

En bedre rusgiftpolitikk

Prinsippprogram for FMR



Forbundet Mot Rusgift Tlf. 94008830
Postboks 6723 St. Olavs plass, 0130 Oslo

Org.nr. 979213123
Bank: 5010.05.58553

e-post: post@fmr.no
Internett: www.fmr.no

Forord

Her presenterer vi " En bedre rusgiftpolitikk", i formen et prinsipp-program for FMR, men reelt et forsøk på å legge fram en samlende analyse og strategi for hele rusgiftfeltet. Forbundet Mot Rusgift er en politisk organisasjon, og vi stiller politiske krav i samfunnet. Dersom situasjonen skal bli bedre, må både forebyggere, behandlere, frivillighet, kriminalomsorg, barnevern, forskere, politikere og presse lytte til hva vi har å si.

Fokuset ligger på vårt uten sammenligning største og mest alvorlige rusgiftproblem, nemlig alkoholen. Vi veier gode og dårlige sider ved denne rusgiften opp mot hverandre, og analyserer hvorfor den er et stort problem, og hva vi kan gjøre med det. Dermed ikke sagt at narkotikaproblemet ikke er viktig. FMR har et eget narkotikapolitisk program, se vår nettside: <http://www.fmr.no/narkotikapolitisk-program.423256.no.html>

En stor del av programmet omhandler behandling og oppfølging. Dette dreier seg både om svakheter ved den norske behandlingspolitikken, og i hvilken retning den bør gå for å bli bedre. Vi har ikke alle detaljsvarene, men vi tror den retningen vi peker ut er riktig.

Innledningsvis klargjør vi hvilke verdier vi bygger våre analyser på. De fleste er mainstream samfunnsverdier som de fleste lett vil kjenne seg igjen i og identifisere seg med. Gjennom programmet er disse verdiene deretter tilsatt en porsjon sunn fornuft og litt konkretisering, noe som gjør at de kan omsettes i praktisk, politisk handling, dersom det er politisk og faglig vilje til det. Noen av konklusjonene er utfordrende, og kan synes å gå i en annen retning enn mange politikere ønsker i dag. Men det kan snu.

Den viktigste konklusjonen er at rusgiftfeltet må sees under ett. Selv om vi behandler og følger opp, vil vi likevel ikke komme i mål, dersom det stadig rekrutteres en strøm av nye avhengighetspasienter. Det vil alltid oppstå alkoholrelaterte ulykker, voldsepisoder, trakassering og overgrep knyttet til akutt alkoholberuselse, så lenge det er samfunnsmessig oppslutning om å ha alkohol tilgjengelig og i utbredt bruk og alkoholkulturen er så gjennomtrengende som den er i dag. Vi må derfor også forebygge. Og her må vi velge et folkehelseperspektiv, og se på både tilgjengelighet og bruksmønster. Vi vil aldri finne fram til noen endelig løsning på alkoholproblemet, men vi kan begrense og redusere det, til fordel for både enkeltmennesker, familier og samfunn. Dette programmet er forhåpentligvis et bidrag på den veien.

Oslo 17.03.2018



Knut T. Reinås

Styreleder i Forbundet Mot Rusgift

Innhold

Forord	2
1. Visjon og formål for kampen mot rusgift	7
Visjon:	7
Formål	7
2. Forbundet Mot Rusgifts allmenne verdigrunnlag	8
1. Frihet og demokrati	8
2. Positivt menneskesyn	9
3. Frigjøring	9
4. Rettferdighet og miljøvern	9
5. Passiv drikking	9
6. Solidaritet	10
7. Rusgiftfri samværskultur	10
8. Kamp mot rusgiftprofitt og økonomisk kriminalitet	10
9. Kvinnefrigjøring	10
10. Frigjøring av menn	11
11. En rusgiftfri barndom	11
12. Ungdomskultur	11
13. Folkehelse	12
14. Allianse bruker – ikke-bruker av alkohol	12
15. Forskning	12
16. Folkelig kamp	13
3. Definisjoner	13
Rusgifter	13
Bruk av rusgifter	14
Alkohol	14
Narkotika	14
Hva er rus?	15
Rusen – en artsbevarende funksjon	15
Positiv rus	16
En klar hjerne	16

