NARKOTIKAPOLITISK PLATTFORM

for Actis – Rusfeltets samarbeidsorgan

(Vedtatt på Actis' landsmøte 2010, redigert januar 2011

Actis' narkotikapolitiske plattform (vedtatt 2010)foreligger i tre varianter.
- Den fullstendige plattformen (denne) foreligger kun digitalt og kan lastes ned fra www.actis.no
- Kortversjon I. Verdier, visjoner og forståelse (brosjyre)
- Kortversjon II Forebygging, behandling og kontroll (brosjyre))

Bruk av narkotika setter vår frihet og vekst som menneske i fare.

Narkotika kan være avhengighetsskapende. Det gir økt risiko for en rekke kroppslige og psykologiske skader og er livstruende for mange. Misbruk av narkotika er både et folkehelseproblem og et samfunnsproblem. Det kan forårsake smitte, ulykker og føre til kriminalitet, omsorgssvikt, fattigdom og utrygghet.

Narkotikamisbruk fører mennesker ut i elendighet og fornedrelse. Avhengighet og rusmisbruk er et hinder for frihet, selvstendighet, menneskelig vekst, alene og i fellesskap. Det utfordrer vår medmenneskelighet og vårt medansvar. Ingen er maktesløse – verken den enkelte misbruker eller dem som står rundt.

Actis – Rusfeltets samarbeidsorgan sin oppgave er å bidra til å redusere tilbud og etterspørsel gjennom politisk arbeid nasjonalt og internasjonalt. Vi vil ha et samfunn der helhetlig forebygging og behandling når alle som trenger det. Vi vil arbeide for et samfunn og en kultur der bruk av narkotika ikke finner feste.

INNLEDNING

1) ACTIS' VERDIER I NARKOTIKAPOLITIKKEN

Actis vil fremme verdien av et narkotikafritt liv.

a) Narkotikapolitikken handler om å verne menneskets frihet, utvikling og våre sosiale relasjoner. Narkotikapolitikken er derfor hovedsakelig en sosialpolitisk utfordring.

b) En aktiv narkotikapolitikk er et svar på de lidelser som bruk av narkotika fører til blant brukere og pårørende, ja for hele samfunnet; Men det er like mye et uttrykk for vårt syn på mennesket; betydningen av å være fri fra avhengighet og frihet til å vokse som et selvstendig og ansvarlig menneske - alene og i felleskap med andre. Mennesket må strebe etter å realisere det som ligger i oss. Dette er en viktig del av det å være et menneske. En *human* narkotikapolitikk er derfor en som sikrer dette.

c) Narkotikapolitikken har en *sterk kulturell dimensjon*. Et samfunn der personlighetsforandrende og avhengighetsskapende stoffer får en viktig rolle vil være til skade for vår kultur. En kultur uten narkotika er den beste rammen for menneskets skaperkraft og utvikling. Vi ønsker en kultur som fremmer ansvar for seg selv og for andre som selv ikke alene makter å ta det.

d) God omsorg dreier seg om både medmenneskelighet og grenser. Grenser handler om å ta ansvar for hverandre. Grenser skaper trygghet for særlig barn og unge som ikke har nok erfaring til å ta selvstendige velinformerte valg.

e) Andres eller egne svakheter og ulykke lærer oss noe om hva det betyr å være menneske. Når vi hjelper andre, får vi hjelp til bedre å forstå oss selv, våre muligheter og begrensninger. Dette er viktige verdier i vår kultur.

f) Misbrukere er *medmennesker*. Medmenneskelighet er å ta hensyn til andres sårbarhet fordi vi alle er sårbare. Alle har evnen til å frigjøre seg, til selvstendighet og vekst, men alle kan også mislykkes.

g) Mennesket har en fri vilje, men våre valg påvirkes av våre fysiske omgivelser, våre sosiale relasjoner, og av psykologiske og biologiske faktorer. Den frie vilje selv med sine begrensninger er avgjørende for å forstå vårt ansvar for oss selv og andre.

h) I narkotikapolitikken har barndom og ungdomstid en helt spesiell plass. Dette er en avgjørende periode for kroppslig og personlig utvikling så vel som for spredning av rusbruk i samfunnet.

i) Å beskytte barn og unge ligger sentralt i vår kultur, menneskesyn og biologi. Barn og unge representerer uskyld og sårbarhet. De må vernes ikke bare for den enkeltes skyld men for vårt menneskesyn og vår fremtidstro.

j) *Verdighet* i narkotikapolitikken må ha en helhetlig forankring i vårt menneskesyn. Verdighet har med å være et helt og selvstendig menneske.

k) Narkotikapolitikken må ha et element av *samfunnskontrakt*. I denne ligger en gjensidig forpliktelse som både skal beskytte og hjelpe den enkelte og som stiller krav og fremmer gjensidige forventninger.

l) Actis anerkjenner betydningen av å være på vei. Prøving og feiling har en verdi og er del av en personlig *frigjøring og vekst*.

