

Dreper vi de narkomane? (Evy Frantzen)

Skrevet av Evy Frantzen 9. januar 2002. I dag er det to nye uttrykk som er i ferd med å feste seg i norsk ruspolitisk debatt. Det er uttrykkene: "fra straff til helse" og "narkomani - den forbudte sykdommen"



Hva er betydningen av uttrykket - eller snarere mottoet - fra straff til helse? Betydningen ligger i at narkomani og stoffbrukere blir omgitt av et helt nytt symbolsk univers som utløser to helt forskjellige sett av handlinger. Straff - da utløses et symbolsk univers som består av lovbrudd, onde eller slemme lovbrøyttere som må avskrekkes med å pines med straff, fangevoktere og låste dører. Helse utløser et symbolsk univers av uforskyldt nød, mennesker som trenger omsorg og pleie, helsepersonell, blomster og druer fra besøkende. Det viktige med å bruke uttrykk som forbudt sykdom er ikke å utløse en krangel om narkomani virkelig er en sykdom - definisjon av hva som er sykt har sannelig skiftet gjennom tidene - men at sykdom hører til et symbolsk univers som utløser helt andre assosiasjoner og andre handlinger enn straff.

Norge har en lang ruspolitisk tradisjon med å bruke straff i forhold til rus. Vi har i hele det forrige århundre straffet de mest elendige - og vi gjør det fortsatt. Fra 1900 og fram til 1970 hadde vi tvangsarbeid for mennesker som stadig ble arrestert for alkoholbruk, - dette var lovfestet i den såkalte "Løsgjengerloven" (se Christie, 1960).

For det meste var de menneskene som ble rammet av denne loven folk som ikke hadde fast bopel og som derfor drakk og var beruset på offentlig sted. Loven ble først opphevet i 1970, og da var allerede de første tegn til andre stoffer og nye grupper kommet. Lovgivningen lot ikke vente på seg. Ingen lover har noen ganger i løpet av så kort tid fått gjennomført en stadig skjerping av straffenivået gjennom den samlede norske lovgivningshistorie.

I 1964 var det en øvre strafferamme på 2 år for narkotikaforbrytelser i Norge - allerede i 1984 var strafferammen økt til 21 år (Hauge, 1990). I 1967 ble en ny paragraf i straffelovens kapittel om allmennfarlige forbrytelser innført. Denne §162 er det som i dag kalles "proffparagrafen".

Lovgiverne hadde forhåpninger om å ramme profesjonelle bakmenn, de som tjener store penger på innførsel og salg, og som selv ikke er avhengige. Men vi finner svært få slike bakmenn i våre fengsler. Bødal og Fridhov (Bødal, i Waal&Middelthun, 1992) fant i sin studie at de færreste av 440 narkoselgere som ble dømt i 1980-88 var profesjonelle. De dømte hadde tvert i mot et bredt spekter av andre lovbrudd bak seg, og mange hadde lang rusmisbrukskarriere bak seg. I stor utstrekning er det stoffbrukerne selv myndighetene dømmer til mange og lange fengselsdommer.

Så i den ene enden anvender samfunnet lange fengselsstraffer mens i den andre enden finnes tiltak for tvangsbehandling. Alt dette er overfor de samme menneskene. Det ene øyeblikket er de farlige, profesjonelle forbryttere og må straffes hardt, i det neste viljesvake offer for narkotikaens ulykksalige makt og må tvangsbehandles.

Mange "tunge" misbrukere har tilbrakt år av sine liv i fengsler på grunn av sitt misbruk. Tråden tilbake til de hjemløse alkoholikere er særdeles tydelig. Så snart en straff er sonet ferdig, er faren

for å få en ny fengselsdom stor, ettersom bruken i seg selv er straffbar. Det er derfor ikke uvanlig at eldre misbrukere har 10-20 fengselsdommer bak seg.