Vi trenger et begrep med negativ klang	16
Påvirkning uten rus	17
Terminologi.....	17
Misbruksbegrepet	17
Avhengighet.....	18
4. Hva er rusgiftskader?.....	18
Rusgiftskadene	19
Passivisering	19
Passiv drikking	19
Rusgiftkulturen	20
Alkoholbruken forårsaker:.....	20
Hvor stor er alkoholpassiviseringen?.....	23
Trenger vi en egen kamp mot rusgift?.....	23
5. Historikk.....	24
Fra frislipp til fattiglov.....	24
Ørkesløshet og drukkenskap	24
Motstand	25
Offentlige rusgiftorganer	26
6. Hva er årsaken?	27
Individuelle, sosiale og samfunnsmessige rammer	27
Alkoholskadeforebygging	27
Frihet til – eller frihet fra?	27
Tilgjengelighet, sosial akseptering og etterspørsel.....	28
Økonomiske interesser.....	28
Bryte drikkepresset.....	28
Symptomteorien.....	28
Alkoholkulturen - alkoholtradisjonen	29
7. Finnes det positive sider ved alkoholbruken?	30
I hvilke situasjoner?	30
Alkoholbruken som rituelt symbol	30
«Lykkepromillen»	31
Problemløsning.....	32
Virkelighetsflukt.....	33

Problemfri.....	33
Smaken	33
Bra for hjertet?	33
8. Alkoholpolitikk.....	34
Gjennomsnittsforbruket	34
Drikkemønsteret.....	35
De "moderate" konsumentene har mange alkoholrustilfeller	35
Prevensjonsparadokset	36
Alkoholpolitikk på folkehelsenivå.....	37
Kontrollpolitikk – håndhevelse og sanksjoner	37
Vinmonopolet.....	38
Uregistrert alkohol.....	38
9. Narkotikapolitikk	39
Narkotika eller alkohol?.....	39
Hensikten med et forbud.....	39
Noen narkotikapolitiske krav:.....	40
10. Forebygging.....	40
Aldersgrenser	40
Rusgiftforebygging i skolen.....	41
Rusgiftpolitiske organisasjoner.....	42
Et nasjonalt forebyggingsforum	42
Helsefaremerking	42
11. Behandlingspolitikk.....	42
Storkonsumenter av alkohol	42
Alkoholproblemer i somatiske sykehus	43
Et tverrfaglig perspektiv	43
Legemiddelavhengige.....	43
Rusgiftpasienter med avvikende atferd	44
Avhengighetspasienter med psykiske lidelser	44
Langtkomne stoffavhengige	45
Legemiddelassistert rehabilitering?	46
Behandling i fengsel for gjengangere?	46
Omsorg i spesialisthelsetjenesten?	46

Langtids institusjonsbehandling	47
Institusjoner drevet av frivillige	48
Behandlingspolitiske innsatsområder	48
12. Lavterskel helse- og omsorgstiltak.....	50
Feltpleiestasjoner	50
Sprøyterom.....	51
Sprøyteutdeling	51
13. Sosialt ansvar – personlig alkoholatferd – avhold.....	52
Avhold er naturlig	52
Alkoholbruk opprettholder tradisjonen	53
Avhold fra alkohol – en kampmetode	53
Nøytralitet er umulig	53
Et politisk standpunkt	53
Frihet	54
Hvem trenger vår avholds-solidaritet?.....	54
Et prinsipp-spørsmål.....	55

1. Visjon og formål for kampen mot rusgift

Visjon:

FMR vil arbeide fram mot et samfunn hvor hverken alkohol eller andre rusgifter er dominerende innslag i samværs- og kulturlivet

