De vil kunne illustrere hvor vanskelige og mangefasetterte disse problemene er.

Refleksjoner

Svingninger mellom pågangsmot og resignasjon har preget norsk ruspolitikk gjennom årtier, om det har handlet om «drikkeondet» eller «narkotikaondet». Den offensive holdningen kommer som regel direkte til uttrykk, resignasjonen leser vi helst mellom linjene. Vi finner likheter i tilnærmingen til problemene. Og kanskje er den mest slående likheten bevegelsen fra en ubendig tro på det rusfrie samfunn, til innrømmelsen, direkte eller indirekte formulert, om at dette er utopi og vil forbli utopi. Vi ser det i alkoholpolitikken med forbudet i perioden 1916–27, og med overgangen til en langt mer pragmatisk holdning i 1930-årene. Da fikk Vinmonopolet i oppdrag å legge til rette for folks «normale» bruk av alkohol, og et «nasjonalt forbud ble erstattet med et nasjonalt tilbud».⁴¹ Innføringen av de skadereduserende tiltakene i narkotikapolitikken i 1990-årene kan ses i tilsvarende lys. De ble innført «for å redusere de skadelige virkningene av et pågående narkotikamisbruk, for den enkelte misbrukers helse og for samfunnet».⁴² Den store forskjellen i politikken på de to rusfeltene, er imidlertid at man på alkoholfeltet *åpent* har akseptert at moderat alkoholbruk er en del av vår kultur, mens man på narkotikafeltet *indirekte* medgir at «ondet» er kommet for å bli, selv «om målet for vår innsats er rusfrihet.»⁴³

⁴⁰ I brev av 7. september 2012 ba HOD Helsedirektoratet om å utvikle en rammeplan for spesialiteten innen utgangen av 2012. Videre het det at: «Spesialiteten skal knyttes tett opp mot spesialiteten i psykiatri og innrettes slik at den imøtekommer målene i samhandlingsreformen og rusavhengiges sammensatte sykdomsbilde.»

⁴¹ Hamran 2005b.

⁴² St.meld. nr. 16 (1996-97). Narkotikapolitikken, pkt. 5.8 Skadereduksjon.

⁴³ Ibid.