

Helse- og omsorgsdepartement

Dato: 12. mai 2020

Høringsvar - Innspill til Rusreformutvalgets NOU 2019: 26

Vi viser til høringsbrev av 3. januar 2019 om innspill til Rusreformutvalget utredning.

Det følgende dokumentet tar for seg innspill fra SERAF – Senter for rus- og avhengighetsforskning ved UiO.

SERAF er et nasjonalt senter for forskning på rus- og avhengighet, med hovedvekt på klinikknær rusmiddelforskning.

For mer informasjon om SERAF besøk vår nettsider: www.seraf.uio.no

SERAFs høringsvar er utarbeidet i fellesskap av SERAFs sentrale og erfarne forskere.

Med hilsen

Thomas Clausen
Professor og leder ved SERAF



SERAF - Senter for rus- og avhengighetsforskning
Klinikk Psykisk Helse og Avhengighet
Institutt for klinisk medisin
Post adr.:
PB.: 1039, Blindern, 0315 Oslo

Besøksadr.: Ullevål sykehus, bygg 45
Telefon: (+47) 23 36 89 00
seraf-admin@medisin.uio.no
Org. no.: 971 035 854

SERAFs hørings svar; Rusreformutvalgets NOU 2019/26

SERAFs høringssvar; Rusreformutvalgets NOU 2019/26

SERAFs høringssvar fokuserer på noen hovedutfordringer vi ser ved Rusreformutvalgets forslag:

- Ved SERAF er vi bekymret over at de foreslåtte endringene, med «valgfri» sanksjon, vil kunne føre til en betydelig svekkelse av den allmennforebyggende effekten dagens lovforbud antas å ha på rusmiddelbruk og rusrelaterte problemer, spesielt i lys av det norske fordelaktige utgangspunktet med dagens lave rusmiddelbruks- og problembyrde.
- Ved SERAF vurderes den samlede foreslåtte reformen   gå svært langt i liberaliserende retning, når det gjelder all rusmiddelbruk, og vi anbefaler utredning av alternative og mer differensierte modeller som ligger nærmere dagens praksis, enn forslaget.
- Ved SERAF mener vi de foreslåtte besittelsesgrensene for rusmiddel er for høye og omfatter mulighet for besittelse av for stor mengde og mange ulike rusmiddel slik at resultatet kan bli en utvisking av grensen mellom besittelse til eget bruk og sm omsetning.
- Den foreslåtte rådgivningssamtalen i regi av kommunehelsetjenesten – enkeltstående kort rådgivningssamtale, uavhengig av intensjon om atferdsendring - forventes å ha liten individuelt forebyggende effekt. Skal man forvente atferdsendring, dvs ha forebyggingseffekt, må intervensjonen være kunnskapsbasert, ha en viss varighet/omfang og bør være basert på ønske om endring.
- Det virker urealistisk at en omlegging til betydelig flere forpliktelser og oppgaver knyttet til rådgivningssamtaler og utredning av behandlingsbehov skal kunne foregå uten både kompetanseheving og økt ressurstilgang til helsetjenesten.
- Ved SERAF vurderer man at det i større grad bør utforskes sanksjonsmodeller for rusmiddelbruk som er mer differensierte og basert på kombinasjon av både justissektoren og helsesektoren, f.eks mulighet for valg av endringsfokuseret r ssamtale som alternativ til annen sanksjon (gjerne sivilrettslig sanksjon).
- SERAF anbefaler å introdusere endringer i ruspolitikken gradvis, og med ledsagende evalueringer som styringsverktøy for videre kursendring basert på behovskartlegging og klare målsettinger.
- Der det er svakt kunnskapsgrunnlag per i dag bør dette styrkes og en situasjonsbeskrivelse med ledsagende behovsanalyse bør forutg  beslutning om store politikkendringer.
- Det bør settes av ressurser for evaluering av politikkendringer.

Innledning

Norsk ruspolitikk har tradisjon for å være restriktiv og omtales ofte som straffeorientert. Tematikken inngår ofte i en polarisert debatt. Det er etter vårt syn fornuftig å skille mellom en generell restriktiv ruspolitisk tradisjon med fokus på forebygging av rusmiddelbruk og skade og en tradisjon for overdreven bruk av fengsel som straff. Den første tradisjonen har sine røtter i arbeidet for å redusere alkoholproblemene og helseskadene knyttet til tobakk i befolkningen. Vi har i Norge i dag, relativt sett moderat omfang av utfordringer på disse områdene, og den restriktive tradisjonen har sterk støtte i epidemiologiske forskning og forebyggende arbeid. Den andre tradisjonen har røtter i den amerikanske «war- on –drugs» og i en politisk visjon om et «narkotikafritt samfunn» med tro på at strenge straffer er særlig virksomme. Dette var strømninger som fikk sterkt gjennomslag i Norge på 1970 og særlig 1980-tallet. Disse to ulike forståelsesmodellene for «restriktiv» er ikke tydelig nok adskilt i Reformutvalgets drøfting av kriminalisering. Derved kan beskrivelser og forslag fremstå som noe unyanserte. Fokuset i utvalgets arbeid var primært på fengselsstraff som virkemiddel.

Vurderingen ved SERAF er at en generell restriktiv modell knyttet til forebygging av rusmiddelbruk og skadelige konsekvenser fortsatt bør være en tydelig bærebjelke i Norsk ruspolitikk, mens praksis knyttet til omfattende bruk av fengselsstraff som sanksjon for rusmiddelbruk ikke er hensiktsmessig.

Avgrensning i utvalgets mandat

Utvalgets mandat var å «forberede gjennomføringen av regjeringens rusreform» hvor reaksjonene på bruk og besittelse til eget bruk skal overføres fra justissektoren til helsetjenesten. Den overordnede målsettingen er altså politisk bestemt og utredningen dreier seg derfor hverken om legalisering eller om total endring av praksis i justissektoren. Rusmiddelbruk og innehav skal fortsatt være forbudt, men ikke straffeforfulgt etter lovbestemmelser i justissektoren, slik forslaget ligger. Innførsel og salg av rusmiddel skal fortsatt være justissektorens ansvarsområde og regulert etter straffeloven som tidligere.

Den ruspolitiske debatt

Store deler av utredningen og i enda større grad den offentlige debatten rundt rusreformen som fenomen preges av en generell drøfting av kriminalisering og bruk av politiresurser og fengsling mm. Bruk og oppbevaring av små mengder, åpenbart til eget bruk, straffes i dag vanligvis ikke med tiltale etter straffeloven og med fengsling. En siktelse etter slik bruk/besittelse reises normalt etter Legemiddeloven som har en øvre grense på 6 mnd fengsel. Loven nødvendiggjør ikke offentlig påtale. Politiet praktiserer i samsvar med dette i stor grad bruk av advarsler og ofte bøter. Dersom det opprettes en siktelse, inngår bruk og besittelse nesten uten unntak som en del av en samledom med andre lovbrudd av ulik type, eller etter gjentatte lovbrudd. Konsekvensen av dette er at reformen, slik den foreslås, bare kan forventes å føre til en begrenset reduksjon i fengsling og langvarig straff, dvs den fengslingsorienterte delen av «restriktiv ruspolitikk». I drøftingen av dagens narkotikapolitikk fremheves ofte langvarig fengsling og det tilhørende høye antallet fengselsdøgn med høye kostnader, som begrunnelse for reform. Utvalget fremhever at bruken av kriminalisering er et virkemiddel som skal forbeholdes de mest alvorlige handlingene slik at det skal være samsvar mellom handling og straffereaksjon. Straffeloven regulerer salg og omsetning, smugling og annen narkotikarelatert kriminalitet, noe som er rimelig å oppfatte som alvorlig kriminalitet. Med den avgrensningen utvalgets arbeid er basert på, vil reformene derfor i liten grad forventes å endre dagens

fengslingspraksis og omfang. Kunnskapsgrunnlaget om hvor ofte bruk og besittelse faktisk fører til fengselsstraff alene eller i kombinasjon med andre saker og om eventuelt fravær av bruk- og besittelseselementet i en samledom ville gitt annet straffeutfall er i dag svakt.

Begrepsbruk

Utvalget gjennomfører en grundig analyse og vurdering av kriminalisering med etterfølgende siktelser og fengslinger. Det viser overbevisende at dette er tiltak som i sin inngripende alvorlighet bør forbeholdes de mest alvorlige handlinger som har tilsvarende negative konsekvenser for samfunnet. Forbud, restriksjoners og eventuelle konsekvenser vedrører imidlertid hele skalaen av handlinger knyttet til illegale rusmidler. I den prinsipielle vurderingen kommer dette ikke tydelig frem. Det er åpenbart riktig at mindre alvorlige handlinger ikke bør rammes av alvorlige og inngripende reaksjoner, men ikke at salg og omsetning av større mengder ikke berettiger slike straffereaksjoner.

Fra straff til hjelp? Overføring fra justissektoren til helsetjenesten?

Utvalget gir en dekkende beskrivelse av utviklingen i samfunnets reaksjoner fra en opprinnelig helseorientert tjeneste til en langt mer straffeorientert reaksjonsform. I dag er det igjen mange helseorienterte tjenester for personer med rusproblematikk, og ruspolitikken består av en mer eller mindre balansert tilnærming med ulike typer virkemiddel, med både repressive og helse- og sosialbaserte tiltak. Rapporten beskriver også hvordan helseproblemer som injeksjonsrelaterte sykdommer og overdosedødsfall har medført vesentlige endringer med opprettelse av skadereduksjonsorienterte tiltak som utdeling av injeksjonsutstyr, sprøyterom og LAR. Den beskriver videre hvordan tiltaksansvaret for bruksproblemer etterhvert er blitt lagt til helsetjenesten og til sosiale tjenester i system som forutsetter samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunalt tiltaksapparat. Den viser også at avhengighetspreget rusbruk nå defineres som sykdom (ruslidelser). Disse ruslidelsene utløser i dag en lovfestet rett til helsehjelp og behandling (Pasientrettighetsloven). En rimelig lesning av utviklingen er at helse- og sosialsektoren allerede i dag, og før nye eventuelle reformer, har det dominerende ansvar for tiltak dersom en bruker trenger og/eller ønsker helsehjelp. Langt på vei kan en derfor konkludere at den overordnede målsettingen allerede er fullført uten at utvalgets tydelig konkluderer med dette. Personer med ruslidelse får i dag helsehjelp og kapasiteten er på en del områder god, selv om den absolutt bør styrkes. Utfordringer i behandlingssektoren er i dag knyttet til betydelig ventetid for noen av tjenestene (f.eks døgnbehandling) og at det kan være svikt i kontinuiteten mellom tjenestene.