Formål

- Forbundet Mot Rusgift er en rusgiftpolitisk organisasjon, som gjennom sitt arbeid vil trekke enkeltmennesker, faggrupper, organisasjoner og partier med i kampen for å skape en rikere, rusgiftfri kultur, et tryggere samfunn og en styrket velferd for alle. Det er en oppgave for FMR å mobilisere enkeltmennesker til å ta ansvar for seg selv, for samfunnsutviklingen og for sin egen og samfunnets framtid. FMR som frigjøringsprosjekt handler om å gi samfunnsaktørene kjennskap til hvordan ulike rusgifter påvirker og fordreier muligheter til sunn livsutfoldelse, noe som vil gå på bekostning av ens evne til å forbedre egne og andres samfunnsvilkår. Gjennom bevisstgjøring og refleksjon er målet å kunne se hva som hindrer oss i å finne nye alternative måter å tenke og handle på. FMRs aktiviteter bygger på prinsippet om totalt avhold fra alkohol og andre rusgifter, som en del av det sosiale ansvaret FMR mener det er naturlig for medlemmene å ta.
- FMR vil arbeide for en alkoholfri kultur, hvor alkoholbruk knyttet til samvær med barn, til trafikk, arbeidsliv, idrett og organiserte fritidsaktiviteter ikke forekommer. FMR vil arbeide for at den alkoholfrie befolkningsandelen skal bli så stor som mulig. FMR vil arbeide for å bryte drikkepresset i kulturen og i nærmiljøene, og sikre retten og muligheten til en alkoholfri tilværelse og aktiv deltakelse i samfunnslivet for alle som ikke kan, tør eller vil bruke alkohol. FMR vil spre opplysning om alkohol som den mest skadelige rusgiften i samfunnet, og bidra til å forebygge at unge mennesker begynner å eksperimentere med og bruke alkohol.
- FMR vil arbeide for et narkotikafritt samfunn. ”Et narkotikafritt samfunn” er en visjon om et samfunn hvor stoffbruk forblir en uakseptabel adferd og et margint fenomen. Det blir en målestokk som den førte narkotikapolitikken kan vurderes i forhold til. I tillegg er det uttrykk for et optimistisk menneskesyn: Stoffavhengige har selv ressurser til, sammen med gode hjelpere, å kjempe seg ut av avhengighet og destruktiv

livsførsel og over i en rusgiftfri tilværelse. Familier, nabolag, organisasjoner og andre nettverk har, sammen med myndighetene, beredskap og vilje til å holde de narkotiske stoffene ute av sine omgivelser og sin samværskultur. Forbruket av og etterspørselen etter narkotika i den vestlige verden er den faktor som muliggjør den økonomiske kriminaliteten og de uholdbare tilstandene i produsentlandene. Narkotikabruk er derfor også et alvorlig etisk spørsmål. Det vises for øvrig til FMRs narkotikapolitiske program.

- FMR vil arbeide for en restriktiv bruk av beroligende og søvngivende medikamenter fordi det pågår en stor, skadelig og feilaktig bruk av disse medikamentene.
- FMR vil motarbeide bruken av anabole og androgene steroider – dopingstoffer – og støtter et forbud mot omsetning, innehav og bruk av slike stoffer.
- FMR vil arbeide for behandlings- og rehabiliteringstilbud til dem som har pådratt seg alkoholproblemer eller problemer med narkotika eller andre avhengighetsskapende kjemikalier, inklusive dopingstoffer og sniffemidler, samtidig som vi vil mobilisere alkohol- og stoffavhengige til å gå inn i behandling med sikte på å bli rusgiftfrie. FMR vil arbeide for å engasjere pårørende, kolleger og andre til å inngå i rusgiftfrie, solidariske nettverk, til støtte for personer som har vært i eller er under behandling for rusgiftavhengighet, eller som har sluttet med rusgifter på egen hånd, og som trenger hjelp til å forbli rusgiftfrie. Familieklubber, selvhjelpsgrupper, pårørendegrupper og avholdsorganisasjoner er gode eksempler på slike nettverk.

2. Forbundet Mot Rusgifts allmenne verdigrunnlag

1. Frihet og demokrati

FMR vil arbeide for en demokratisk samfunnsutvikling, der hvert enkelt menneske har frihet til å utvikle seg selv etter sine egne evner og anlegg, innenfor rammer hvor andre menneskers frihet ikke blir krenket. Denne verdien har lenge vært gyldig innenfor europeisk tenkning. I Menneskerettserklæringen av 1789, heter det: ”Frihet er retten til å gjøre alt som ikke skader andre mennesker” (§4). I en slik sammenheng blir det naturlig å ta avstand fra all bruk av alkohol og andre rusgifter, som undergraver

mange enkeltmenneskers frihet, og også påvirker livskvaliteten og friheten for mange brukeres pårørende. Med "demokratisk samfunnsutvikling" mener FMR en maksimal folkelig deltakelse i avgjørelsen av spørsmål som angår folks velferd og nærmiljø, så vel som i nasjonale og internasjonale spørsmål. Denne deltakelsen kan f.eks. skje gjennom politiske partier, interesseorganisasjoner, andre frivillige organisasjoner og lokale aksjonsgrupper. I dette arbeidet vil det være nødvendig å kjempe for en levende, mangfoldig kultur og aktive fritidsmiljøer hvor folk kan få utfolde seg og dyrke sine interesser.