En av mine informanter i boka Metadonmakt, Vidar, er 41 år når jeg snakker med han i 1995. Han har da vært stoffbruker i 24 år. I løpet av disse 24 årene har han vært til behandling kun en eneste gang. Men han har sonet 27 dommer i til sammen 11 år. De 10 siste dommene han fikk ble det av dommerene anbefalt § 12-soning, altså behandling under soningen, men det fikk han aldri. Han sier:

"Når det gjelder behandling i medikamentfrie institusjoner så klarer jeg ikke lange opphold som mange gjør. Og en av grunnene til det er at jeg har så mange og lange fengselsopphold bak meg. Jeg klarer det bare ikke. Jeg har stort sett vært innenfor murene. Det er bare slik at du er så lykkelig når du endelig slipper ut av fengselet at du melder deg ikke frivillig til nok et institusjonsopphold. "

Hvordan er det å være en stoffbruker ute på gata? Det er slik at de fleste stoffselgerne er der for å selge stoff for å klare å få nok penger til eget bruk, nok til dagens dose, nok til å holde seg frisk. Det er ikke noe fett liv - det er som en av mine informanter gateselgeren Karin sa til meg en dag: " Hele tiden tenker jeg: bare de ikke tar meg i dag, jeg må ikke bli tatt av politiet nå, bare jeg kommer meg igjennom denne dagen ute å bli tatt". Karin bruker valium i tillegg til heroin for å roe nervene - som hun sier. Hun selger brukerdoser på gata for å ha penger til eget stoff i stedet for å prostituere seg som hun gjorde tidligere. Som prostituert ble hun utsatt for grov vold, stukket med kniv over hele kroppen og overlevde to ganger slike overfall fra kunder. Begge gangene innleggelse på sykehus, sydd sammen, ingen behandling for abstinensene og et minimum av smertestillende fordi hun ikke kunne skjule sin opiatavhengighet. Begge gangene kom Karin ut av sykehuset med en enorm narkogjeld for heroin som ble levert på sykehuset slik at hun kunne bli der og slik at smertene kunne dempes. Det fortonet seg bedre for henne etter dette å velge et liv som lovbrøyer gjennom gatesalg enn som prostituert i livstruende vold. 11 ganger har hun sonet fengselsstraffer etter at hun ble en gateselger - "etter at jeg ble kriminell" sier Karin. Hennes forhold til helsevesenet er dårligere enn hennes forhold til fengselsvesenet. Hun går med en stor, ubehandlet svulst i foten. "De vil ikke gi meg noe smertestillende etter en operasjon, og da kan jeg ikke." Noe av det verste med dette er at Karin er ikke en gang sint når hun forteller om dette - bare en flat stemme og : slik er det!

Stoffbrukere utsettes for razzia både på åpen gate og hjemme hos seg selv - det er en del av hverdagen - vi tenker jo alle at slik er det jo - slik må det bare være: Men vet vi hvordan det kan foregå?

Et eksempel på hvordan det kan være er en razzia politiet foretok hjemme hos en av mine informanter, 52 år gamle Elias:

Det jeg så var en strippet leilighet. Alle skap og skuffer var tømt utover gulvene. Klær og papirer, pyntegjenstander og bøker, kopper, kar og bestikk, mat og søppel. Alt lå om hverandre. På kjøkkenet var kattens matskål tråkket i stykker, en stol var knust til pinneved og oppå alt som var tømt ut av skapene lå innholdet fra søppelposen. På badet lå klær og sengetøy fra skittentøydunken blandet sammen med vaskepulver og hårsjampo som var tømt utover, i tillegg var alt feid ned fra skap og hyller. Å rydde leiligheten til slik den pleier å se ut ville være flere dagers arbeide for friske folk. Iris var rasende, Elias var nesten på gråten. Han hadde bedt politiet om å være så snill å ikke ødelegge og snu opp ned på leiligheten, som han hadde opplevd at de hadde gjort så mange ganger før. Han kjærba dem om å heller tilkalle hunder som kunne gå gjennom leiligheten. Men ingen bønnen hjalp.