Det er også utviklet omfattende retningslinjer og praksis for at personer som tiltales og straffes for rusrelaterte handlinger i Norge kan overføres til behandling alternativt til straff dersom vedkommende ønsker det (Straffeprosessloven). For brukere under 18 år vil Barnevernloven gi hjemler for tiltak inklusive tvangstiltak dersom dette er nødvendig. Få av disse tiltakene som kombinerer tiltak fra helse- og justissektoren er formelt evaluert, dette betyr ikke at de ikke er virksomme, bare at vi ikke har etablert tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag om effekten av ordningene. Helsehjelp som alternativ til straff, er ofte et tilbud og en valgmulighet som er begrenset av kapasitet og som ofte er forbeholdt mer alvorlig narkotikakriminalitet. Dette er tiltak som; Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND), §12 soning eller soning i rusenheter i fengsel. Evaluering av slike tiltak og utbygging av kapasitet vil være viktige for å øke tilgjengeligheten av helsehjelp for personer med ruslidelse som begår kriminalitet og må sone straff.

I helse- og sosial tjenestene er det i dag først og fremst tilgangen på adekvat kompetanse og kapasitet som setter begrensninger. Dette er utfordringer som handler om ressursunderskudd i helse- og sosialsektoren. Utvalgsrapporten drøfter flere evalueringer som påpeker både ressursmangel, samhandlingsvansker og kvalifikasjonsmangler og viser at samfunnet i flere runder har økt bevilgningene og forsøkt å stimulere til kunnskapsutvikling uten at vi av den grunn er i mål. Utvalget har imidlertid få reformforslag som med rimelighet kan sies å peke på løsninger i forhold til de eksisterende mer generelle ressursvanskene i helse- og sosialsektoren, hvor det i stedet foreslås ytterligere tilføring av oppgaver gjennom utvalgets forslag. Det er derimot en tendens til at rapporten nedvurderer hjelpetiltak som bygger på ulike former for myndighet fra strafferettsapparatet slik som behandling under soning og straffefritak eller nedsettelse av straff under forutsetning av behandling m.v. Empirien for denne nedvurderingen av slike rehabiliterende straffetiltak i regi av rettsapparatet er etter vår mening svak. **Vår anbefaling er at kunnskapsgrunnet omkring kombinerte og sammensatte strategier der både justissektoren og helse- og sosialsektorens virkemiddel tas i bruk bør styrkes, før store veivalg i politikktutforming tas.**

Bruk av illegale stoffer skal ikke tillates – hva er et forbud?

Liberale kritikere av ruspolitikken viser ofte til at det er urimelig og uberettiget å forby handlinger som maksimalt bare skader aktøren selv. Dette er en tematikk som ofte er diskutert. Om en gjør en lang drøfting kort, er hovedpoenget for forbud at rusmiddelbruk ofte er en kollektiv handling slik at en persons bruk øker sannsynligheten av at flere andre gjør det samme. Det er et generelt funn i epidemiologiske forskning at en særlig sterk risikofaktor for egen bruk er antall venner i omgangskretsen som er brukere [1]. Dette gjelder illegale som legale midler. I «rusliberale» miljøer er rusmiddelbruken vesentlig høyere enn i russkeptiske [2]. Samfunnets rusproblemer er derfor nært knyttet til totalforbruket i befolkningen, dvs at dess flere som aksepterer og bruker et rusmiddel, dessto flere problembrukere blir det og med det større samfunnsbelastning og skadevirkninger [3-8]. For en del, spesielt de akutte, av rusmiddeleffektene (beruselse og f.eks skade i ruspåvirket tilstand), er de største problemene antallsmessig ikke knyttet til den nokså lille gruppen med avhengige brukere, men til samlet utbredelse i befolkningen [3].

Rusmiddelbruk angår derfor ikke bare brukeren. Rusmiddelbruk er et kollektivt fenomen, som kan «smitte», altså påvirke andre, i befolkningsgrupper. I ruspåvirket tilstand vil en person kunne forårsake ulykke og skade som rammer 3. person, som gjennom trafikkulykker og f.eks. vold i hjemmet [9]. Rusmiddelbruk som utvikler seg til avhengighet og ledsagende sykdom fører også til betydelig funksjonstap og behov for helsehjelp som belaster fellesskapets ressurser [10].

Konklusjonen av dette er at det ikke bør være opp til den enkelte å velge hvilke rusmidler en ønsker å bruke slik det heller ikke er opp til den enkelte å bestemme type kjøretøy eller type kjøreatferd, kjørehastighet, bruk av alkohol på offentlige områder eller bruk av tobakk hvor andre ferdes. Dette er atferd som reguleres ved lovforbud og påbud. Samfunnet har med andre ord en betydelig byrde knyttet til rusmiddelbruk, selv om de fleste rusinntakssituasjoner i seg selv i hovedsak ikke vil oppleves som eller føre til en negativ konsekvens [11, 12]. En viktig samfunnsrespons er derfor å begrense omfanget av rusmiddelbruk i befolkningen gjennom regulering og/ eller forbud.

Utvalget går – slik som oppdragsgiveren – inn for at samfunnet skal kunne bestemme hvilke rusmidler som skal være tilgjengelig og kunne brukes. Det går i samsvar med dette også inn for at politiet har en viktig regulerende rolle og skal kunne gripe inn ved bruk av illegale rusmidler og legale i offentlig rom. Bruk av illegale rusmidler skal fortsatt være forbudt. Dette vil si at utvalget støtter opprettholdelse av forbud og en restriktiv samfunnsmessig tilnærming til rusmiddelbruk støttes som forebyggende prinsipp.

Utvalget er likevel også skeptisk til reaksjonene mot forbudt bruk og mener at det er svak empiri for at kriminalisering og streng straff reduserer bruk. Det er nok riktig at man ikke kan forvente en betydelig økt allmennforebyggende effekt ved å øke straffnivået som eneste virkemiddel. Et forbud vil imidlertid bare kunne forventes å ha allmennforebyggende effekt, dersom flere kriterier ved reaksjonsformen for lovbrudd er oppfylt. Noen slike kriterier er knyttet til kunnskap og aksept i befolkningen for loven og til grad av rettsåndhevelse. Her varierer situasjonen både mellom ulike land og i ulike miljøer innen det enkelte landet. Det er imidlertid et helt generelt funn at legale rusmidler over alt og i alle land brukes langt mer enn illegale midler. Selve den legale status ser ut til å medføre økt aksept, tilgjengelighet (opplevd og faktisk) og omsetning. På et generelt grunnlag må det derfor være rimelig å konkludere at lovmessig forbud må antas å ha en allmennpreventiv og derved forebyggende og normdannende effekt, forutsatt en viss straffetrussel. Når utvalget likevel formidler skepsis til kriminalisering, kan det ha sammenheng med flere forhold.

Det er svært vanskelig å måle direkte effekten av et forbud, dvs hvor mange brukstilfeller forbudet forebygger sammenlignet med om bruken ikke var forbudt. Ofte bruker man indirekte mål på effekten av forbud, ved å måle/telle antall lovbrutere/lovbrudd som begås og vurdere dette mht endring over tid eller sammenligning med andre sammenlignbare størrelsesordener, f.eks fra andre land. På samme måte som forebyggende smittevernstiltak har som tilsiktet effekt å redusere smitte, måles vanligvis effekten av tiltaket gjennom telling av antall syke/smittede og endring i slik forekomst. Det er imidlertid viktig å skille mellom enkle dikotome utfall som syk/frisk, versus ulike former for bruksadferd som er realiteten for rusmiddelbruk. For rusmiddelbruk er det som er relevante størrelsesordenen ikke bare om noen har brukt et illegalt rusmiddel minst en gang i livet, men også forekomst av mer problemfylt rusmiddelbruk. Norge har f.eks skoleungdom i 15-16 års alder blant Europas laveste andel med erfaring og forbruk av rusmiddel sammenlignet med andre og ofte mer rusliberale land. Blant norske ungdom er også forekomsten av «nylig cannabis bruk» (siste 30 dager) lavt sammenlignet med resten av Europa [13]. Det kan synes som om en generell «rusliberal» debatt bidrar til økt aksept, bruk og flere negative konsekvenser fra cannabis for ungdom [14].

Overordnet er vurderingen at både rusmiddelforbruk, rekruttering til rusmiddelbruk og negative konsekvenser fra rusmiddelbruk i Norge er lavere enn i de fleste europeiske land, og at dette må forstås som at dagens restriktive rusmiddelpolitikk samlet, som består av blant annet lovforbud, har hatt ønsket forebyggende effekt over tid.

Dersom et forbud skal ha en allmenforebyggende effekt, må det som hovedregel ha en konsekvens å ikke følge loven. Klassisk er det borgernes opplevelse av risikoen for å få straff som er virkemiddelet for å få den tilsiktede generelle forebyggende effekten av forbudet. Dette vil variere mellom land, og over tid innad i et land. F.eks vil «sovende forbud» som i liten grad etterforskes eller straffes, dvs liten risiko for straff, i liten grad virke avskrekkende og med det heller ikke forebyggende.

Noen grunnleggende forutsetninger for at lovforbud og straff skal ha en avskrekkende og med det forebyggende effekt i samfunnet er som følger:

- 1) Det må være en opplevd risiko for å bli oppdaget/tatt for lovbruddet for at det skal være avskrekkende.
- 2) Oppdagelsen og straffereaksjonen må finne sted i nærhet i tid til handlingen.
- 3) Straffens opplevde omfang spiller en rolle.