2. Positivt menneskesyn

FMR arbeider ut fra et positivt menneskesyn, ut fra prinsippet om at folk flest har ressurser å bidra med, og at det gjelder å ta i bruk disse ressursene i konstruktiv utvikling for den enkelte, nærmiljøet og samfunnet.

3. Frigjøring

FMR vil arbeide for frigjøring av enkeltmennesket fra enhver undertrykking og diskriminering basert på rase, kjønn, religion, seksuell legning eller økonomisk status. FMR vil peke på at undertrykking, tvang og trakassering både direkte og indirekte også har sammenheng med spredning og bruk av rusgifter.

4. Rettferdighet og miljøvern

FMR vil arbeide for vern om det ytre og indre miljø, og for levelige vilkår på jorda og i Norge også for framtidige generasjoner. Produksjon av rusgifter forurensar og forbruker vannressurser og store dyrkingsarealer som burde vært brukt til matproduksjon. FMR vil arbeide for rettferdighet i fordelingen av knappe ressurser både lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt. FMR anser den kjemikalisering av menneskenes indre miljø og av vår kultur, som rusgiftbruken representerer, som en viktig del av den miljøforurensning det er nødvendig å få satt en stopper for om framtidens samfunn skal bli levelig.

5. Passiv drikking

FMR vil peke på den belastning på familie- og arbeidsliv som passiv drikking representerer, skader av alkoholbruk som rammer andre enn, eller i tillegg til

alkoholbrukeren selv, som barn, samlivs- og ekteskapspartnere, arbeidskolleger, medtrafikanter og andre.

6. Solidaritet

FMR ønsker å fremme kollektive holdninger blant folk flest, hvor solidaritet og nestekjærlighet blir viktigere enn egen nytte, konkurransementalitet og selvhevdelse på andres bekostning. Samarbeid, dugnadsånd, grasrotinnsats og felles problemløsning blir viktige begreper.

7. Rusgiftfri samværskultur

FMR ønsker å arbeide for en kultur der utfoldelse, og varme og vennskap mellom mennesker kommer istedet for samvær basert på rusgiftpåvirket kommunikasjon. FMR vil arbeide for at mennesker som en del av sin selvutvikling skal erfare at positive rustilstander og gode opplevelser kan oppnås uten å være nødt til å bruke kjemikalier som alkohol, narkotika og sniffemidler. Egenutvikling og personlig vekst står i motsetning til rusgiftavhengighet og passiviserende rusgiftkonsum.

8. Kamp mot rusgiftprofitt og økonomisk kriminalitet

FMR vil peke på at rusgiftbruken og rusgiftkulturen fremmer flukt fra problemer, eller fremmer snevre egeninteresser, ofte på bekostning av andre. Den kyniske trafikken som alkoholkapitalen, narkotikakartellene og i noen tilfeller den internasjonale legemiddelindustrien står bak, er en virksomhet som nok gir utbytte og rikdom for noen få, men som skaper fattigere livsinnhold, dårligere utviklingsmuligheter, ulykke og ruin for langt flere andre, og som dermed står i klar motsetning til fellesskapets beste. FMR vil arbeide for rettferdighet i fordelingen av knappe ressurser både lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt, og vil motarbeide den internasjonale og nasjonale økonomiske kriminaliteten som narkotikatrafikken og den svarte omsetningen av alkohol fører med seg.

9. Kvinnefrigjøring

FMR vil sette søkelyset på den undertrykking av kvinner som spredning og bruk av rusgifter fører til, både i form av vold og overgrep i nære relasjoner, eller seksuelle og/eller voldelige overgrep i fylla fra kjente eller ukjente, men også i form av kvinnes egen økte rusgiftbruk, spesielt bruken av alkohol, som svekker kvinnes

egen felles kamp mot urettferdighet og for likestilling. Fylla skaper også utrygghet for kvinner. Prostitusjon henger også sammen med spredning og bruk av rusgifter.