3) ACTIS' VISJON

Actis sin visjon er et narkotikafritt liv for det enkelte menneske slik at det i frihet kan utvikle seg i fellesskap med andre.

a) Alle mennesker kan få et narkotikafritt liv. Vår visjon er et fellesskap som arbeider for en narkotikafri familie og venneflokk, et narkotikafritt nabolag og samfunn.

b) Vår visjon er en narkotikapolitikk som er helhetlig og langsiktig, som styrker en kultur med motstandskraft slik at narkotika ikke finner feste.

c) Vår visjon er et samfunn der særlig barn og unge kan vokse opp uten å bli eksponert for narkotika og narkotikarelaterte problemer slik Norge har forpliktet seg til i FNs barnekonvensjon fra 1989, artikkel 33:

"Partene skal treffe alle egnede tiltak, herunder lovgivningsmessige, administrative, sosiale og undervisningsmessige tiltak, for å beskytte barnet mot ulovlig bruk av narkotiske eller psykotrope stoffer, slik disse er definert i de relevante internasjonale traktater, og for å hindre at barn blir brukt i ulovlig produksjon og handel med slike stoffer".

d) Vår visjon er et samfunn som prioriterer forebygging fordi det er effektivt men også fordi det spesielt beskytter barn og unge.

e) Vår visjon er et samfunn som setter inn tilstrekkelig resurser på å hjelpe alle som lider på grunn av narkotikabruk, både misbrukere og pårørende, og som følger opp den enkelte så lenge som nødvendig gjennom en helhetlig politikk.

BAKGRUNN OG FORSTÅELSE

1) HVORDAN VI FORSTÅR PROBLEMET

Forståelsen av hva narkotikaproblemet er, er avgjørende for hvilke tiltak man setter inn både med hensyn til forebygging og behandling.

a) Narkotikaproblemene har både en kroppslig, psykologisk, sosial og kulturell dimensjon.

b) *Avhengighet er en kompleks, sykdomslignende tilstand, men ingen sykdom.*
Når en narkotikamisbruker ikke kan avstå fra bruken, ikke er til å stole på, får tilbakefall etter behandling, har en plagsom atferd; og når mye av livet dreier seg om neste rus, har han eller hun en *avhengighet.*

c) "Misbruk" brukes når en refererer til skadelig bruk av narkotika. Misbruk og avhengighet skyldes sosiale, psykologiske, miljømessige og kulturelle årsaker.

d) Rusbruk kan skape og forsterke problemer for den enkelte, for familien og for samfunnet. For problembrukeren og de mest hjelpetrengende er problemene både akutte og langvarige. Bruk,

omsetning og produksjon bidrar til kriminalitet, vold, internasjonal terrorisme, miljøskader så vel som utviklingsproblemer i mange land.

e) Narkotikaproblemet er *et relativt nytt fenomen* og forskjellig fra den historiske bruken av alkohol og enkelte narkotiske stoffer. Det vi i dag kaller narkotikaproblemet, startet i ungdoms- og populærkulturen på slutten av 60-tallet, og har siden utviklet seg til et mye mer mangesidig og utbredt problem.

f) Bruken av narkotika er i dag et marginalt fenomen sammenlignet med alkohol og tobakk både når det gjelder sporadisk bruk og problembruk. Dette skyldes gode holdninger, sosiale normer og forbudets avskrekkende virkning.

g) *Dagens problembrukere* kjennetegnes av en omfattende bruk av mange ulike legale og illegale rusmidler og av bruken av stadig sterkere rusmidler. De narkotiske stoffene som nå er mest vanlig er brukt i stort omfang siden 70-tallet. Den mest betydningsfulle utviklingen ser ut til å være økende kombinasjonsmisbruk, ofte inkludert legemidler.

h) Det er flere veier inn i narkotikamisbruket. Det handler for mange om underliggende og forutgående sosiale og psykologiske problemer. For andre handle det om eksperimentering og sporadisk bruk. Rusmidlet blir så en medvirkende faktor i utviklingen av rusproblemet.

i) Å søke risiko og spenning er en del av det å bli voksen og selvstendig. Symbolikken i rusbruken spiller en rolle i den rituelle overgangen fra barn til voksen. Det er også et menneskelig trekk å søke både nytelse, spenning så vel som selvdestruksjon.