Det er samspeilet og summen av disse faktorene som er viktig for å oppnå en forebyggende effekt, ikke ett element av de 3 alene. På den ene side er det nok ikke slik at det vil gi automatisk økt forebyggende effekt ved å heve straffenivåene som eneste tiltak. Men, utledet fra dette vil forventningen være at; fjerner man, eller reduserer betydelig, ett eller flere av de tre elementene knyttet til straffereaksjon, må man forvente redusert forebyggende effekt av forbudet [15-17].

Ingen lover i samfunnet vårt kan sies å være 100% effektive; dvs selv med lovforbud og forventning om straff, vil noen borgere fortsatt bryte loven. Det er lite som tyder på at lovbrudd er følge av rene rasjonelle valg og avveininger om risiko for straff. Vi må likevel kunne anta som et faktum at aktive lovforbud har allmennforebyggende effekt, gitt at kriteriene over om risiko for oppdagelse etc er på plass (dvs reel opplevelse av straffetrussel i befolkningen).

I en befolkning vil atferden variere mellom ulike individer for en bestemt type handlinger.

For rusmiddelbruk som handling vil vi ha noen i den ene enden av spekteret som uansett aldri vil bruke et rusmiddel dvs de er totalavholdne. For noen vil det at det finnes et lovforbud bidra til personens veivalg. I den andre enden av spekteret har man noen som vil bruke rusmiddelet nesten uansett, dersom det er tilgjengelig og på tross av lovforbudet. I denne siste gruppen vil mange ha et problematisk rusmiddelbruk og noen en etablert ruslidelse. I midten mellom disse ytterpunktene finnes en varierende andel av befolkningen, avhengig av hvilket rusmiddel vi snakker om. For denne gruppen vil et lovforbud og innretningen på lovforbudet forventes å ha en regulerende effekt på adferd, dvs påvirke hvor mange som bruker rusmiddel, og omfanget av bruk blant brukere. En lov som er allment kjent, forstått og akseptert i befolkningen og hvor sanksjonen har et visst omfang (opplevelse av straffetrussel) vil derfor forventes å være et virkemiddel for allmenn forebygging av uønsket atferd. Det er imidlertid også slik at mange andre elementer, enn lovregulering, påvirker debut og rusbruk i befolkningen. Basert på ESPAD undersøkelsene i Norge er det vist at andelen ungdom som hadde brukererfaring samvarierte med andelen som var i konkrete situasjoner der de kunne bruke rusmiddelet cannabis, dvs rusbruk vil øke som en følge av reel økt tilgjengelighet av rusmiddelet [18].

Fra forskning på lovlig tilgjengelige rusmiddel vet vi at det er en sammenheng mellom opplevd og reel tilgjengelighet av et rusmiddel og forbruket av rusmiddelet i befolkningen. Dette er ofte omtalt som «totalkonsummodellen» [4]. Kjente virkemiddel som kan regulere tilgjengelighet er regulering av antall utsalgssteder, åpningstider, pris (beskatning) og reklameforbud i tillegg til aldersgrenser. Disse reguleringsformene kan endres i restriktiv eller liberal retning.

Ved mer restriktiv politikk som begrenser tilgang (reel og opplevd) på rusmiddelet, vil forbruket i befolkningen reduseres og vise versa. Som hovedregel vil forbruket i den delen av befolkningen som bruker mest rusmiddel påvirkes mest av tilstramning av reguleringsmekanismene.

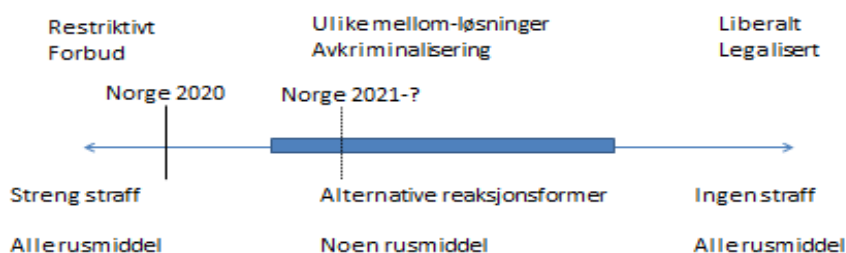
I samfunnet er det 3 hovedtilnærminger når det gjelder å selge substanser som kan gi rus og med det føre til rusmiddelrelaterte problemer.

1. Lovlig utsalg gjennom utsalgssteder (alkohol og tobakk)
2. Reseptregulert legemiddel salg gjennom apotek (vanedannende legemiddel)
3. Lovforbud for omsetning og bruk av illegale rusmiddel.

For legemiddelutsalg i apotek er det noen grunnleggende forutsetninger som må oppfylles; det første er at det er leger som gjennom påvisning av sykdom vil kunne forskrive en medisin med kjent effekt knyttet til en diagnose. For det andre er legemiddel som selges i apotek, gått gjennom meget strenge tester mht kvalitet og forventet medisinsk effekt. Begge disse forutsetningene gjør at det ikke er rimelig å se for seg at dagens illegale rusmiddel skal kunne gjøres tilgjengelig via resept og apotek i vesentlig grad. Dette er heller ikke omtalt i reformutvalgets rapport.

Også for legemiddel vil man forvente at ved økt tilgjengelighet, vil forbruket øke i befolkningen. Det har man tydelig sett i USA, der man i en 15 års periode fra midten av 1990-tallet kraftig økte tilgjengeligheten i befolkningen av potente smertestillende tabletter, og som resultat av det har fått en betydelig økning i bruk, problematisk bruk, avhengighet og overdosedød, knyttet til opioider. Utviklingen pågikk i mange år med gradvise endringer, som først etter ca 15 år førte til at man trakk i nødbremsen i USA, uten at opioid epidemien lett lar seg reversere av den grunn.

Det som gjenstår som konkrete virkemiddel er lovforbud. Finnes det så noen mellomting mellom full lovlig omsetning og bruk, og et strengt forbud? Det er rimelig å tenke langs en dimensjon, fra nettopp et strengt forbud til full legal tilgjengelighet. Midt imellom disse ytterpunktene finnes ulike former for regulering og grader av forbud/kriminalisering.



Inn i midten av en slik dimensjonal skala vil man kunne tenke seg at lovforbudet består, men både en mulig differensiering mellom ulike rusmiddel, og at sanksjonene er varierte og/eller endres. I dette mellomstikket finner vi avkriminalisering av bruk og besittelse av rusmiddel til personlig forbruk og med det drøfting av hva slags type sanksjon som bør gjelde, og for hvem, dersom ordinær straff for rusmiddelbruk ikke lenger skal være et dominerende benyttet virkemiddel. Spørsmålet er derfor hvor langt vil man bevege seg mot høyre med reguleringsendring i en slik dimensjonal modell?

Avhengig av hvor på dimensjonen restriktiv – liberal man legger type rusmiddel og type sanksjon vil man kunne gjøre en reguleringsendring som oppleves i mer eller mindre grad å skille seg fra dagens praksis eller fjerne seg fra denne. Dvs en reguleringsendring som beveger seg langt i retning av liberalisering vil også forventes å få den effekten at opplevelsen av loven og reaksjonen vil være liberalisert, selv om det formelle forbudet mot rusmiddelbruk består.

Det vil for eksempel være en forskjell på hvor langt mot høyre man beveger seg på skalaen, om man avkriminaliserer bare ett eller 2 av dagens illegale rusmiddel, f.eks khat og cannabis, eller om man avkriminaliserer for alle. Tilsvarende vil det være en forskjell med lengre høyreforskyvning dersom man legger opp til en rådgivningsreaksjon/sivil reaksjon uten sanksjon for å ikke møte opp, enn dersom det er en sanksjon for å ikke møte opp til rådgivningsmøtet. En lov uten en forpliktende sanksjon og «trussel om konsekvens» vil forventes å ha liten allmenn forebyggende effekt. Ved legalisering av cannabis for rekreasjonsbruk, er det vist økt andel ungdom som opplever rusmiddelet som ufarlig og tilgjengelig, og med det også flere som bruker rusmiddelet [19].

Foreslått sanksjon for rusmiddelbruk etter reformutvalgets forslag:

Sanksjonen for bruk og besittelse av rusmiddel som er foreslått i NOU 2019/26, som alternativ til straff slik vi kjenner det i dag, er et pålagt fremmøte med en tverrfaglig rådgivningskomite med forankring i kommunehelsetjenesten. Ved fremmøte vil man få et pålagt rådgivningsbudskap (om rusmidlers skadepotensial etc), mens man valgfritt, slik det er foreslått, kan la seg kartlegge for om man har et rusmiddelproblem og med det vil kunne kvalifisere for rusbehandling.

Det er lagt opp til at politiet skal kunne anholde en person for bruk og besittelse, deretter at politiet skal varsle rådgivningskomiteen i kommunen om forholdet og at kommunens komite skal innkalle personen som er tatt for bruk/besittelse. Slik NOU2019/26 forslaget står, er anbefalingen at det ikke skal være noen ytterligere reaksjon eller sanksjon dersom en person er innkalt til rådgivningsmøtet, men ikke møter opp.

Realiteten er da at dersom man tas av politiet for bruk/besittelse vil man i løpet av noe tid få en innkalling til et enkelt rådgivningsmøte i kommunen, men det vil ikke få noen konsekvens dersom man ikke møter til dette rådgivningsmøtet. For mindreårige vil det kunne gå melding også til andre tjenester i kommunen og evt også til foreldre.

Med forslaget slik det foreligger, vil den allmennforebyggende effekten være tvilsom. Reaksjonen på det å bruke/besitte rusmiddel, vil i liten grad kunne oppleves som en reel trussel om sanksjon, det vil være valgfritt om man skal motta reaksjon for lovbruddet. Det at man kan velge bort reaksjonen, uten å erfare en sanksjon for lovbruddet, må forventes å føre til at den allmennforebyggende effekten av forbudet i betydelig grad vil svekkes, fordi straffetrusselen er fjernet. Forslaget vil altså både redusere bruken av straff for rusbruk (tilsiktet), men også samtidig kraftig redusere potensialet som ligger i det formelle forbudets allmennforebyggende effekt. Det fremkommer ikke klart fra utvalgets forslag hva som skal være kunnskapsbaserte og virksomme tiltak som erstatter den forebyggende effekten man legger opp til å fjerne, ved å fjerne straffetrusselen ved forbudet. Det kan synes som om Reformutvalget aktivt søker å foreslå reaksjonsformer som går lengst mulig i retning av å fjerne all form for trussel om sanksjon for lovbruddet.

