



Ketil Slagstad (f. 1983) er lege og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Foto: Sturlason

Dagens narkotikapolitikk har usosiale konsekvenser, er basert på et sviktende vitenskapelig grunnlag og bør revurderes.

Stoff, straff og sosial smitte

Mennesker har alltid hatt behov for å ruse seg, og spørsmålet om hvordan samfunnet skal regulere forholdet mellom nytelse og straff er ikke nytt. Alle rusmidler har potensielt helseskadelige virkninger. Men virker forbudspolitikken mot narkotiske stoffer – og til hvilken pris? Narkotikakrigens formål er i sin natur uklar: Hvem er krigen rettet mot – bakkemennene, brukerne, lovbruddene eller konsekvensene for helsen? Eller er det de «selvtransformerende» ruseffektene i seg selv man vil til livs (1)? Forbudspolitikken på globalt plan har ledet til kriminalitet, vold og økning i smittsomme sykdommer som hiv, hepatitt C og tuberkulose (2). På lederplass i *BMJ* hevdes det at «krigen mot narkotika for ofte [er] en krig mot de millioner av mennesker som bruker narkotika, og krigen rammer i størst grad fattige eller etniske minoriteter og kvinner» (3). Denne politikken har enorme økonomiske konsekvenser. Den har bidratt til å presse mennesker til å innta narkotika på mindre sikre måter og gjort det vanskelig for dem å oppsøke nødvendige helsetjenester (3). Ruspolitikken er vevd sammen med og forsterker allerede eksisterende diskriminerende tendenser i samfunnet.

Den globale narkotikakontrollpolitikken ble født da den internasjonale opiumskonvensjonen ble undertegnet i Haag i 1912. Tankegodset er siden gjenspeilet i tre FN-konvensjoner. Man har ønsket å begrense tilgangen på stoff gjennom streng lovregulering av narkotika til ikke-medisinsk eller vitenskapelig bruk (3). Konvensjonen har imidlertid ikke løst spørsmålene knyttet til begrenset personlig bruk, og forbudspolitikken har vært kritisert for å være farget av oppfatninger om rusmiddelbruk og avhengighet som ikke er vitenskapelig fundert (2). De negative effektene av en streng forbudspolitik har vært underbelyst (4).

Leger skal trøste, lindre og helbrede – og forebygge. Bruk av illegale rusmidler som *samfunnsproblem* begynte man først å snakke om i annen halvdel av 1960-årene (5). For helsedirektør Karl Evang var stoffbruken blant ungdom «i meget høy grad [...] forårsaket av den alminnelige alienationstendens i vår kulturkrets». Slik følger medisinhistoriker Aina Schiøtz visjonen om «det stoffrie samfunn» tilbake til Evangs samfunns hygiene (5). Dette var også bakteppet for den senere kriminaliseringen av personlig bruk gjennom tillegget til straffeloven av 1968: Stoffbruk ble ansett som *sosial smitte* som krevde særlige tiltak. Parallelt er helsehjelpen blitt institusjonalisert gjennom blant annet opprettelsen av Statens klinikk for narkomane i 1961, overføringen av ansvaret for rusmiddelavhengige til spesialisthelsetjenesten i 2004 og opprettelsen av en egen spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin i 2012. Ifølge Schiøtz har norsk narkotikapolitikk vært kjennetegnet av et paradoks: På den ene side har man gjennom lovverket hatt en sterk tro på det rusfrie samfunn, på den annen side har man gjennom skadereduserende tiltak som metadonprogrammet og sprøyteutdeling erkjent at dette er en utopi (5).