2) DEN KULTURELLE OG SOSIALE DIMENSJONEN

Den kulturelle og sosiale dimensjonen rundt narkotikaproblemet kommer ofte i skyggen av en helsemessig og biologisk forståelse.

a) Det mest framtredende kjennetegnet hos mange av problembrukerne og hjelpetrengende er hvilken rolle *sosiale relasjoner* og sosial situasjon har spilt. Mange er underpriviligerte, sosialt marginaliserte eller har hatt traumatiske opplevelser. Felles for mange er en vanskelig barndom. Slike problemer er ofte etablert *før* de ble rusmisbrukere.

b) Rusmisbruk kan skyldes blant annet at den er selvdefinert og ønsket. Enkelte kan søke tilhørighet, identitet, anerkjennelse eller bekreftelse av følelse av skyld og skam i et rusmiljø, gjennom rusmisbruk.

c) Rusmisbruk er for noen svar på et liv som mangler helhet og mening. Som massefenomen er dette et trekk ved vår tid. Mange føler seg *fremmedgjorte*. Dette er et sentralt tema i vår moderne kultur. Båndene til familie, kultur, fellesskap, tradisjon, normer og religion er svekket; Noen vil oppleve avhengighet som noe som gir trøst og nytelse, andre tilhørighet og kontroll i en tid som mange opplever mangler faste holdepunkter.

d) Den sosiale funksjonen av narkotikabruk også viktig for mer sporadisk narkotikabruk. Det skal øke sosiale gevinster; det skal gi anerkjennelse, rolle og identitet, relasjoner og fellesskap.

e) Misbruk av narkotika kan skyldes oppvekst i familier som funger dårlig. Andre vokser opp i familier uten spesielle problemer, men den enkeltes rusmisbruk *påfører* familien problemer eller forsterker problemer slik at hele familien blir skadelidende.

3) BRUKER, MISBRUKER, PASIENT

Narkotikamisbruk har følgende paradoks: at rusmisbruk er knyttet til våre dypt menneskelige behov, vår natur, kultur og våre sosiale behov – samtidig gjør rusmisbruk en fremmed for seg selv og fra hverandre.

a) *Ambivalensen* er et typisk trekk ved en rusavhengig. En rusavhengig vil og vil ikke bli rusfri. Følelsen av å være selvstendig er hele tiden sviktende. Rusen bestemmer, samtidig bestemmer en seg for rusen. Det er uklart om en *vil eller må* ruse seg.

Ambivalensen får konsekvenser for hvordan en forstår rusmisbrukeren som bruker av hjelpetjenestene. En somatisk pasient vil være hovedsakelig rasjonell, dvs. ønske helsehjelp og friskhet. En narkoman vil være grunnleggende ambivalent.

En pasient som er ambivalent eller som ikke ønsker å bli rusfri, utgjør en helt spesiell utfordring både for medmennesker, hjelpeapparatet og samfunnet i stort.

Rusmisbrukeren er derfor ikke en helt rasjonell aktør. *Motivasjon* har derfor en helt sentral og spesiell betydning for en rusmisbruker. En ambivalent person må motiveres til større klarhet om sine behandlingsmål. Frykten for å mislykkes og manglende motivering bidrar til at ambivalensen styrkes.

b) Uten motivasjon vil blant annet *brukermedvirkning* a begrenset betydning.

c) Det svært viktig at rusmisbrukere får medvirke til beslutninger om sin egen behandling. Rusmisbrukere må behandles med respekt. Det er viktig at tjenestene er lett tilgjengelige, at det gis god informasjon, at det er realistiske forventninger og forståelse om hvilken hjelp en skal få, at saksbehandling og forløp er effektivt, at personvern ivaretas og at brukererfaringer tas med.

d) *Medavhengighet* er når sosiale relasjoner, oftest i familien, rammes av enkeltes rusmisbruk. *Pårørende* kan rammes av rusmisbrukerens destruktive adferd så vel som sorg og skyldfølelse. Pårørende er ofte en del av problemet og ofte en del av løsningen.

e) Mange pårørende har derfor et stort hjelpebehov. Brukermedvirkning må derfor også omfatte pårørende. Pårørende må få nødvendig avlastning og deres kunnskap og erfaringer anerkjennes og benyttes i pasientveiledningen (utredningen, behandlingen og rehabiliteringen).

FOREBYGGING

1) HVA ER FOREBYGGING?