Av de tre forutsetningene for at straff/sanksjon skal ha allmennforebyggende effekt; oppdagelsesrisiko, nærhet i tid på oppdagelse/reaksjon og omfang av straff, har man derfor i praksis fjernet risikoen for at lovbruddet fører til reel sanksjon. Det er også uklart hvor raskt (dvs kriteriet om tidsmessig nærhet) reaksjonen vil finne sted. Med stor sannsynlighet vil den opplevde reaksjonen forskyves i så lang tid at den allmennforebyggende effekten vil svekkes ytterligere.

På den andre siden vil det å måtte møte til en rådgivningssamtale om rusmiddelbruk og skadekonsekvenser og få tilbud om utredning og behandling, kunne forstås som en mer individuell rehabiliterende sanksjon enn den klassiske straffen i kriminalomsorgen. Dvs det vil være en potensiell fremtidsrettet individuelt forebyggende mulighet, som er styrket, sammenlignet med dagens tilbakeskuende og klassisk straffende reaksjon. Det er dessverre likevel slik at effekten av rådgivning om rusmidlers risiko gjennom en enkeltstående rådgivningssamtale i liten grad er vist å ha noen effekt på personens fremtidige atferd og rusmiddelbruk [20, 21]. Det vil derfor være liten grunn til å forvente at reaksjonsformen slik den er foreslått vil gi reelle individuelt forebyggende effekter. Korte intervensjoner for å endre atferd (brief interventions) kan ha en effekt, ofte mer effekt etter flere fremmøter enn etter ett fremmøte, og bedre effekt dersom intervensjonen er basert på et strukturert og kunnskapsbasert grunnlag (for eksemplet motivasjons intervju (MI)), og dersom personen ønsker å gjennomføre en atferdsendring. Forventningen til det foreslått rådgivningsmøtet er at det i beste fall vil gi lite individuelt forebyggende resultat, mens det forventes nærmest bortfall av den allmennforebyggende effekten.

Tilbud om strukturert kortintervensjon med formål om atferdsendring kan ha noe for seg, dersom personen er motivert, dvs velger det som alternativ til annen sanksjon, og at rådgivningsopplegget er bygget opp etter kunnskapsbaserte prinsipper og helst over en viss varighet/antall økter.

En arbeidsmodell for rehabiliterende samtalebaserte intervensjoner brukes i kriminalomsorgen; «Russamtalen» og dette er et eksempel på en nyttig modell å bygge videre på og som det alt er noe erfaring fra i Norge [22].

Russamtalen er et rehabiliterende rustiltak i Kriminalomsorgen. Det er strukturerte samtaler med mål om å endre domfeltes rusvaner. Russamtalen har som mål å: ansvarliggjøre og bevisstgjøre innsatte/domfelte i forhold til egen rusatferd, forebygge rusing under straffegjennomføringen og legge til rette for å kunne endre rusvaner.

Samtalemanualen for Russamtalen er utviklet på bakgrunn av anerkjente teorier og samtalemetoder. Det er ikke tilfeldig hvordan Russamtalens elementer er satt sammen, og det er derfor viktig at manualens retningslinjer følges.

De samtalemetodikkene som brukes i Russamtalen plasseres innenfor kognitiv atferdsteori, og kan beskrives som en kognitiv endringsmetode. Russamtalen benytter følgende tre metodiske tilnærminger: Bygging av mestringstillit (BaM) [23], Motiverende samtale (MI) [24] og Endringshjulet [25].

Vanskelig politirolle

Utvalget forutsetter at det er politiet som skal gripe inn ved bruk og avgjøre hva som er bruk forbudt etter sosial lovgivning og/eller hva som gir strafferettslig ansvar i form av salg og omsetning. Politiet får fortsatt myndighet til visitasjon og skal kunne beslaglegge rusmidlene. Politiet skal etter forslaget imidlertid ikke ha myndighet til andre tiltak slik som kontroll av mobiler og liknende eller

undersøkelser på bopel, dersom det ikke er grunn for mistanke om lovbrudd annet enn bruk og besittelse. Slike etterforskningstiltak forutsettes som del av bredere besluttet etterforskning og dette vil sannsynligvis bli administrativt og praktisk tungvint. Dette vil i praksis kunne innebære en vanskeliggjøring av politiets arbeid. Politiets hovedtiltak ved bruk og besittelse alene, vil etter reformutvalgets forslag være en henvisning til kommunal rådgivningskomite, altså en helseorientert reaksjon, (uavhengig av behov for helsehjelp) fremfor straff. Samtidig skal politiet fortsatt ha ansvar for å forhindre ansamlinger og samling av brukere når dette er til offentlig plage og/eller sjenanse for omgivelsene. Politiet skal også gripe inn ved rusatferd som skader eller er plager andre.

Disse rollene forutsetter ofte at politiet har en reell myndighet og kan gripe inn med rolle-trygghet. Disse forholdene er ikke tilstrekkelig drøftet og avklaring for fremtidens politirolle knyttet til rusmidler savnes.

Et uklart myndighetsansvar

Det sentrale handlingsalternativ for politiet er altså en henvisning til en kommunal rådgivningskomite som skal ha tilgang til tverrfaglige ressurser. Slike instanser og fasiliteter finnes ikke i dag og utvalget foreslår opprettelse av dem, men uten å beskrive dem konkret, bl a fordi situasjonen i kommunene er svært ulike. Generelt kan det sies at kommunene har en vanskelig ressursmessig situasjon, og i praksis vil man antakelig være avhengig av å bruke tilgjengelige ressurser og koordinere disse innenfor ny administrativ enhet. Det er uklart hvordan dette skal skje og uklart om dette er god ressursbruk. Det å tilby en begrenset helseressurs som samfunnet besitter, til personer som ikke er i behov av helsehjelp synes å være en uriktig prioritering, spesielt gitt at forventningen om individuelt forebyggende effekt er lav.

Rådgivningskomiteen skal innkalle brukeren skriftlig og brukeren forutsettes å møte. Det er mildt sagt ikke et typisk mønster at slike innkallinger er effektive, og instansen skal ikke ha sanksjonsmyndighet og kan f.eks. muligens ikke pålegge gebyrer – for øvrig i motsetning til helsetjenesten som er pålagt å kreve gebyrer for brukere som ikke møter til tildelt time. Rådgivningskomiteen skal imidlertid kunne tilby problemutredning og planlegging av hjelp etter avklaring av behov. Kommunene og NAV har i dag mange steder praksis for slike utredninger og samarbeid med oppsøkende virksomhet og i betydelig grad også med politiet. Det nye er en prosedyre med skriftlig henvisning fra politiet og skriftlig innkalling fra instansen. Fordelene med dette er uklare. En mulig ekstra utfordring er en betydelig avstand i tid mellom handling og tiltak slik dette oftest er nødvendig for effektivitet og effekt. Samarbeidet mellom politiet og rådgivningen blir dessuten avstandspreget (elektronisk melding) hvor man kunne ønske seg nærhet og personkontakt.

Forslaget er etter vårt syn uklart, vil medføre en større grad av byråkratisering fremfor helsehjelp og bør kunne erstattes med videreutvikling av ett eller flere av eksisterende modeller for organisert samarbeid mellom politi, sosiale tjenester og helsepersonell, eventuelt også med spesialisthelsetjenesten (hybridmodeller med samarbeid mellom ulike sektorer og virkemiddel). Det bør også vurderes om man skal være helt uten myndighet til reaksjoner med gebyr eller andre tiltak som reaksjonsform. I Portugal, som er modell-landet for reformforslaget, har man sanksjonsmulighet dersom fremmøtekrav ikke etterfølges og rådgivningsenheten er en egen organisatorisk størrelsesorden utenfor det ordinære helsevesenet. Det er vår vurdering at dersom man kan velge bort å møte opp til rådgivningskomiteen uten risiko for konsekvens, er lovforbudet i praksis opphevet, dvs straffetruelsen/konsekvensen for lovbruddet er fjernet. Den forebyggende faktoren som i dag

ligger i et forbud med risiko for sanksjon, fjernes, mens det ikke er noen konkret og kunnskapsbasert erstatning av det forebyggende virkemiddelet man legger opp til å fjerne. Samtidig legges det opp til en økt belastning i helsevesenet med en tilbudsplikt til personer som ikke er i behov av helsehjelp, i tillegg til de som alt har behandlingsrettighet for sin ruslidelse.