Det var unødvendig å gjennomføre razziaen på denne ødeleggende måten. For politiet hadde det vært mulig å tilkalle hunder for å gjennomføre leiligheten. Også om det ikke var hunder å oppdrive, ville det vært mulig å fart fram på en mer forsiktig måte. Hva kan for eksempel oppnås

med å tømme søppelposen ut over kjøkkengulvet? Hvis det er nødvendig å undersøke søppelet kan det vel skje ved at man heller det i oppvaskkummen. Og hvorfor må en stol tråkkes i stykker? Den eneste forståelsen av dette er at krigen mot narkotika også er blitt en krig mot de menneskene som bruker narkotika.

I 1980 ble det i Norge idømt 306 ubetinget fengselsdommer for narkotikalovbrudd, til sammen utgjorde disse dommene 245 fengselsår. På slutten av 90-tallet ble det idømt så mange ubetingete fengselsår for narkotikalovbrudd at de samlet ga over 1000 fengselsår (Christie og Bruun, 96).

Og stoffbrukerne kommer tilbake til fengslet, slik de hjemløse alkoholikerne kom tilbake til Opstad. I 1999 var 84% av dem som ble dømt for narkotikaforbrytelser, straffet tidligere (Frantzen, 2001). Stoffbrukere i fengsel utsettes for urinprøvekontroll konstant - man kan sone og få bedringer i soningsforhold - som at man kan f.eks. få lov til å få en tapt ungdomsskoleundervisning i fengsel dersom man leverer urinprøver og derved beviser at man er stoffri innenfor murene. I dag tas det årlig ca. 20.000 urinprøver i norske fengsler - det koster mellom 16 - 30 millioner kr. årlig alt etter hvilke analyser som velges å ta i bruk. Om dette er en fornuftig bruk av millioner av kroner i en situasjon der mangel på ressurser innen narkotikafeltet er stor, stilles det ikke spørsmålsteget ved.

Lærdommen fra løsgjengerloven var forsvunnet i det øyeblikket den ble avskaffet - og enda verre - den kunne så og si avskaffes fordi det var andre grupper innenfor rusmiddelbruk som kunne bli arvtakere av en enda strammere lovgivning og sosial utstøting. Slik forblir samfunnets stadige reproduksjon av en sosialt utstøtt underklasse opprettholdt. Det er det vi fortsatt holder på med - kontrollen setter sine gjenkjennelige fingeravtrykk på de kontrollerte - det er gammel kriminologisk kunnskap. Hver eneste dag gjenskapes det en hær av utstøtte rusbrukere. Dette er virkelig den akutte delen av norsk narkotikapolitikk.

Straffeapparatet som en eneste stor akuttinstitusjon for rusbrukere er mulig fordi den andre store institusjonen, helseinstitusjonen, til gjengjeld er så ulidelig langsom. Den norske metadonhistorien er nettopp en beretning om en langsom historie. Metadon er ikke noe nytt i Norge. Tidlig på 70-tallet var det mulig å få metadonkvote fra private leger i Norge, så det ble brukt i behandling allerede på 70-tallet. Og - det ble forbudt på 70-tallet. I USA hadde Dole og Nyswanders drevet metadonbehandling fra sekstitallet. Da forskrivning av metadon fra private leger ble forbudt i Norge på syttitallet, skjedde det uten at fagfolk eller politikere satte seg nøye inn hva som foregikk i metadonprogrammene i USA, eller hvilke misbrukergrupper som nyttiggjorde seg av denne behandlingsformen

Jeg er blitt godt kjent med flere som hadde slik kvote fra private leger i syttiårene. Fem av mine informanter hadde metadonkvote fra 1973 til det ble stopp 1. juli 1976. Ståle, jeg kaller ham det, forteller om den tiden:

"Det fungerte helt fint for meg. I den tiden jobbet jeg hele tiden. Jeg var ansatt i samme firma, og de var fornøyd med meg. Den lønna jeg fikk levde jeg av, og jeg forsørget familien min. Altså var jeg som et vanlig menneske i de årene," . Ståle er bitter for at foreskrivingen av metadon ble stanset: "På den måten tok de fra meg 20 år av livet mitt. Det er 20 år som kunne vært bra, men som i stedet, bokstavelig talt med et pennestrøk, ble et helvete for meg og alle rundt meg."