Forebygging er å hindre at narkotikaproblemene oppstår ved å begrense tilbud og etterspørsel.

a) Forebygging inkluderer både kontrollpolitikk, informasjon, holdningsskapende arbeid, kulturarbeid, sosial mobilisering og hjelp til utsatte grupper. Målet er på én side å hindre tilgjengeligheten og tilbud av narkotika og på den andre å begrense etterspørsel, behov og vilkår for bruk.

b) Gode forebyggingstrategier må nå hele befolkningen. Dette er mest effektivt også for de ulike risikogruppene.

c) Forebygging har som mål å hindre eller endre adferd, enten det er hos produsenter, selgere eller hos brukere av narkotika. Forbudet mot produksjon, omsetning, salg og bruk av narkotika er et sentralt forebyggende tiltak for å redusere tilbudet av narkotika.

d) Hensikten med narkotikaforbudet er ikke å straffe den som bryter loven men å avskrekke bruk blant flest mulig. For den som tas for bruk og innehav må forbudet brukes til å forebygge videre bruk og dessuten motivere til behandling der det er nødvendig.

e) Forebygging begrenser risikofaktorer og fremmer beskyttende faktorer. Det er ikke en faktor alene som er "årsak" til rusbruk men ofte en kombinasjon av flere eller at en kan være utløsende. Slike faktorer er heller ikke ene og alene assosiert med rusbruk men også med annen problemadferd.

f) Beskyttende faktorer er forhold som begrenser sannsynligheten for rusbruk. Med risikofaktorer menes forhold som statistisk sett øker sannsynligheten for rusbruk. Slike faktorer har trolig en akkumulerende effekt. Jo flere beskyttende faktorer jo større beskyttelse, jo flere risikofaktorer jo større risiko.

g) Kunnskap om risiko og skader tar sikte på å demotivere bruk, styrke motstandskraft (*resiliens*) og støtte avskrekkingens effekt. R*esiliens* betyr at man faktisk motstår rusbruk når man blir eksponert for det. Det avhenger av samspillet av beskyttende faktorer og risikofaktorer. Det er likevel ikke nok at det er lagt til rette for *å si nei*. Resiliens er når den enkelte *faktisk* sier nei. Resiliens er ikke skapt en gang for alle men avhenger av hvilke fase en er i gjennom livet og må tilpasses og vedlikeholdes.

h) *Helsefremmende* tiltak handler om å legge til rette for at mennesker velger ikke å bruke narkotika.

Primær-forebygging kan være målbevisste handlinger for å skape alternativer til rusmisbruk (rusfrie møtesteder, omgangsformer, risikobevissthet, omsorg). Når man retter tiltakene mot grupper som erfaringsmessig er i faresonen, kalles det gjerne for sekundær-forebygging. Slike tiltak er gjerne skreddersydd for helt bestemte individer og grupper. Tertiær forebygging er knyttet til individer og grupper som allerede har et bruksmønster. Det tar sikte på tidlig

intervensjon, legger vekt på lett tilgjengelighet til omsorg, behandling og støttende fellesskap, og på å forhindre forverring eller tilbakefall.

i) Innenfor *forebyggingen* er også de sosiale relasjonene avgjørende. Forskning viser at familie og venner er avgjørende faktorer som enten kan beskytte eller utgjøre en risiko. Voksnes tid med barn og unge er en sentral allmennforebyggende innsats.

j) Forebygging må skje så tidlig som mulig for alle. Det har da størst sjanse for å nå mennesker før narkotikaproblemene oppstår. Forebygging må også tilpasses ulike risikogrupper.

k) De unge er vår viktigste og mest verdifulle resurs, men er også biologisk, sosialt og kulturelt spesielt sårbare. Forebyggingsarbeid rettet mot unge mennesker vil også nå de voksne.

2) RETTESNORER FOR FOREBYGGINGEN

a) Vi har tre oppgaver for forebyggingen på etterspørselssiden:

i) Forebygging skal i *det ytre miljøet* legge til rette for at mennesker kan ta gode valg basert på kunnskap og holdninger.

ii) Forebygging skal ha bredere mål om å styrke holdninger, kultur og samfunnsmessige faktorer som gir mennesket mening, selvtillit og tilhørighet. Frivillige, ideelle organisasjoner har her en viktig oppgave.

iii)Forebygging skal identifisere risikogrupper og gjøre noe for disse så tidlig som mulig.

b) *God forebygging er lokalbasert*. Det er der mennesker bor og det er der de fleste og viktigste risikofaktorene gjør seg gjeldende (et unntak er internett). Det er også der de viktigste beskyttende faktorene finnes.

Lokal forebygging skje innenfor rammen av skole, hjem og fritid. Voksne må bruke tid sammen med de unge enten det er hjemme eller i organisert fritid.

c) Barn, unge og voksne skal ikke kun beskyttes men engasjere seg aktivt i beskyttelsen av andre gjennom deltagelse og medansvar.

d) De tre mest sentrale virkemidlene i primærforebyggingen er kunnskap, relasjoner og fritidsaktiviteter. Gode relasjoner forebygger sosiale problemer, de gir tilhørighet og rolle, selvtillit og læring. Gode relasjoner hjelper også andre.

e) *Aktiviteter* i fellesskap kan fylle livet med mening, ansvar og sosial læring. Det skaper og utvikler sosiale relasjoner, nettverk og det kan fremme god helse. Å delta i organiserte fritidsaktiviteter med voksne er en god beskyttende faktor for barn og unge.