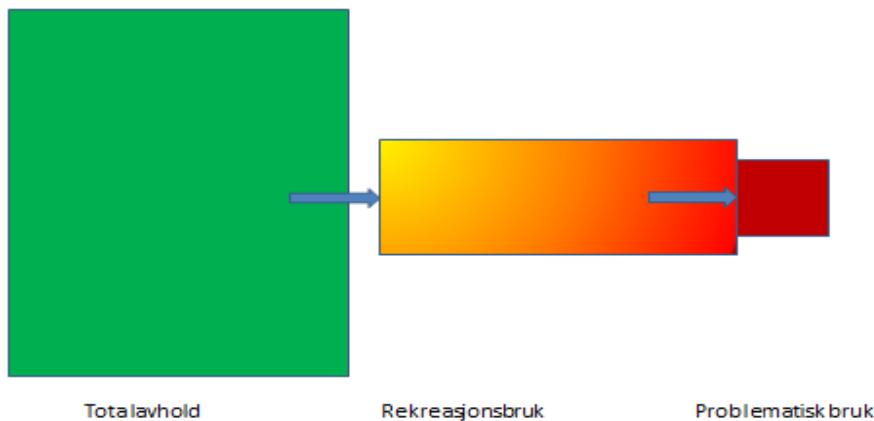
Endring i rusmiddelbruk i befolkninger over tid, og som følge av endring i reguleringer:

Som hovedregel vil endring i regulering av rusmiddelbruk forventes å føre til gradvise endringer i bruk i befolkningen og slike endringer vil kunne foregå over mange år. Skadevirkningene vil vise seg enda langsommere. Et eksempel er behandlingsbehov som først kommer etter mange års regelmessig og tungt bruk av rusmiddelet (gjelder de fleste rusmidler). For personer som søker seg til LAR behandling for heroinavhengighet er gjennomsnittsalderen ved første gangs behandlingssøking til LAR 37 år i Norge, mens gjennomsnittlig debutalder for heroinbruk er ca 20 år [26, 27]. Vi ser altså en utsatt effekt fra førstegangs heroinbruk til førstegangs behandlingssøking for heroinavhengighet på gjennomsnittlig 17 år. Vi snakker med andre ord om en utsatt effekt av konsekvensen av å forsøke heroin første gang til behandlingssøking på nær en «generasjon». Dagens erfarte rusmiddelutfordringer i samfunnet er derfor både en utfordring som stammer fra dagens bruk i samfunnet og dets akutte effekter (under rusmiddelpåvirkning), og en konsekvens av samfunnets håndtering av rusrelaterte problemer og intervensjoner for opp til 20 år tilbake i tid. Den ruspolitikken vi lager i dag vil på samme måte ha konsekvenser for rusproblematikken samfunnet vil oppleve om 20 år. Et føre-var prinsipp i politikkkutforming er derfor viktig, spesielt når vi vet at reversering av liberaliseringer er krevende.

Rusmiddelbruk i en befolkning:

Vurdering av handlingsalternativer forutsetter tilpasning til stadier i bruksutvikling og typer bruk. Vi kan skille mellom:

- 1) Nyrekruttering til og første gangs bruk av et rusmiddel
- 2) Rusmiddelbruk blant unge (ofte sporadisk)
- 3) Jevnlige rusmiddelbruk blant voksne rekreasjonsbrukere, men med lav risiko for skadekonsekvens
- 4) Vedvarende og gjerne langvarig rusmiddelbruk med høy risiko for sykdomsutvikling og avhengighetsutvikling.



Overgangen mellom gruppene listet over er flytende og ikke helt eksplisitte unntatt overgangen fra avhold til første gangs bruk.

For de illegale rusmidlene er det antallsmessig flere som har brukserfaring og beskjeden bruk, og relativt sett færre som har vedvarende høyt forbruk med stor skaderisiko.

Det er likevel slik at gruppen som utvikler betydelig og problematisk bruk er rekruttert fra gruppen med brukserfaring. Utviklingen til problematisk bruk er derfor en funksjon av antallet i gruppen som har brukserfaring. Øker antallet med brukserfaring, vil vi også forvente at antallet med problematisk bruk øker (gjørne etter en tidsperiode). For alkohol er det for eksempel anslått at ca 15% av alle som bruker, en gang i livet vil oppfylle kriteriene for en alkoholrelatert rusdiagnose. Tilsvarende for cannabis er ca 10% [28]. Behandlingssøkning kommer som regel mange år etter førstegangs bruk.

Det er kun i gruppe 4 det er en betydelig andel som vil kunne ha nytte av konkret helsehjelp for sitt rusmiddelbruk. For denne gruppen er vurderingen at forbud mot bruk av rusmiddel i liten grad påvirker rusbruken og i liten grad påvirker deres søkning til behandling. For denne gruppen er det åpenbart at slagordet «fra straff til helsehjelp» er en konstruktiv tilnærming. I denne gruppen mottar også mange helsehjelp slik det er i dag. Dette kan skje og skjer i dag innenfor gjeldende lovgivning. For denne gruppen vil fengselsstraff for bruk være svært u hensiktsmessig og et virkemiddel som i liten grad påvirker bruk.

For de øvrige gruppene er det bare i beskjeden grad noen som vil kvalifisere for og ha både ønske om og nytte av formell rusbehandling. Noen flere vil kunne ha nytte av god veiledning og informasjon om farene ved rusmiddelbruk, selv om effekten av enkel og uspesifikk rådgivning på atferdsendring er usikker. Skal man forvente atferdsendring må rådgivningsintervensjonen som hovedregel både ha en kunnskapsbasert struktur, varighet og et ønske om slik endring fra brukeren.

En vurdering av sannsynlige resultater etter type bruk viser derfor mange ulikheter:

For gruppe 1; forventning er at flere vil få erfaring med et rusmiddel som oppleves mer tilgjengelig (lavere grad av straffbarhet). Dvs det blir flere som kommer i gruppen med erfaring i bruk. Det er denne populasjonen som brukes som beregningsgrunnlag for en gitt andel som utvikler problematisk bruk. Det er overgangen fra totalavhold til rusmiddelbruk som kanskje i størst grad påvirkes av et effektivt lovforbud. For denne gruppen er den forebyggende effekten av et lovforbud viktig.

For gruppe 2; Det kan forventes at dersom opplevelsen mht lov og straff går i liberaliserende retning, vil flere bruke rusmiddel flere ganger enn dersom det er opplevd sterkere grad av straffbarhet. Fra disse som bruker flere enn noen spredte forsøk vil det forventes å bli noen flere som bruker regelmessig av rusmiddelet.

For gruppe 3; Her kan det forventes at noen flere vil kunne bruke mer og hyppigere rusmiddel enn tidligere ved en opplevelse av en liberalisering. Det er fra denne gruppen rekruttering til problematisk bruk i størst grad vil forekomme.

For gruppe 4; Her kan det forventes at det blir nokså lite endring i bruk ettersom disse uansett er storforbrukere, men forventningen er heller mer enn mindre forbruk dersom det oppleves en reel liberalisering.

For gruppene 1-3 vil endring i bruk forventes å henge sammen med om det oppleves en endring i lovforbud og straff langs dimensjonen restriktiv-liberal. Den allmennforebyggende effekten av et lovforbud, med tilhørende kriterier for at straff skal ha en preventiv effekt vil forventes å påvirke atferd og internaliserte moralske prinsipper over tid. Kanskje er første gangs bruk, dvs nyrekruttering til populasjonen «rekreasjonsbrukere» en av de overgangene som i stor grad vil kunne påvirkes av endring i lov og praktisering av straff og med det oppfattelse av endring i den forebyggende restriktivitet.

I reformutvalgets utredning er det tatt inn en figur fra forskningslitteraturen; Fig 6.19 på side 159 i NOU 2019:26. Denne kilden og figuren synes å være spesielt uegnet til å belyse om det finner sted relevant endring over tid som følge av en avkriminalisering. Relevansen av å ta figuren inn i utvalgsrapporten er dermed uklar. For det første er ikke originalkilden en veldig metodisk sterk kilde, snarere tvert om, og funnene som vises frem er om cannabisbruk (minst en gangs bruk siste 12 mnd) endres over tid i befolkninger. Det er verdt å merke seg at forfatterne av kilden selv, er nokså forsiktige med å konkludere og at de opplyser at «moderate regulatoriske endringer» ikke gir sikre holdepunkter for effekt på cannabisbruk (målt ved bruk minst en gang i løpet av siste 12 mnd). Effektmålet som er brukt i den spesifikke kilden (minst en gangs cannabisbruk i løpet av siste år) gir oss ikke meningsfulle svar på spørsmålene om f.eks rusmiddeldebut øker, om opplevelsen av tilgjengelighet er endret i befolkningen, eller om forbruk blant etablerte brukere øker. I tillegg er det slik at endringene som foreslås av reformutvalget ikke kan sies å være moderate endringer av straffepraksis.

Hva vet vi om sårbarhet og risiko

Utvalget redegjør omfattende for en stor del av den epidemiologiske litteraturen om hvem som rammes av straffebestemmelser av ulik type, spesielt rusmiddellovgivningen. Vi vurderer likevel redegjørelsen som utilstrekkelig, særlig når det gjelder legale rusmidler. Tre forhold er relevante.

Den første er at tilgjengeligheten i form av sosial aksept og enkel tilgang er sentral i omfanget av f.eks. alkoholbruk. Jo oftere en er i brukssituasjoner og dess fler man kjenner som bruker, desto oftere prøver man midlene. Den andre er at en rekke sårbarhetsfaktorer (genetisk, kvalitet på tidlige relasjoner, omsorgssvikt, rusbruk og vansker i hjemmet, funksjonsvansker) har vesentlig innvirkning på utviklingen av bruken. En bruker med mange sårbarhetsfaktorer har langt større risiko for å utvikle bruksproblemer, eventuelt ruslidelser [2]. Høy tilgjengelighet i samfunnet rammer altså i særlig grad de sårbare i en befolkning. Dette er begrunnelsen for en restriktiv og solidarisk ruspolitikk. Det tredje er at episodisk 'generell opplysning og informasjon' som virkemiddel har forskningsmessig nokså svakt belegg, som forebyggende virkemiddel [20].

Utvalget legger stor vekt på forskning som sammenlikner bruksutbredelsen (livstidsprevalens eller siste års prevalens) i land med streng med land med mild kriminalisering. Konklusjonene er at man vanskelig kan finne noen sikker forskjell, knyttet til konkrete tidspunkter for endring i reguleringsform. Konklusjonen fra utvalget synes å være at kriminaliseringen kan avvikles som betydningsløs samtidig som den er kostbar og påfører mange lidelse. Dette er et forskningsfelt med nokså få absolutte svar og i utvalgets drøfting kommer nyansene i forhold til tilgjengelighet i befolkningen og betydning for utviklingen av rusliberale miljøer ikke godt nok frem. Det er mange studier av rusmiljøer i skolene, i oppvekstmiljøene, i hjemmene, på arbeidsplassene. Den samlede evidensen for å begrense tilgangen og tilbudet som igjen har sammenheng med etterspørselen, er sterk.