Miriam og hennes daværende mann hadde også metadonkvote. Om den tiden sier hun: "Jeg husker de åra da vi fikk metadonkvote. Det var fra 73 til 76. Fy fader, det var jo aldri noe, ikke noe trøbbel med politiet, ikke noe tull. Vi holdt oss til kvota vår, ja, vi var jo ute og festet i helgene, men det var jo som andre folk - at vi drakk alkohol, ellers var det jo ikke noe. Vi jobba, betalte regninger, reiste på turer, var ute og bada og levde vanlige liv." Også Elias forteller om det han betegner som et vanlig liv. Han bodde sammen med sønnen og kona - både Elias og kona hadde metadonkvote. Elias sier: "Livet var enkelt, da. Men så skjedde det. Praktisk talt ble det stopp over natta. Jeg mener at jeg betalte 7,40 for hundre metadoner på apoteket i den tiden. Det var jo

ikke noe problem med den lønna jeg hadde. Det gikk fint. Jeg er rørlegger, jeg hadde en flott jobb og ei bra lønn i flere år. Metadonet kunne jeg betale for uten å være kriminell. Jeg gikk på jobb, og hun var hjemme sammen med guttungen. Slik var det, og det var et bra liv. Men da jeg våkna 1. juli, og det var ut på gata for å få det dopet vi måtte ha, så visste jeg at nå var det slutt. Jeg måtte slutte å jobbe. Jeg hadde ikke tid til å jobbe, ikke råd til å jobbe. Jeg måtte skaffe 2500 kroner om dagen, det kunne jeg ikke få med et ærlig arbeid," sier Elias. Livet som opiatavhengig, uten metadon, kunne ikke forenes med det familielivet de hadde levd. Både han og hans kone forsøkte å holde på sine gamle legekontakter for å få legale piller nok til å holde seg friske uten å måtte kjøpe dop på gata. Det gikk svært dårlig. Sønnen døde i en ulykke, en stund senere ble barn nummer to født. Begge innså at de ikke kunne klare å være foreldre etter at de ble frarøvet metadonkvoten, barnet ble plassert i fosterhjem. Elias fikk den første av sine lange fengselsdommer for heroinsalg, hans kone døde av overdose. "Jeg vet ikke helt, men etter at guttungen døde og vårt andre barn ble plassert i fosterhjem var det som om hun ikke orket mer, som om hun ikke ville leve. Kanskje satte hun den overdosen med vilje? Det får jeg aldri svar på."

Det er ikke gjort noen egen studie i Norge om metadonbrukerne på syttitallet, heller ingen studie om hvordan det gikk med dem etter 1. juli 1976. Jeg vet ikke hvor mange som helt legalt fikk forskrevet metadon fram til juli 1976.

Jeg spurte 2 av mine informanter om hvor mange det kunne være i Oslo som hadde metadonkvote i syttiårene, men de vet det ikke. De navngir tredve stykker i tillegg til seg selv, som de kjente og som hadde metadonkvote i disse årene. De var nesten alle 32 fra samme bydel i Oslo. Når de gjorde opp status i 1995 var det 8 i livet. 24 er døde av overdoser i løpet av disse årene.

Da det ble totalt slutt med forskrivning av metadon var det her i landet et stort antall mennesker som var avhengig av metadon - et stoff som er mer avhengighetsskapende enn heroin. De fikk bokstavelig talt gata som eneste tilbud for å stille abstinensene. En slik narkotikapolitikk er blind for de mest utsatte stoffbrukerne. Politikken begrunnes i at de fleste kunne nytte seg medikamentfri behandling, men ikke ett eneste sted kan jeg finne at dette mest utsatte mindretallet har vært et diskusjonstema. Den norske narkotikapolitikken viste ingen omsorg eller omtanke for det mindretallet som alt gikk på metadon, og som ikke kunne klare annen behandling.