f) *Kunnskap* gir selvtillit og styrker holdninger. Det er grunnlag for samarbeid og den rusforebyggende debatt og aktiviteter.

g) Forebygging har med *kultur og samfunnsbygging* å gjøre. Fremmedgjøring og rotløshet kan motvirkes gjennom frivillig arbeid og engasjement. Forebyggingen må fylles med et innhold som det er kanskje ikke ønskelig eller mulig at det offentlige engasjerer seg i.

h) For de fleste av *rekreasjonsbrukerne* består den kulturelle dimensjonen ikke så mye av fremmedgjøring, men av populærkulturens myter og dens markedsføring av rus, avhengighet og rusmidler. Populærkulturen har siden 60-tallet bidratt til læring av adferd og forming av holdninger som fremmer rusbruk.

i) Kultur og sosiale relasjoner kan ikke ses adskilt fra det offentlige rom og samfunnsforhold. Staten må forstå betydningen av helhetlig forebygging og derfor stille krav også til den kulturelle konteksten, ikke minst der denne er kommersialisert.

j) Kommersielle aktører slik som media og andre bærere av *populærkultur* har et særlig medansvar i rusforebyggingen.

k) For mange er rusmidler sterke symboler. For rekreasjonsmisbrukeren kan narkotika sammenlignes med et motefenomen. En bruker av narkotika vil i noen sammenhenger ønske å skape seg et bestemt *image*.

l) Det kan tyde på at viktige behov for tilhørighet, relasjoner og mening ikke godt nok dekkes i dagens kultur og samfunn. Det tyder også på at populærkulturen har spilt en viktig rolle i å fremme rusbruk.

m) *Risikogrupper*. Den tredje utfordringen er å identifisere risikogrupper og nå disse med forebyggende tiltak så tidlig som mulig. Tidlig intervensjon er effektivt.

   Dette kan være barn og unge som har høy risiko for psykiske problemer eller adferdsvansker. Det kan være barn og unge som vokser opp i familier med høyt konfliktnivå, dårlige familierelasjoner, ingen grensesetting, overgrep og omsorgssvikt, eller hvor en eller begge foreldrene selv har et rusproblem.

   Barn og unge som faller utenfor skolen, som er i konflikt med politiet, som er i kontakt med barnevernet er del av et nett av årsaker og virkninger som ofte kan innebære bruk av narkotika og utvikling av narkotikaproblemer.

n) *Svingdørproblematikken* er en sentral utfordring innen både forebygging og behandling. En stor gruppe som opplever dette, er de som regelmessig tas for bruk og besittelse av narkotika og ilegges et forelegg. De fleste i denne gruppen trenger videre oppfølgning.

o) *Generasjonsperspektivet* peker på en av de viktigste sidene ved menneskers rusmisbruk. Det går i arv, og om ikke selve rusbruken går i arv så vil belastningen og lidelsene de påfører neste generasjon kunne være betydelige.

p) En tredje "svingdørsgruppe" er pasienter med samtidig rus og psykisk lidelse som vandrer mellom rus og psykiatri.

q) En fjerde svingdørsgruppe er de mange klientene innen skadereduksjon og lavterskeltiltak som ikke får videre oppfølging. Disse tiltakene legger forholdene til rette for aktivt rusbruk og i liten grad for videre behandling i retning rusfrihet og rehabilitering.

3) KONTROLLPOLITIKKEN

Kontrollpolitikken er et samlebegrep for tiltak som begrenser tilbud og etterspørsel etter rusmidler, enten det er narkotika eller alkohol.

a) Tilbud og etterspørsel henger sammen. Narkotikamisbruk i Norge henger direkte sammen med produksjon av narkotika andre steder i verden. Narkotikaproblemet i Norge har derfor en viktig internasjonal dimensjon.

b) Narkotikapolitikken i Norge bør henge godt sammen med politikken i våre naboland og resten av verden. Den må respektere FN narkotikakonvensjon og andre internasjonale ordninger som Norge er forpliktet av. Dette gjelder også definisjoner av rusmidler og regulering av hvilke stoffer som omfattes av narkotikalovgivningen.

c) *Alternativ utvikling.* Kontrollpolitikken må suppleres med initiativ som hjelper produsenter av narkotika (koka, opium, cannabis) til å dyrke andre produkter og utvikle andre leveveier.