Det er ikke slik at de fleste rusrelaterte dødsfall skyldes heroin – dødsfall som følge av alkoholbruk er langt hyppigere (6). Legemiddelassisi-

stert rehabilitering (LAR) er livreddende, og trolig kom vi her i landet for sent i gang med slik behandling (7). Det har også vært en bekymringsfull utvikling med nye, potensielt svært skadelige psykoaktive stoffer (8). Ofte vet ikke helsepersonell hva de gir behandling mot, og det finnes ingen motgift. En konsekvens av en streng forbudspolitik er at bruken forskyves fra kjente, relativt ufarlige ulovlige stoffer (f.eks. cannabis) til nye, ukjente, potensielt mye farligere (men ennå ikke ulovliggjorte) stoffer (f.eks. syntetiske cannabinoider) (9). Forbudspolitikken bereder grunnen for et marked for produksjon av nye stoffer.

Vi vet ikke hvilken ruspolitisk modell som er den beste – land som har myket opp politikken har løst dette forskjellig. Mange tiltak må integreres, men en klar anbefaling fra John Hopkins-*Lancet*-kommissjonen er å avkriminalisere bruk, besittelse og salg av mindre mengder narkotika og å styrke medisinske og sosiale alternativer til juridiske sanksjoner (2). Rusavhengighet hos enkeltpersoner skal betraktes som sykdom heller enn utslag av slett moral, samtidig som vi ikke må glemme sosialmedisinens innsikter i de strukturelle mekanismene som ligger bak og vedlikeholder problemene. Gjennom å særstille narkotika fra andre potensielt helseskadelige fenomener, for eksempel tobakk, alkohol, usunn mat og belastende sportsaktiviteter, er oppmerksomheten blitt dreid vekk fra skadereduksjon, slik vi ser det på disse arenaene, til forbud (2).

Riksdekkende medier har åpnet spaltene slik at brukerne selv kan fortelle om sine erfaringer. Leger er lite til stede i debatten. Hvorfor er vi så stille? Er vi for travelt opptatt med enkelttilfellene, i akuttmottaket, på legekantoret og poliklinikkene? Eller føler vi at vi ikke har innsikt nok i problemstillingene som diskuteres? Vi bør uansett bidra til en kunnskapsbasert politikktutforming. Som leger har vi både kunnskap og ansvar – noe som bør gjøre oss ledende i kampen for en mer human ruspolitikk. Samfunnet er også vår pasient.

Litteratur

1. Stengers I, Ralet O. Drugs: ethical choice or moral consensus? I: Stengers I, red. Power and invention: situating science. Minneapolis, MN: Minnesota University Press, 1997.
2. Csete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M et al. Public health and international drug policy. *Lancet* 2016; 387: 1427–80.
3. Godlee F, Hurley R. The war on drugs has failed: doctors should lead calls for drug policy reform. *BMJ* 2016; 355: i6067.
4. Reforming international drug policy. *Lancet* 2016; 387: 1347.
5. Schiøtz A. Rus og rusmiddelpolitikk i Norge: Et historisk tilbakeblikk. Oslo: Den norske legeforening, 2012. [http://legeforeningen.no/PageFiles/103758/Rus%20og%20ruspolitikk%20i%20Norge%20-%20et%20historisk%20tilbakeblikk%20\(Oppdatert%202016\).pdf](http://legeforeningen.no/PageFiles/103758/Rus%20og%20ruspolitikk%20i%20Norge%20-%20et%20historisk%20tilbakeblikk%20(Oppdatert%202016).pdf) [29.11.2016]
6. Folkehelseinstituttet. Rusmiddelutløste dødsfall i Norge i 2014. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016. www.fhi.no/ml/alkoholgrusmidler/statistikk/rusmiddelutloste-dodsfall-i-norge-i/ [29.11.2016].
7. Waal H. Norge på overdosetoppen? *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 1624.
8. Tuv SS, Krabseth HM, Strand MC et al. Nye rusmidler rett fra nett. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 721–3.
9. Andersson M, Kjellgren A. Aspects of Substance Displacement – From Illicit Drugs to Novel Psychoactive Substances. *J Addict Res Ther* 2016; 7: 283. www.omicsonline.org/open-access/aspects-of-substance-displacement--from-illicit-drugs-to-novel-psychoactive-substances-2155-6105-1000283.php?aid=74686 [29.11.2016].