På samme måten vises det ingen omsorg for det mindretallet som i dag ikke klarer metadonbehandling. Lege Kari Rønning ved Legemiddelassistert rehabilitering i Asker og Bærum (LAR) reiser spørsmål om hva som skal skje med den gruppen som faller utenfor metadonbehandlingen, den gruppen som er for dårlig til å klare kravene som stilles til den enkelte. Hun mener at denne gruppen utgjør opp mot 20% i LAR-prosjektet (rus & avhengighet, 2000). De er de dårligst stilte, de følger ikke reglene, de avgir ofte positive urinprøver som viser at de har et sidebruk av oftest benzodiazepiner eller hasj. Denne gruppen er de jeg kaller asfaltstuperne. Typisk for asfaltstuperne er at de trenger noe mer enn bare metadon - om ikke rus, så i hvert fall bedøvelse. Verden er for ond og larmende uten. En typisk asfaltstuper, slik jeg kjenner dem, er at hun/han har vært gjennom hele spekteret av elendighet fra fødselen av. De har bedøvet seg på ett eller annet, hva som helst, helt siden barndommen. Når de nå er 30, 40 eller 50, klarer de ikke reglene som gjelder i et strengt metadonprogram. Likevel gir behandling med metadon også asfaltstuperne et mye bedre liv. Rønnings erfaringer fra LAR i Bærum viser at de fleste i denne gruppen har fått det bedre, de har fått ordnede boforhold, bedre helse, mindre "pes" etter dop, mindre kriminalitet, færre infeksjoner, mer mat og færre overdoser. Det er flott! Det er likevel ikke godt nok innenfor metadonbehandlingen slik den er utformet i dag. Asfaltstuperne følger ikke reglene og skal utskrives, selv om de har fått et bedre liv. Utskriving betyr rett tilbake til det de kom fra; gata. Bare verre, for faren for dødelig overdose er etter utskriving mye større.

I 1992 besluttet bystyret i Oslo å starte et forsøksprosjekt med metadonbehandling med plass for femti stykker. hvorfor bare for femti? Og hvorfor et forsøksprosjekt? Metadonbehandling hadde i

lang tid vært brukt i utlandet og blitt evaluert med bra resultater. Det var ingen medisinske grunner til at det måtte forsøk til, men politiske grunner.

Nå har det snart gått 10 år siden dette vedtaket, og det vi ser er et livreddende behandlingstilbud med store køer. Tiden fra søknad til inntak er beregnet til mer enn 2 år i Oslo og minst 1 år på landsbasis. Dette er en langsom akutt i en krisesituasjon. Disse mest elendige stoffbrukerne har ikke tid til å stå i kø - de dør. Og de har dødd lenge. Vi kan se på overdosetallene

Ved å se på overdosedødsfall pr. 100.000 innbygger i de 4 byene ser det slik ut:

Oslo: 30

København: 23

Frankfurt: 7

Amsterdam: 3

Hvorfor er tallene så forskjellige? Og særlig, hva kan vi lære av Frankfurt, der forandringene er så dramatiske? Først bratt stigning opp til 1991, deretter synker kurven og fortsetter stort sett å synke og synke. Hva skjedde i Frankfurt i 1991?

Den overordnede forklaring er at perspektivet på hva narkomani står for og betyr ble forandret. Det nye symbolske universet plasserte stoffbruk vekk fra straffeapparatet og inn i helseinstitusjonen. Denne politikken kalles , som dere sikkert vet, skadereduksjon. I Frankfurt kom den nye skadereduksjonspolitikken bl.a. til uttrykk i disse punktene :

fullstendig avkriminalisering av kjøp, besittelse og bruk av små mengder narkotika,

skille i markedet for harde og svake stoffer,

utstrakt metadonbehandling og muligheter for legeordinert heroin i enkelte tilfeller.