   Dette krever en helhetlig utviklingsstrategi som bidrar til bedre utdannelse, infrastruktur, økonomisk, politisk og sosial integrasjon. Produsentene må bli del av de politiske prosessene, del av den økonomiske markedsplassen og de må gis sosiale og helsemessige tilbud. Rettssikkerheten må styrkes slik at folk beskyttes mot kriminalitet og overgrep.

d) *Etterspørsel.* I Norge er bruken av narkotika langt lavere enn bruken av alkohol og tobakk. Blant 16-åringer har 80 % prøvd alkohol mens 10 % har prøvd narkotika. Dette skyldes både kulturelle og miljømessige faktorer. Mange avstår fordi narkotikabruk er assosiert med en adferd, holdninger og identitet som flertallet synes er ikke attraktive. Dernest er narkotika lite tilgjengelig, sammenlignet med alkohol og tobakk. Til sist er det en avskrekkende effekt ved at en risikerer å gjøre noe som er ulovlig og som kan medføre pågripelse og sanksjoner.

e) Kontrollpolitikken har den effekt at den gjør produksjon og omsetning av narkotika risikabelt. Dette påvirker pris, tilgjengelighet og renhet. Dette er faktorer som reduserer konsum av narkotiske stoffer i befolkningen.

   Kontrollpolitikken vil ramme sporadiske brukere og problembrukere forskjellig. Problembrukere bør få en reaksjon som også har forebygging og behandling som mål. Den sporadiske brukeren vil i mindre grad ha bruk for eller interesse av behandling, men trenger sanksjoner og oppfølgning som bidrar forebyggende og avskrekkende.

f) *Frihetsberøvelse*. Rusmisbrukere som arresteres for narkotikarelaterte saker bør gis tilbud om behandling i stedet for eller som del av strafferettslige sanksjoner. En slik behandling må følges opp av sanksjoner og kontroll og må derfor foregå innen rammen av strafferetten som en *" terapeutisk rettshåndhevelse"*.

   Domstol med narkotikakontroll skal gjøre straffeprosessen om til en mer rehabiliterende og terapeutisk prosess. Domstolskontroll, dvs. tett oppfølgning og kontroll av rettsapparatet er effektivt for å oppnå resultater, også i behandlingen. Rettsapparat og behandlingsapparat vil funger mer effektivt om samarbeidet utvikles enn hver for seg.

g) *Påtaleunnlatelse med vilkår* er en måte å bruke sanksjonsmakt og håndhevning på som er forebyggende, behandlende og avskrekkende. Disse avtalene må gå over flere år, den må kunne tilby tjenester både innen rådgivning, behandling og forebygging og den må ha troverdige sanksjoner og insentiver. Testing er avgjørende.

h) En vesentlig del av forebyggingen er å hindre tilgang på ulovlige rusmidler. Dette må skje både lokalt, nasjonalt og internasjonalt. Her må tollmyndigheter og politi ha effektive virkemidler. Dette har imidlertid sine skyggesider. Mennesker som er i en vanskelig livssituasjon får store problemer knyttet til kriminalitet og straff. I aller verste fall kan bekjempelse av organisert narkotikatrafikk føre til krigslignende tilstander. Løsningen er ikke å avlyse arbeidet for å hindre tilgang. Men det er nødvendig å erkjenne at også kontrollpolitikken har sine kostnader, og sørge for at virkemidlene anvendes humant.

i) På samme måte må skyggesidene ved andre strategier komme fram i debatten. Dette gjelder bl.a. for LAR-behandling hvis antallet som får slik behandling blir uforholdsmessig stort i forhold til andre behandlingsformer.

Behandling må gi hjelp også for de underliggende problemene, skape frihet fra selve avhengigheten, lindre lidelse; gi omsorg og medmenneskelighet. Dette krever et sammensatt, langsiktig og individuelt tilpasset behandlingstilbud i et kontinuum av tjenester.

a) *Helsehjelp* dekker bredden av de tjenester som en rusavhengig trenger og har rett på. Dette er handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell[1] Helsehjelpen skal ha som mål å lege og lindre de helseproblemer som pasienten har.

b) Det er vanlig å tro at det vanskeligste ved behandlingen er selve avhengigheten. Den største utfordringen er likevel ikke avrusningen, men det som kommer etterpå: behandling av årsakene til at avhengigheten oppsto, av skadene narkotikamisbruket forårsaket og det å starte et nytt liv og komme seg tilbake i samfunnet igjen.

c) Alle kan bli avhengige. Alle kan komme ut av en avhengighet. Ingen kan si på forhånd hvem som kan klare det. Den som er motivert eller lar seg motivere, har størst sjanse for å lykkes.

d) Et flertall av dem som er avhengige av narkotika, ønsker i perioder ikke å slutte. En stor del av selv de sprøytenarkomane har ikke vært i kontakt med hjelpeapparatet. For andre narkotiske stoffer er det trolig enda flere.