10. Frigjøring av menn

FMR vil peke på at menns alkoholforbruk er langt høyere enn kvinners. Menn er derfor også i høyere grad utsatt for avhengighetsutvikling og akutte alkoholskader. Også når det gjelder narkotikabruk og narkotikaproblemer er menn overrepresentert. Alkohol inngår i en kultur, hvor mandighet og maskulint fellesskap understrekes gjennom alkoholbruk, for eksempel i puber. Fotballvold og supporterbråk understøttes av alkoholforbruk. Vold på utesteder skjer ofte mellom alkoholpåvirkede menn. Alkohol og andre rusgifter inngår ofte i episoder av menns vold mot og overgrep overfor kvinner og barn. FMR vil arbeide for at menn skal kunne føle seg trygge i sin maskulinitet og kunne søke fellesskap med andre menn uten å måtte drikke alkohol.

11. En rusgiftfri barndom

FMR vil peke på at mange barns oppvekst blir sterkt forringet av alkohol og/eller narkotikabruk hos pårørende eller i oppvekstmiljøet. I tillegg legger den nærværende rusgiftkulturen grunnlaget for at barna selv tidlig blir rekruttert inn i rusgiftbrukernes rekker. De får dermed ofte et ekstra problem å hankses med i tillegg til de traumer de har med seg fra barndommen. I følge den internasjonale Barnekonvensjonen er myndighetene i alle land forpliktet til å «treffe alle egnede tiltak...for å beskytte barn mot ulovlig bruk av narkotiske stoffer». (Artikkel 33). FMR mener det også er viktig å etablere en alkoholfri sone rundt alle barn.

12. Ungdomskultur

Rusgiftbruken i ungdomskulturen varierer. I den siste tiårsperioden har ungdoms forbruk av alkohol og narkotika gått nedover, i motsetning til i voksenkulturen. Innvandrerungdommens restriktive holdning til alkohol er en viktig årsak. Utelivskulturen, som i stor grad befolkes av unge mennesker, er også alkoholbasert, og medfører mye uro, vold og aggresjon. FMR vil støtte og oppmuntre til mer kollektiv innsats og engasjement fra ungdom i samfunnsmessige spørsmål.

13. Folkehelse

FMR vil peke på at det er en nær sammenheng mellom omfanget av den generelle rusgiftbruken og skadevirkningene. Øker forbruket, øker også skadene. Disse skadene rammer ikke bare storforbrukere, men også s.k. ”moderate” brukere eller leilighetsbrukere. For eksempel viser undersøkelser at langt over halvparten av akutte alkoholskader rammer andre enn stordrikkere. WHO har beregnet at i land med høy gjennomsnittsinntekt blir alkohol rangert som den nest viktigste risikofaktoren når det gjelder tap av friske leveår. En reduksjon av rusgiftskadene betinger derfor at vi greier å redusere det samlede alkoholforbruket. Skal vi få til det, betinger dette at hver enkelt alkoholbruker reduserer eller kutter ut sitt alkoholkonsum. De viktigste bidragene fra statens side til å få til en slik reduksjon vil være forebyggende tiltak som en aktiv avgiftspolitik og tilgjengelighetsbegrensninger, kombinert med folkeopplysning. I tillegg må vi lykkes i å hindre at narkotiske stoffer får et tilsvarende fotfeste i kulturen som alkohol har. Et folkehelseperspektiv på rusgiftproblemet betinger at vi ser på forebygging som det viktigste bidraget til å redusere rusgiftproblemet, og at kollektive hensyn må gå foran individers ønske om størst mulig valgfrihet og tilgjengelighet.

14. Allianse bruker – ikke-bruker av alkohol

FMR er først og fremst en rusgiftpolitisk organisasjon. Mange som selv er brukere av alkohol eller andre rusgifter, sympatiserer med FMRs politiske standpunkter, og ønsker å støtte disse. FMR har derfor en støttemedlemsordning, hvor det ikke stilles krav om totalavhold. Sammen kan vi reise krav i samfunnet og få til ordninger som fører til bedre forebygging, behandling, kontrollpolitikk osv. FMRs motstandere er derimot de som tjener penger på import og omsetning av alkohol.