Det har vært mange forsøk på å bortforklare tallenes usedvanlige klare tale for en annen overordnet ruspolitikk med skadereduksjon enn den som føres for et rusfritt samfunn i Norge. Det er feilkilder knyttet til statistikk bruken, rett nok, og særlig når det foretas internasjonale sammenlikninger med noe ulik statistikkbruk. Men de klare mønstrene og de forskjellige trendene lar seg ikke bortforklare med feilkilder. Dessuten går det an å se på utviklingen innenfor det samme landet med den samme statistikkførselen. Da Frankfurt gikk over til skadereduksjon i 1991, fortsatte det øvrige Tyskland med en politikk som likner mye på den norske politikken med klar forankring i straffeinstitusjonen. Mens omleggingen av politikken førte til en øyeblikkelig nedgang i overdosetallene i Frankfurt, fortsatte overdosetallene å stige i det øvrige Tyskland, slik de steg i Norge. Det var en klar stigning i overdosedødsfall gjennom hele nittitallet i det øvrige Tyskland. I år totusen ble det fra hele Tyskland rapportert til sammen 2023 overdosedødsfall. Da var nok nok. Nå har Tyskland åpnet opp for å følge Frankfurts narkotikapolitikk.

I desember 2000 startet Pro Senteret i Oslo startet et forsøk med sprøyterom i egne lokaler. Ønsket var at brukerne av senteret skulle få en mer verdig hverdag og bedre helse gjennom å kunne injisere i senterets lokaler. Slik ville de også motvirke marginalisering av brukerne. Med dette sprøyterom-forsøket ville Pro Senteret gi veiledning om sprøytebruk og hygiene, gi tilgang på rent utstyr, forebygge infeksjoner og overdoser, få kunnskap om sprøytepraksis og styrke dialogen med brukerne. Dette forsøket må sees som et rent helsetilbud, noe som brukerne også ga uttrykk for (Prosjekt Sprøyterom, Pro Senteret, 2001). Herligheta varte i litt over 2 måneder, så stengte Oslo Kommune rommet. På disse to månedene ble tilbudet brukt 160 ganger. Det ble registrert store helseplager hos de besøkende som abscesser, hepatitt a, b og c, hiv, mistenkt blodpropp, depresjoner og psykiske plager. I rommet diskuterte ansatte åpent med brukerne forhold som: " - hvordan gjør du det? - hvor mye har du tatt tidligere i dag? - er det så fornuftig å blande? - kunne en mindre dose ha like god effekt siden du ikke behøver å stresse? -må du sette i lysken? - er det alternative måter å gjøre dette på?"(ibid, s. 24, 25). Til tross for den korte tiden forsøket fikk,

oppsummerer Pro Senteret at de er styrket i sin tro på at det er betydelige helsegevinster å hente med et sprøyterom.

Nå ser det ut som at Oslo får sprøyterom - hva med resten av Norge? Det er grunn til forsiktig optimisme. Men hvordan skal sprøyterommene se ut? Slik jeg ser det må helsearbeidere stå for utformingen. I hvert fall må ikke dette overlates til politikere som har en stor fjernhet til gatas folk.

Det har vært en fin debatt i Norge i høst, der det er i ferd med å bli et nytt symbolsk univers knyttet til stoffbrukere, selv om det sikkert er langt frem til et totalt paradigmeskifte. Mye av debatten har, naturlig nok, handlet om metadon og om sprøyterom. Men skal vi komme fra straff til helse, må også straffeapparatet inn i diskusjonen om den gode narkotikapolitikk. Så langt har mye av diskusjonen handlet om tiltak innenfor helseapparatet. Det er ikke godt nok, for helseapparatet behersker ikke arenaen alene. Straffeapparatet driver ikke med skadereduksjon, men med skadepåføring. Derfor er det ikke tilstrekkelig å få nye, gode tiltak innenfor en helsetenkning om stoffbruk. Slik jeg ser det, har ansatte innen helsesektoren en plikt og rett til å gå løs på dagens moderne løsgjengerlov og kreve den avskaffet.