Lærdommene fra epidemiologisk forskning – særlig alkoholforskningen – er at tilgjengelighet og bruk har nær sammenheng samtidig som nær alle restriksjoner gir bruksreduksjon i befolkningen og med det også problemreduksjon. Utvalget påpeker at det ikke er funnet sammenheng mellom grad av kriminalisering, strafferammene og bruksutviklingen. Det analyserer imidlertid ikke, eller utilstrekkelig, sammenhengen mellom restriksjoner og sosiale begrensninger og bruksutvikling. Det drøfter heller ikke om den formen for forbud og tilhørende (valgfrie) sanksjon som utvalget anbefaler, har forventet god virkning. Dagens (og de siste års) restriktive ruspolitikk har bidratt til lav bruksforekomst og nyrekruttering i Norge sammenlignet med EU-gjennomsnittet som et eksempel (ESPAD rapport 2015) [13]. Dette er et særtrekk i Norge, sammenlignet med andre land, og utgangspunkt med lav forekomst i rusmiddelbruk i Norge bør ivaretas. Spørsmålet er om dette gode utgangspunktet skal settes på spill, gjennom en reform med uvisse konsekvenser, og fravær av kunnskapsbaserte forebyggende virkemiddel. I en slik situasjon synes en naturlig fremgangsmåte å være, å styrke kunnskapsgrunlaget der det er svakt, før store endringer besluttes. Og dersom man velger løsningen med å endre politikken, å gjøre dette trinnvis med evaluering av prosessen underveis.

Legale rusmidler vs illegale-

Skadelig og plagsom bruk av legale rusmidler møtes i dag etter sivil lovgivning (alkoholloven og i forhold til atferd; andre sosiale lover). En åpenbart påvirket person kan bringes til arresten hvor vedkommende skal tilsees av helsepersonell. En bruker kan ilegges bøter ved besværlig atferd og bruk på steder hvor dette ikke er tillatt. I følge utvalget skal en bruker av illegale rusmidler ikke kunne møtes på slike måter fordi en slik bruker skal kunne reagere negativt på grensesetting og tvang og bli mindre motivert til hjelp. Utvalget synes å mene at brukere av legale og illegale midler tenker, føler og handler ulikt.

Vi er generelt skeptiske til disse vurderingene og mener at motivasjon til hjelp og endring i stor grad springer ut av opplevde negative konsekvenser og opplevelse av vansker og konflikter, men vel å merke sammen med opplevelse av håp og tro på endring. En bruker skal selvsagt ikke trakasseres eller behandles dårlig, men det er lite troverdig å anta at alle restriksjoner og krav er negative. Forventning om negative reaksjoner, sanksjoner og problemer vil være med å påvirke atferd også hos personer som bruker rusmiddel. Det sentrale synes å være rammene om de grensesettende møtene som bør organisere slik at de også gir muligheter og håp. Utvalgets innstilling gir inntrykk av at brukere har hatt så mange vansker at de bør beskyttes og behandles nærmest med silkehansker. Dersom dette var gyldige argument er det i så fall mest relevant for personer som har utviklet en ruslidelse etter langvarig og omfattende bruk. Vi vurderer tematikken som mangelfullt belyst, og mener at kombinerte tilnærminger med grensesettende krav og tilbud om hjelp er bedre enn ensidig tilnærminger.

Utydelig og usikker grensetting

Utvalget beskriver et skille mellom bruk og omsetning. Det prinsipielle standpunktet er at alt eget inntak er bruk samt at det å ha rusmidler til eget inntak er en del av bruksproblematikken. I realiteten er det svært vanskelig å beskrive et klart systematisk skille mellom egen bruk og besittelse og rusmiddelomsetning. En høy andel av brukerne har en sideinntekt av videresalg og tydelig skille mellom egen bruk og omsetning til andre er vanskelig. Dette vil for mange være en del av egen brukspraksis og finansiering av egen bruk, og vil foregå i et spekter av ulike størrelsesordener.

Utvalgets drøfting av dette er uklar, og i stedet innføres en nokså arbitrær mengdebeskrivelse av hva en bruker trenger til noen dagers forbruk. De mengdene som foreslås godtatt som begrenset til eget forbruk er vesentlig høyere enn det som rapporteres fra behandlingssektoren og oppsøkende virksomhet. De foreslåtte mengdeforholdene er i stor grad forenlig med og typisk for «dealing» og småsalg. Vanligvis sendes små-selgere ut på markedet. De foreslåtte mengdene for oppbevaring til eget bruk vil i stor grad sammenfalle med hva små-selgere vil kunne oppbevare i forbindelse med salg. Det er dessuten svært få brukere som trenger oppbevaring av så vidt mange ulike rusmidler. I tillegg er samtidig bruk av kombinasjoner av flere rusmidler forbundet med økt risiko for blant annet overdose.

Serafs anbefaling er derfor en vesentlig reduksjon av de mengdene som skal defineres til egen bruk og etter vårt syn også grunn til å begrense antall typer rusmidler og regulering av en grense for «totalbeholdning» av rusmidler ved kombinasjoner. Utvalgets forslag er, slik vi vurderer det, langt på vei en utvisking av forskjellen på bruk og «dealing». Besittelse av inntil 1-2 dagers bruk blant tilvendte brukere synes å være en størrelsesorden som i større grad vil kunne «skille» eget bruk fra besittelse for videresalg.

Sosial klasse, rusmiddelbruk og restriksjoner

Utvalget påpeker med rette at det er en sterk sammenheng mellom sosial klasse og repressive tiltak som fengslinger. Fengselspopulasjonen har en sterkt økt forekomst av psykiske vansker og sosiale problemer sammenliknet med gjennomsnittsbefolkningen [29]. Utvalget påpeker videre at

politiaksjoner og repressive tiltak derfor rammer sosialt skjevt. Dette er ikke unikt for rusrelatert problematikk innen kriminalitetsfeltet. Personer med sosiale ressurser og støttende nettverk vil både i mindre grad bli rammet og kan i større grad beskyttes mot uheldig virkninger av kriminalisering. Bruk av bøter rammer først og fremst de som har dårligst råd. Dette er riktig, men det er også riktig at sosiale vansker og vanskeligstilte nettverk samvarierer i stor grad med skadelig rusmiddelbruk. Tiltak som øker tilgjengelighet og rusmiddelaksept, rammer derfor også sosialt skjevt. Det gir en økt risiko og ulempe spesielt for de med lavere sosiale ressurser. Reformen med økt bruk av regelverk og rutiner som øker tilgjengelighet kan umyndiggjøre hjelpeapparatet og er derfor et tveegget sverd, som kan bidra til ytterligere sosial forverring for nye og etablerte rusmiddelbrukere. Et alternativ er å differensiere reaksjonene etter ressurser og sosial klasse med vekt på mindre sanksjonsbelastning ved begrensede ressurser.

Det finnes en lang rekke prosjekter og forsøk med kombinasjoner av repressive tiltak og hjelpende tiltak som er lovende og kan aktivere bruker i positiv retning. Vi ønsker oss en bedre drøfting av tiltak som kombinerer restriktive tiltak som politiinnsett med økt satsning på målrettet hjelp, på naboskapstiltak og på konstruktive brukerorienterte tiltak. Kommunale rådgivningskontor som eneste nye løsning, er ikke en tiltakstype som alene gir slike virkninger eller muligheter. Dersom det er svakt kunnskapsgrunnlag knyttet til noen av dagens reaksjonsformer, bør kunnskapen om tiltakenes effekt styrkes, slik at kunnskapsbaserte valg og fremtidsbaserte strategier kan legges, dvs forut for en reform.

Rusreformutvalgets forslag har noen konkrete problematiske sider:

Stigma og effekt av reformen

Et begrep som vies plass i NOU 2019/26 er «stigmatisering». Utvalget knytter dette nesten utelukkende til beskrivelse og konsekvens av politi-inngrep med tilhørende reaksjoner. Det er riktig at brukere ofte opplever stigmatisering og at dette kan ha negative følger. Det er imidlertid ikke riktig å knytte dette ensidig til kriminaliseringen og eller spesifikke straffereaksjoner. Rusmiddelbruk kan medføre atferdsendringer, kriminalitet (annet enn bruk og besittelse) og andre former for sosiale reaksjoner fra sosiale omgivelser, skoleverk, kollegaer og arbeidsplasser. Alvorlig rusmiddelbruk gir ofte funksjonssvikt. Det er sannsynlig at rusmiddelbruken og funksjonssvikten i seg er bidragsytende til stigmatisering. Pasienter i rusbehandling (f.eks LAR) opplever stigmatisering [30]. Personer med rusmiddelproblemer vil oppleve stigmatisering som følge av rusbruken og livsstilen som er uavhengig av stigmatisering som følge av straffereaksjoner. Øker rusbruken og tilhørende problemer i befolkningen vil flere enn i dag kunne erfare stigmatisering knyttet til problematisk rusmiddelbruk.

Tobakksrøykingen er i dag drastisk redusert. En del av årsaken ser ut til å være at slik røyking lett oppfattes som «lav status» altså stigmatisering. Tidligere var røyking en akseptert atferd på en helt annen måte, gjerne et statussymbol. Stigmatiseringsbegrepet omfatter derfor etter vår mening mer enn det synes å inkludere i utvalgsrapporten, og konsekvensene av stigmatisering er mer nyanserte. De er nok slik at alle lovforbud med tilhørende straff vil føre til et element av stigmatisering av lovbrøteren. Det er ikke unikt for personer med rusmiddelbruk som lovbrudd. I seg selv er dette ikke gode generelle argumenter for å fjerne sanksjoner totalt.

Ressursvurderinger

Forventningen om at rådgivningskomiteene og dets arbeid vil kunne foregå uten at det blir behov for betydelig ressursøkning i kommunehelsetjenesten virker urealistisk.

Det er uklart om omleggingen av reaksjon fra straff til helsehjelp faktisk vil kunne bety et økt behov for ressurser i rusbehandlingstjenestene, men det er sannsynlig at noe økning vil forekomme. For noen tjenester er ressursene for knappe slik det er i dag, og det er ventetid på behandlingstilbud.

Det er uklart om omleggingen av reaksjon fra straff til helsehjelp faktisk vil kunne bety et redusert behov for ressurser i kriminalitetssektoren, men det er sannsynlig at noe reduksjon vil forekomme.