   Mange avhengige kan bli fri sin avhengighet uten profesjonell hjelp. Det betyr ikke at de ikke mottar noen hjelp eller at klarer seg helt alene, men deres egne avgjørelser og innsats sammen med noen ytre faktorer kan være tilstrekkelig for mange til å redusere, regulere og avslutte sin bruk av rusmidler. Slike faktorer er vanligvis aldring, kjæreste og barn, helseproblemer, trosopplevelser eller konflikt med rettsapparat og politi. Mange tidligere avhengige sier de fikk kraft til å bryte med avhengigheten da de var kommet så langt at de hadde et valg mellom livet eller døden.

e) Alle *behandlingsmål* må være realistiske og settes innenfor en langsiktig målsetning om rusfrihet. De som søker hjelp kan normalt ikke bli fri sin avhengighet uten å bli avholdende fra rusmidlene de bruker. Er målet rehabilitering, må pasienten ha frihet fra avhengighet som målsetning. Det er mulig å oppnå bedre mestring og funksjon uten å bli fri sin avhengighet og rusproblemer, men for en problembruker er det ikke mulig å oppnå sosial integrasjon og selvstendighet uten at avhengigheten behandles.

f) Samordningen av rusbehandling må være *forløpsorientert*. Det betyr at det ikke må være opphold mellom tjenestene i hjelpeapparatet enten det er på tvers av tjenestene eller mellom forvaltningsnivåer. Individuell Plan skal sikre et tydelig ansvar for klienten i hjelpeapparatet, at hjelpetiltakene er koordinert og at det er god dialog med klienten.

   Kontinuitet, god koordinering og trygghet er ikke bare *effektivt* men også *terapeutisk* for en person der håndtering av sosiale relasjoner og egen usikkerhet står sentralt i sykdomsbildet.

[1] Se Pasientrettighetsloven.

g) Rusbehandlingen må være mangfoldig for å kunne hjelpe mennesker med forskjellig bakgrunn, alder, kjønn, holdninger og problemer. Det er mange veier inn i rusavhengigheten og like mange veier ut igjen.

h) For å sikre mangfold og kontinuitet i behandlingstilbudene er det viktig at det finnes mange frivillige og ideelle tilbyder. Alle tilbydere, offentlige som private må underlegges de samme grunnleggende kvalitetskrav.

i) *Blandingsmisbruk* er vanlig, også med bruk av legemidler. Misbruk av legemidler er et økende problem og en av flere veier inn i rusmisbruk og avhengighet. En restriktiv narkotikapolitikk må derfor støttes av en restriktiv legemiddelpolitikk både i forhold til klassifisering, forskrivningens praksis, legemiddelindustriens og apotekenes rolle.

j) Mennesker med *dobbeltdiagnose* har en psykisk lidelse samtidig som de har en ruslidelse. Denne utfordringen gjelder ikke kun de mest alvorlige og vedvarende tilfellene. Begrepet dekker også en mer utbredt sammenheng selv der problemene er mindre dramatiske.

k) Rusmisbruk kan forsterke symptomene på en allerede eksisterende psykisk lidelse eller utløse en første episode. Det er usannsynlig at rusmisbruk er den eneste årsaken til en vedvarende psykisk lidelse.

l) Det er vesentlig at trening i sosiale ferdigheter blir gitt i trygge omgivelser som en del av behandlingen. Denne treningen danner fundamentet for å skape et sosialt nettverk med andre mennesker som ikke er basert på et felleskap skapt av rus.

m) For noen vil opphold på institusjon være avgjørende mens andre vil kunne ha nytte av å behandles mens en bor hjemme.

n) *Selvhjelpsgrupper* kan bidra til å styrke sosial tilhørighet og sosiale ferdigheter, forebygge tilbakefall, styrke selvtillit og bidra til å bedre de underliggende sosiale problemene. *Familiebaserte* selvhjelpsgrupper og grupper for pårørende har en viktig funksjon i det at de bidrar til å bedre de sosiale relasjonene for dem som primært rammes. Hjelpeapparatet bør i større grad styrke samarbeid med selvhjelpsgrupper.

o) Det må finnes et *kontinuum av hjelpetiltak* fra screening, tidlig intervensjon, henvisning til behandling og deretter rehabilitering og sosial integrasjon. Skadereduksjonstiltak og lavterskel er del av en slik strategi.

p) Mange problembrukere er likevel ikke identifisert av hjelpeapparatet. Mange av dem er i kontakt med andre deler av hjelpeapparatet eller med rettsapparatet. Det er derfor behov for en screening og tidlig intervensjon.

q) Noen hjelpetrengende er svært vanskelige å nå. Andre, og ofte de samme, er svært vanskelige å behandle. En gruppe av de mest hjelpetrengende vil ikke være mottagelige for annen hjelp enn grunnleggende omsorg og pleie. Men selv de mest hjelpetrengende kan lykkes, og flere behandlingsforsøk øker sjansene.

r) Rusproblemer kan skape en sterk sorg og en opplevelse av tap og svikt både hos rusmisbrukeren selv og blant de pårørende – både foreldre, søsken og ikke minst hos barn av rusmisbrukere.