Den norske narkotikapolitikken er bygget på sosial avstand til brukerne, straff og fordømming. I stedet kan vi hjelpe. Vi kan hjelpe med en helt annen og mye kraftigere utbygging av de "gamle" tiltak som har rusfrihet som nærmeste målsetting. Også disse tiltakene er preget av kører og lite ressurser. Og vi kan hjelpe med tiltak som gjør det mindre uverdige å være tung misbruker, også om det innebærer aksept av at stoffer brukes.

En narkotikapolitikk som først og sist er integrert i helseinstitusjonen kan ikke avskaffe alle overdoser. Det kan heller ikke sprøyterom og varmestuer. De internasjonale erfaringene er uansett entydige - skadereduksjon senker dødeligheten. Bare signalene om at samfunnet rundt vil tilby noe annet enn kontroll, kriminalisering, straff, utarming og utstøting vil redde liv. Sprøyterom vil ikke bare føre til at stoffbrukere har større mulighet for overlevelse, det kan også skape grobunn for en kontakt mellom stoffbrukere og helsevesenet. Å dreie politikken vekk fra almenprevensjon, individualprevensjon og signaleffekt til en mer helserettet politikk innebærer også å gi de som står på venteliste for metadonbehandling, metadon mens de venter. Å vente i 2 år eller mer - på behandling, er straff, i verste fall dødsstraff. Kvoter med metadon vil gi større mulighet for overlevelse mens søkerne står på venteliste for behandling med metadon. Det vil også gi store helsegevinster å innstille politiets jakt på stoffbrukere på gateplan og i stedet rette innsatsen på forebygging og mot import. Å jage stoffbrukere på gateplan burde ikke være politiarbeid.

Da metadonbehandlingen startet i Norge, fikk vi se en dreining til en mer helserettet narkotikapolitikk, om enn aldri så nølende og motvillig. Det er klart skadereduserende for hver enkelt å få behandling med metadon. Men for den store gruppen som blir stående evig lenge på venteliste, og for de som skrives ut av behandlingen mot sin vilje, er dreiningen ikke skadereduksjon, men mer skadepåføring og mer død. At lange metadonkøer er uakseptable, begynner det å bli politisk enighet om. Asfaltstuperne, derimot, er det omtrent ingen diskusjon om, og ingen politikk for. Den norske narkotikapolitikken har i flere tiår hatt de mest utslåtte stoffbrukerne som den største salderingsposten i jakten på det rusfrie samfunn.

Til dagens spørsmål : Dreper vi de narkomane ? er svaret gitt: Ja, vi gjør - så godt vi kan.

Ref.:

Bødal, Kåre (1992): Straffenivået i narkotikasaker. I: Waal og Middelthon (red.): Narkotikaforebygging mot år 2000. Universitetsforlaget, Oslo.

Christie, Nils og Kertil Bruun (1996): Den gode fiende. Universitetsforlaget, Oslo.

Christie, Nils (1960): Tvangsarbeid og alkoholbruk. Universitetsforlaget, Oslo.

Frantzsen, Evy (2001): Metadonmakt. Møte mellom narkotikabrukere og norsk metadonpolitikk. Universitetsforlaget, Oslo

Giertsen, Hedda (1995): "Fengselsvesenets skjulte verdimønstre." I: Lov og Rett, nr 7-1995.

Hauge, Ragnar (1990) Kriminalitetens årsaker. Utsnitt av kriminologiens historie. Universitetsforlaget, Oslo.

Prosjekt Sprøyterom (2001), Pro Senteret, Oslo

Rønning, Kari (2000): Legemiddelassistert rehabilitering - så enkelt at selv legen kan gjøre det. I : Rus & avhengighet nr. 6