Det er uklart om reformen vil kunne forventes å gi vesentlig færre fengselsstraffer for gruppen som bruker rusmiddel enn hva som er tilfellet i dag, ettersom de fleste fengselsstraffene ikke er knyttet til bruk og besittelse, men andre typer lovbrudd i målgruppen.

Differensiering

Det er flere aspekter av en politikkendring som bør vurderes tydeligere, mht om det legges opp til en løsning som passer alt og alle, eller om det skal legges opp til mer differensierte løsninger:

Det bør vurderes om det kan utvikles ulik reaksjon dersom man tas innenfor et visst tidsrom gjentatte ganger vs en første gang, dvs noe ala prikk-belastningsordningen i førerkortsaker, der gjentatt overtredelse av loven gir en kraftigere reaksjon enn første gangs overtredelse.

En differensiering i forhold til sosiale og økonomiske ressurser; dersom bøter benyttes som straff kan straffen tilpasses inntekten/betalingssevnen.

Differensiering av om endringen «fra straff til helsehjelp» skal omfatte kun personer med ruslidelse, eller problembruk med behandlingsbehov, mens øvrig rekreasjonsbruk ikke omfattes av endringen på samme måte kan vurderes ytterligere. Personer med en sykdom/lidelse hvor rusmiddelbruken er en direkte konsekvens av lidelsen, kan behandles på andre måter også mht reaksjonsform enn de som ikke har slik tilstand/behov.

Differensiering mht type av rusmiddel som inkluderes som følge av politikkendringen, der f.eks khat og cannabis omfattes av endring, mens andre illegale rusmiddel ikke inngår, bør vurderes ytterligere.

Samfunnet syn på bruk av flere rusmidler

Vi vet at det å bruke rusmiddel i stor grad er en kollektiv atferd, som påvirkes av mange elementer og deriblant i betydelig grad av hva andre synes om atferden og hva omgivelsene gjør. Dvs dersom det kommer en situasjon der reaksjonen på bruk av rusmiddel oppleves som liberalisert, vil vi forvente mer bruk i befolkningen og med det «spredning av bruk i sosiale nettverk».

Dette vil i så fall få langsiktige konsekvenser og for alle praktiske formål være en endringsprosess som det vil være svært krevende å reversere. Spørsmålet er derfor om det er klokere å iverksette en mer gradvis endring ledsaget av evaluering, enn en stor reform, med betydelig grad av liberalisering mht straff, med ukjente konsekvenser på kort og lang sikt. I dagens USA erfarer de nå kombinasjonen av

kortsiktige og langsiktige konsekvenser av en liberaliseringspraksis for opioider, som startet mer enn 20 år tilbake i tid. Det er først de siste årene at de langsamt innsettende effektene er blitt synlige i form av svær økning av behandlingsbehov og problebyrde. Dette er en krevende situasjon å endre, og det vil kreve betydelig mer ressurser til både forebygging for fremtidige generasjoner og behandlings og skadereduksjon for dagens brukere fanget i problematisk bruk. Fokus på forebygging og føre-var prinsippet i politikktutformingene synes å være viktig, og nåtidens politikk vil legge premisser for resultater av politikken for flere ti-år frem i tid.

Et overordnet kursvalg

Spørsmålet er overordnet sett om det er et reelt behov for en reform i betydning stor omlegging av dagens praksis eller om en mindre justering av kursen er bedre. Situasjonsbeskrivelsen i rusfeltet i Norge i dag tilsier ikke en stor krise som trenger en omveltende reform, men et system som har flere og til dels kostbare forbedringsmuligheter.

Vår vurdering er at mandatet som er gitt til Rusreformutvalget, i for liten grad er kunnskaps- og behovsbasert og dermed i for liten grad knyttet til de konkrete utfordringene fagfeltet står i.

En solidarisk ruspolitikk tar hensyn til de mest sårbare, de som er i fare for å utvikle problematisk bruk og disse vil bare kunne beskyttes med en befolkningsrettet strategi som begrenser rusmiddeldebüt og rusmiddelbruk i befolkningen. Dette har Norge lyktes med og har blant Europas laveste forekomster av bruk av illegale rusmiddel og også relativt lav problebyrde. Norge har et betydelig antall overdosedødsfall årlig, det er lite som tyder på at endringen det foreslås igjennom rusreformen isolert sett vil påvirke forekomsten av slike dødsfall, i reduserende retning.

Rusreformutvalgets forslag og argumentasjon knyttet til bruk og besittelse av rusmiddel står i kontrast til den nokså nylige lovendringen rundt bruk av dopingmidler, som er blitt kriminalisert. Spørsmålet blir egentlig om man fra samfunnets side ønsker å sende et signal ut i befolkningen om at det er mindre grad av forbud (dvs betydelig lavere straffetruassel) mot bruk av illegale rusmiddel enn det er i dag og enn hva det vil være for bruk av dopingmiddel.

Muligheter innen gjeldende lovverk:

Straffeloven kan i dag brukes til å understøtte behandling og bruksreducerende tiltak. Et forhold er at mange fengsler har ulike former for rusrådgivning og behandling i egne enheter. En annen ting er at domstolene kan ilegge ulike atferdsregulerende pålegg og dessuten åpne opp for behandling under soning om den enkelte ønsker dette. Mange av disse reaksjonene gjelder mer alvorlige dommer, knyttet enten til salg og omsetning eller til dommer på grunn av bruk kombinert med annen kriminalitet. Dersom bare bruk skal avkriminaliseres vil en del av disse tiltakene kunne fortsette. Det foreligger en del evalueringsforskning som ikke gir entydige svar, men som peker mot at tiltaksformene i alle fall er nyttige for noen av brukerne.

Andre forhold er først og fremst knyttet til reaksjoner på bruk og oppbevaring. Det er ganske vanlig i dag at politiet pålegger bekymringsamtaler og eventuelt en periode med urinkontroller. Systemet er ikke systematisk vurdert og erfaringene går i flere retninger. Det er likevel så vidt mange positive rapporter og erfaringer at det virker lettvis slikt utvalget gjør, å avfeie disse mulighetene, som noe å bygge videre på. Utvalget beskriver bekymring for stigmatisering og eventuelt merknader på rullebladet som kan ha fremtidige begrensende virkninger. Det nevner også at brukergrupper kan bli negative og få uønsket avstand til hjelpeinstanser, men vurderingene virker tilfeldige og preget av

utvalgets noe generelle negative holdning til restriktive tiltak. Forskningsstatus er usikker, men mye taler for at dette er verdifulle tiltak som ikke bør undergraves – slik rapporten etter vår vurdering tenderer til å gjøre. Kunnskapsgrunnlaget om slike tiltak bør styrkes.

Noen ikke-vurderte alternativer

1. Det er en overordnet målsetting at kriminaliseringsgraden og spesielt bruk av fengselsstraff, skal reduseres for bruk og besittelse av illegale rusmiddel. Et nærliggende forslag er å endre legemiddelovens status slik at den blir en del av eller parallellføres med alkohollovgivningen. Tiltak etter lovgivningen vil med det ikke lenger være straffbart som brudd på straffeloven.

2. Alkoholloven hjemler en rekke tiltak som bør vurderes. En del av tiltakene i dag hjemlet etter legemiddeloven slik som bekymringssamtaler osv., vil kunne videreføres etter evaluering.

3. Anførsler som føres i brukerens rulleblad kan gjøres tidsbegrenset eller relative slik at de ikke fører til betydelige fremtidige vansker.

4. Det er i dag reelle vansker knyttet til bruk av bøteinstituttet med opparbeiding av gjeld som gjør rehabilitering vanskelig. Statens innkrevingsentral har i dag små muligheter til å ta individuelle hensyn eller hensyn til behandlingsopplegg. Det kan gjennomføres reformer som dels gjør bøtene påvirkbare av gjennomført behandling eller andre endringer i atferd og som tillater individuell tilpasning til enkeltpersoners situasjon og muligheter. Samfunnsstraff/sivil straff, heller enn fengselssoning kan være alternativ.

5. En vesentlig årsak til høyt antall rusbrukere i fengsel er knyttet til de ekstremt lange fengselsstraffene som kan ilegges og at rammene for soningslengder er for vide innen en tradisjon hvor kriminalisering av rusbruk har hatt for stor aksept. En reduksjon av strafferammene for salg og omsetning vil kunne medføre en større reduksjon av fengselsbruken enn en avkriminalisering av bruk i seg selv.

Oppsummering og vurderinger

1. SERAF anbefaler en revurdering av om avkriminaliseringen bør gjelde alle rusmiddel eller bare noen av stoffene som khat og cannabis. Dette kunne være en løsning som forsøkes og man får evaluere, før man evt vurderer behovet for at ytterligere rusmiddel bør inngå i avkriminaliseringen.

2. Forslaget om at det ikke skal være noen sanksjon dersom man ikke møter til rådgivningskomiteen bør revurderes. Dette forslaget vil oppleves som at man ikke trenger å følge pålegget og at opplevelsen av liberaliseringen er gått svært langt i retning av liberalisering/legalisering.

3. Utvalget utredet overføring av rusmiddelbruk fra strafferettsapparatet til helsesektoren. I realiteten er all alvorlig bruk – i alle fall når den skaper problemer – definert som ruslidelser. Alle med ruslidelser har krav på behandling etter pasientrettighetsloven og er fra før av helsesektorens ansvar. Det å overføre friske personer med en uønsket atferd til helsetjenestens ansvar kan drøftes

nærmere. Hvordan skal samhandlingen i realiteten bli til et individuelt rusforebyggende tiltak og samtidig være en reaksjon fra samfunnet på en ulovlig handling, slik at handlingen fortsatt oppfattes som klart ulovlig blant borgerne og at forbudet med det har en allmennforebyggende virkning? Bør reaksjonsformen differensieres mht typer bruksatferd?