Dette kan bidra til psykiske lidelser og sykdom. Både pårørende og rusmisbrukere trenger å bearbeide tap og sorg som del av helsehjelpen.

Pårørende har derfor også rett på behandling. De kan blant annet trenge hjelp til å være foreldre for andre av sine barn som ikke er rusmisbrukere.

s) Det ligger *et normativt element* i rusbehandling. Siden rusavhengige er ambivalente, dvs. de vil og de vil ikke bli rusfri, vil en måtte enten *motivere rusmisbrukeren eller anvende tvang for å sette i gang en behandlingsprosess*.

t) *Rehabilitering og habilitering er både en prosess og et mål*. Definisjonen av rehabilitering omfatter både medisinsk rehabilitering, sosial rehabilitering, psykososial rehabilitering og attføring. Re/habilitering handler om å bedre personens funksjonsevne, om å fjerne barrierer for selvstendighet og om deltakelse i omgivelsene.

Rehabilitering skal være tidsavgrenset og individuell med klare mål og virkemidler. Avhengighet vil forhindre den avhengige i å nå de grunnleggende målsetningene i re/habiliteringen slik som selvstendighet og sosial integrasjon. For en rusavhengig som i de fleste tilfeller har sosiale og psykososiale underliggende årsaker må derfor behandlingen ha dette som målsetning, før rehabiliteringen kan lykkes.

u) *Mestring og funksjon* er et behandlingsmål på alle stadier i hjelpetiltakene, men kan ikke stå alene som målsetning. Det er også viktig å få hjelp til å mestre livet etter behandlingen er over. I seg selv er mestring og funksjon relativt. Behandling av avhengigheten er det ikke.

En viktig del av rehabiliteringen er å få hjelp til å få livet tilbake, og ikke minst barna og familien der dette er forsvarlig. Dette kan kreve annen type hjelp, fra det terapeutiske til økonomiske, praktiske rettslige utfordringer.

v) Forskning viser at *behandling igangsatt under tvang* kan gi like gode resultater som behandling uten. Tvang må i større grad kunne brukes som svar på en spesielt vanskelig situasjon der annen hjelp ikke nytter slik dagens hjemmel i Sosialtjenesteloven åpner for.

Tvang må kunne brukes til avrusning, men også for tilbakehold i institusjon for å sikre den enkeltes fysiske og psykiske helse. Pårørende må kunne be om tvangstiltak i spesielt vanskelige saker for å sikre rusmisbrukerens liv og helse. Forutsetningen må være at det finnes en planlagt og garantert oppfølgning utover tiden i tvangsbehandling.

Tvang kan for noen av dem som er vanskeligst å nå være det eneste som viser at samfunnet og pårørende tar dem på alvor, og tvang skal føre til at det opprettes gode kontakter til hjelpeapparatet. Det må sikres en god tilsynsordning.

w) Narkotikapolitikkens instrumenter kan skape mer avmaktsfølelse gjennom klientifisering av misbrukeren i møte med hjelpeapparatet. En slik avmaktsfølelse kan forsterke den narkotikaavhengiges følelse av kronisk å svikte det å ta ansvar for seg selv.

SKADEREDUKSJON

Skadereduksjon må være integrert i en helhetlig forebyggings- og behandlingsorientert strategi og ikke en selvstendig tilnærming.

a) *Skadereduksjon* er tiltak som reduserer negative helsemessige, sosiale og økonomiske konsekvenser uten at de har rusfrihet som mål.

b) Skadereduksjon kan gi bedre helse, forebygge overdoser og smitte. Det kan også legge til rette for videre behandling, og det kan gi et mer verdig liv. Skadereduksjon kan også være tilbud til dem som er vanskeligst å nå og behandle.

c) Skadereduksjon vil ikke kunne behandle underliggende sosiale og psykososiale årsaker og selve avhengigheten. Avhengigheten vil ikke kunne behandles uten rusfrihet og uten at den farmakologiske behandlingen avvikles. Skadereduksjon kan skape mer hjelpeløshet dersom det ikke bidrar til videre behandling.

d) Skadereduksjon kan gi viktige helsemessige gevinster, men har klare begrensninger med hensyn til å gi sosial integrasjon, verdighet og selvstendighet hos den enkelte.

e) Hovedmålsetningen med LAR må på kort sikt være å starte opp en rehabiliteringsprosess mens det langsiktige målet må være rusfrihet uten tilleggsbruk og reintegrering i samfunnet. Funksjon, mestring og livskvalitet er viktige men underordna delmål.