15. Forskning

Det er viktig å beholde og utvikle en uavhengig rusgiftforskning både når det gjelder forebygging, behandling og rehabilitering. I den forbindelse er det viktig å ivareta spesialiserte forskningsmiljøer, som både driver samfunnsmessig, medisinsk, psykologisk og økonomisk forskning på rusgiftspørsmål.

16. Folkelig kamp

FMR er i slekt med en rekke folkelige organisasjoner og bevegelser som arbeider på ett eller flere av de områdene som er nevnt, som miljøbevegelsen, kvinnebevegelsen, solidaritetsorganisasjoner for den tredje verden, fredsbevegelsen. Forbundet Mot Rusgift vil finne sin plass blant disse bevegelsene ved å arbeide mot all spredning og bruk av rusgifter, og ved å påvise hvordan rusgiftkulturen og rusgiftspredningen øver avgjørende innflytelse og er en hindring for den folkelige innsatsen på en rekke av de områdene som er nevnt.

3. Definisjoner

Her forsøker FMR å definere hva som menes med de ulike begrepene som brukes i programmet. Vi er selvfølgelig klar over at det ellers i samfunnet brukes mange andre begreper, men vi har valgt dem vi synes er mest dekkende for vårt syn.

Rusgifter

Med "rusgifter" mener FMR alle rusframkallende/ bevissthetsendrende kjemikalier. Bruken av disse kjemiske stoffene har også evnen til å skape avhengighetsutvikling og fremmer unnvikende og passive holdninger overfor personlige, kollektive og samfunnsmessige utfordringer.

De viktigste rusgiftgruppene er:

1. Rusgifter av opiumstypen
2. Sentralstimulerende rusgifter
3. Rusgifter av cannabistypen
4. Hallusinogene rusgifter
5. Rusgifter med beroligende og søvngivende virkning (Sedativa og hypnotika)
6. Alkohol (Legale rusgifter)
7. Sniffemidler
8. Anabole steroider

9. Andre nervegifter

Av de gruppene som her er nevnt, vil det være riktig å klassifisere de 8 første som rusgifter, mens koffein og nikotin her er blitt kalt nervegifter. Nyere, syntetiske rusgifter (Nye psykoaktive stoffer) fordeler seg også innenfor de 8 øverste gruppene.

Bruken av rusgifter som alkohol, narkotika, visse oppkvikkende og beroligende medikamenter og sniffemidler inngår ofte i en brukerkultur, der kjemisk rus, virkelighetsflukt, og ansvarsfraskrivelse og/eller passivt konsum ofte er formålet med bruken. Med passivt konsum mener vi tilpasning til og akseptering av drikkepresset og rusgiftkulturen Disse elementene forsterker rusgiftenes passiviserende effekt.

Bruk av rusgifter

Med "bruk av rusgifter" mener FMR enhver bruk som ikke tjener medisinske formål.

Alkohol-, narkotika-, medikament- og sniffeproblemet kan synes ulike både i omfang og karakter, men har likevel som viktigste fellestrekk en omfattende passivisering av brukerne, og en kjemikalisering av menneskenes behov for nye opplevelser og endrede bevissthetstilstander. I vår del av verden er alkoholproblemet det dominerende rusgiftproblemet, og vår rusgiftkultur i all hovedsak en alkoholkultur.

Alkohol

Med "Alkohol" menes i dette programmet alle drikker som inneholder mer enn 0,7 volumprosent alkohol.

Narkotika

Med "narkotika" mener FMR alle kjemiske stoffer som er tatt inn i FN's narkotikakonvensjoner eller står på Helsedirektoratets narkotikaliste. Noen av disse er legemidler, som for eksempel morfin og metadon, men er ulovlige å innta dersom de ikke er forskrevet av lege. Et særlig problem utgjør nye, syntetiske rusgifter, som i stor grad blir distribuert via internett, og produsert i illegale laboratorier både i utlandet og i Norge.

Hva er rus?

FMR skiller mellom rus, framkalt av tilførte rusgifter på den ene siden og rus framkalt av samvær med andre mennesker, av prestasjoner, av gode sinnsopplevelser, av natur- eller kulturinntrykk på den andre. Begge deler oppstår som en følge av økt aktivitet i hjernens belønningssystem.