4. Utvalget forholder seg primært til selvvalgt bruk uten åpenbare problemer – såkalt rekreasjonelt, eventuelt eksperimenterende bruk. Det er ikke lett å forstå hva helsesektoren skal gjøre med ansvar for slik bruk. I realiteten er forslaget at helsesektoren skal få ansvaret for uønsket atferd uten sykdomstegn. Dette problemet drøftes lite. Dessuten finnes det ingen behandling for tilstander som ikke har sykdomskarakter. Hensikten med en atferds endrende rådgivning, er nettopp atferdsendring, og slike forebyggende intervensjoner vil ha best effekt om de er kunnskapsbaserte, med en viss varighet og basert på et valgt/ønsket utgangspunkt fra brukerens side. Utvalget drøfter dette ikke, men foreslår opprettelse av et kommunalt rådgivningskontor med ansvar for å motta henvisninger fra politiet og mulighet til enkel rådgivende drøfting og undersøkelse av behandlingsbehov. Kontoret skal innkalle brukeren til samtale men har ingen myndighet til reaksjon om brukeren ikke møter. Det kan henvises til ulike former for rehabilitering og behandling men dette vil være avhengig av brukerens interesse og tilgjengelighet av ulike ressurser i kommunen og i TSB. Forslaget er uklart og vil enten kreve betydelige nye ressurser eller være avhengig av eksisterende i kommunen. Nytteverdien er usikker. Det vurderes som lite treffende å beskrive dette som overføring til helsesektoren.

5. Politiet skal ha intervensjonsplikt og kunne beslaglegge rusmidler den enkelte har til eget bruk. Politiets myndighet til supplerende tiltak er imidlertid begrenset i forhold til dagens regler, og politirollen kan bli uklar. Hovedtiltaket synes å være en henvisning til et kommunalt kontor med uklar tidssammenheng med den aktuelle intervensjonen og svært usikker myndighet. Det anbefales at politiets myndighet og rolle klargjøres og at dagens adgang til ytterligere undersøkelser og kontroll opprettholdes ved anholdelse.

6. Definisjonen av mengde midler til eget bruk er svært høy og overstiger vesentlig 1 til 2 dagers bruk. Dessuten skal brukeren kunne ha alle de vanlige rusmidlene med seg. I praksis beskrives et lite rusapotek som er mer omfattende enn det en vanligvis møter hos brukere uten salgambisjoner. Mengdeforholdet bør reduseres og den enkelte bruker bør bare kunne medbringe ett, maks to ulike midler, uten sanksjon.

7. Utvalget avviser på flere områder å ta i bruk virkemidler som i dag brukes overfor uønsket bruk av legale midler. Begrunnelsen hentes i antakelser om at brukeren lett blir stigmatisert og dessuten får redusert motivasjon til å ta i mot hjelp. Her savnes en drøfting av gunstige effekter av restriktive tiltaksvalg. Antakelsen om at brukeren av illegale stoffer reagerer annerledes en brukere av legale rusmiddel er dårlig begrunnet. Inntrykket er at utvalget preges av en holdningsmessig motvilje mot restriktive tiltak som assosieres med kriminalisering, også når slik motvilje er svakt begrunnet.

8. I sin drøfting av forskningsstatus legges utilstrekkelig vekt på alkoholforskningens omfattende epidemiologiske funn om forholdet mellom tilgjengelighet og bruk, og bruksomfang og skadeomfang og behov for ulike former for restriksjoner.

9. Utvalgsrapporten viser til solid kunnskap om sammenheng mellom psykiske og sosiale vansker på den ene siden og rusmiddelbruk og straffereaksjoner på den andre. Den drøfter imidlertid

utilstrekkelig hvordan tilgjengeligheten av rusmidler i seg selv vedlikeholder vanskene og skaper ulikhet, og overser muligheten av å kombinere restriktive tiltak med hjelpende og problemløsende. Dette avvises på et for usikkert forskningsgrunnlag.

10. En del alternative forslag bør vurderes nærmere slik som endring av status for legemiddeloven, videreføring av tiltak bedømt som gunstige slik som bekymringsamtaler på et endret lovgrunnlag, revisjon av bestemmelsene om «rulleblad», endring av bøteinstituttet slik at ilagte bøter ikke blir en fremtidig hindring, styrking av mulighetene til kombinasjoner av grensesettende og hjelpende tiltak.

Til syvende og sist: Mange av vanskene og begrensningene utvalget beskriver, er i realiteten påpekning av ressursbegrensninger og kompetansebegrensninger i helsetjenestens tiltaksapparat. Disse vanskene løses ikke med utvalgets forslag. Konklusjonen er samlet at utvalgets innstilling bør suppleres og endres på flere områder som beskrevet. Kombinerte tiltak med involvering av flere sektorer; politi, helse og sosialtjenestene, finnes det gode praktiske erfaringer fra når det gjelder rusfeltet, og disse bør det bygges videre på og videreutvikles. Der det er svakt kunnskapsgrunnlag bør det prioriteres å fremskaffe relevant forskning før store endringsbeslutninger tas. Det er viktig å ha en solidarisk og føre-var tilnærming til norsk ruspolitikk, slik at færrest mulig i fremtiden kommer i en situasjon der de utvikler en behandlingstrengende ruslidelse. I et slikt perspektiv er forebyggende virkemiddel viktige som del av en samlet tiltaksstrategi og det er viktig å ikke redusere effekten av forebyggende tiltak.

Referanser

1. Degenhardt, L. and W. Hall, *Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease*. Lancet, 2012. **379**(9810): p. 55-70.
2. Branstrom, R., E. Sjostrom, and S. Andreasson, *Individual, group and community risk and protective factors for alcohol and drug use among Swedish adolescents*. Eur J Public Health, 2008. **18**(1): p. 12-8.
3. Rose, G. and S. Day, *The population mean predicts the number of deviant individuals*. Bmj, 1990. **301**(6759): p. 1031-4.
4. Norström, T., Hemström, Ö., Ramstedt, M., Rossow, I., Skog, O.-J. , *Mortality and population drinking*. In Norström, T. (Ed.), *Alcohol in postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. 2002: Stockholm, Sweden: National Institute of Public Health. p. 157-175.
5. Babor T. F., C.R., Casswell S., Edwards G., Giesbrecht N., Graham K. et al, *Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy*. Oxford University Press, 2003.
6. Skog, O.J., *The collectivity of drinking cultures: a theory of the distribution of alcohol consumption*. Br J Addict, 1985. **80**(1): p. 83-99.
7. Skog, O.J., *Alcohol consumption and mortality rates from traffic accidents, accidental falls, and other accidents in 14 European countries*. Addiction, 2001. **96 Suppl 1**: p. S49-58.
8. Lemmens, P.H., *Measurement and distribution of alcohol consumption*, in *University of Limburg, Maastricht*. 1991.
9. Steinemann, S., et al., *Motor vehicle crash fatalities and undercompensated care associated with legalization of marijuana*. J Trauma Acute Care Surg, 2018. **85**(3): p. 566-571.
10. Waal, H. and J. Mørland, *Rus og avhengighet*. 2016: Universitetsforlaget.
11. WHO, *Global status report on alcohol and health 2018*. 2018.
12. WHO, *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*. 2019.

13. *ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. The ESPAD Group.
14. Stenius, K., *Treatment of cannabis-related problems in the Nordic countries*. 2019: Nordic Welfare Centre.
15. Robinson, P. and J.M. Darley, *Does criminal law deter? A behavioural science investigation*. Oxford Journal of Legal Studies, 2004. **24**: p. 173-205.
16. Kleck, G., et al., *The Missing Link in General Deterrence Research*. Criminology, 2005. **43**: p. 623-660.
17. Anderson, D., *The Deterrence Hypothesis and Picking Pockets at the Pickpocket's Hanging*. 2019. p. 497-515.
18. Burdovic Andreas, J. and A.L. Bretteville-Jensen, *Ready, willing, and able: the role of cannabis use opportunities in understanding adolescent cannabis use*. Addiction, 2017. **112**(11): p. 1973-1982.
19. Cerda, M., et al., *Association of State Recreational Marijuana Laws With Adolescent Marijuana Use*. JAMA Pediatr, 2017. **171**(2): p. 142-149.
20. Werb, D., et al., *The effectiveness of anti-illicit-drug public-service announcements: a systematic review and meta-analysis*. J Epidemiol Community Health, 2011. **65**(10): p. 834-40.
21. Allara, E., et al., *Are mass-media campaigns effective in preventing drug use? A Cochrane systematic review and meta-analysis*. BMJ Open, 2015. **5**(9): p. e007449.
22. KRUS, K.h.o.u. *Russamtalen*. Available from: <https://www.krus.no/russamtalen.309878.no.html>.
23. Brumoen, H., *Bygging av mestringsstillit*, ed. H. Brumoen. 2000, Oslo: Gyldendal akademisk. 234 s. ill.
24. Miller, W.R. and S. Rollnick, *Motiverende samtale (MI)*. Motiverende samtale (MI). 2002, New York, NY, US: The Guilford Press. xx, 428-xx, 428.
25. Prochaska, J.O., C.C. DiClemente, and J.C. Norcross, *In search of how people change: Applications to addictive behaviors*. American Psychologist, 1992. **47**(9): p. 1102-1114.
26. Bukten, A., M.R. Stavseth, and T. Clasuen, *From restrictive to more liberal: variations in mortality among patients in opioid maintenance treatment over a 12-year period*. BMC Health Serv Res, 2019. **19**(1): p. 553.
27. Gjersing, L. and T.A. Sandøy, *SIRUSRAPPORT 1/2014. Narkotikabruk på gateplan i syv norske byer*. 2014: Oslo.
28. Anthony, J.C., L.A. Warner, and R.C. Kessler, *Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey*. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 1994. **2**(3): p. 244-268.
29. Bukten, A., et al., *RUSMIDDELBRUK OG HELSESITUASJON BLANT INNSATTE I NORSKE FENGSEL. RESULTATER FRA THE NORWEGIAN OFFENDER MENTAL HEALTH AND ADDICTION STUDY (NorMA)*. 2016, UiO: SERAF.
30. Steiro, A., et al., *Erfaringer blant pasienter og helsepersonell med legemiddelasistert rehabilitering (LAR): En systematisk oversikt over kvalitative studier 2020*, Folkehelseinstituttet.