Rusen er en følelse av forhøyet sinnsstemning, (ofte kalt eufori), en forsterkning av følelser, en opplevelse av mer og mindre intens spenning, eller en mer eller mindre diffus følelse av psykisk og fysisk velvære. Folk har til alle tider traktet etter slike rusopplevelser. Opprinnelig betyr ordet en oppjaget, opphisset tilstand (eng. rush, tysk Rausch), som i rushtid eller svensk rusningstid. Alle tilstander av velbehag eller eufori korresponderer med kjemiske prosesser i hjernens lystsenter, hvor hjernens egne rusframkallende stoffer, såkalte signalsubstanser, blir utløst. Slike tilstander kan utløses bl.a. ved, forelskelse, ved sex, ved dans og rytmiske bevegelser, ved opplevelse av natur, musikk, kunst, ved seiers- og prestasjonsopplevelser, ved kreativ utfoldelse (skaperglede) - og ved inntak av rusgifter.

Rusen – en artsbevarende funksjon

Det som vanligvis kjennetegner positive, naturlige rusopplevelser er at de oppstår i forbindelse med en eller annen aktivitet, og/eller i samspill med andre mennesker. Vi mennesker er forskjellige, og det er våre rusopplevelser også.

Den naturlige rusen har i utgangspunktet en artsbevarende funksjon, ved å stimulere til gjentakelse av opplevelser som er positive for individet, som å ta til seg føde, slukke tørsten, ha sex, passe på barn, oppdage nye ting – søke nye erfaringer og mestringsopplevelser.

De kjemiske rusmidlene, rusgiftene, utkonkurrerer de naturlige rusmidlene i kroppen ved å virke sterkere, og skape rus med mindre anstrengelse. De blir dermed mer sentrale enn andre, ikke-kjemiske rusmidler i folks bevissthet og i kulturen når det gjelder å framkalle rus – og har derfor i mange sammenhenger fått bortimot enerett på å representere rusen. Noen begrunner dette med at rusgiftene virker så mye sterkere enn andre, ikke-kjemiske rusmidler. Dette er imidlertid doseavhengig. En rus, forårsaket av at favorittklubben scorer mål, at favorittartisten står på scenen, eller religiøs ekstase kan nok overgå virkningen av ett glass øl eller vin.

Positiv rus

Rusgiftbrukens tendens til å skape avhengighet, utagerende og sjenerende atferd, ulykker og helseskader, har fått mange til å vende seg mot rusen (som er naturgitt). Vi får uttrykk som ”rusfri” istedenfor ”dopfri” eller ”rusgiftfri”. Forbundet Mot Rusgift har lansert begrepet ”Positiv rus”, dvs. rus som er framkalt på naturlig måte, uten bruk av tilførte kjemikalier. Denne rusen har som funksjon å bidra til ”regresjon i jegets tjeneste” (Johan Cullberg): Det å kunne få hvile fra hverdagens verden en tid og gå inn i en regresjon er noe som tilhører de grunnleggende menneskelige behovene. Men dersom man skal koble av fra hverdagen, bør det skje på en slik måte at man kommer sterkere tilbake. En tilsvarende regresjon (timeout) med for eksempel alkohol vil svekke kroppen og hjernen (alkohol er et bedøvelsesmiddel og brukes som oppløsningsmiddel i diverse medisiner). I en rasjonell nytelsesfilosofi har den positive rusen en selvsagt plass, mens den kjemikalieframkalt har så mange skadevirkninger at det er grunn til å begrense den mest mulig.

En klar hjerne

En forutsetning for at rusopplevelsene skal bli så fullkomne som mulig, for at de naturlige rusmulighetene skal få maksimal mulighet til å virke, er at vår indre kjerne har full mottakelighet, at sansene våre er skjerpet, at hjernen vår er fri og ikke full av tilførte kjemikalier. Det er her rusgifter som alkohol skiller seg ut. Forutsetningen for deres virkemåte er tvert imot en bedøvelse eller endring av deler av den indre personligheten, en sløving av sanseapparatet, en utenfra tilført kjemisk forandring av hjernens funksjon. Fra et russynspunkt kan det derfor være fornuftig å velge bort de kjemiske rusmulighetene, rusgiftene, og i stedet satse på den naturlige rusen uten tilførte rusgifter.

Vi trenger et begrep med negativ klang

Men dersom vi skal ha en positiv definisjon av rus, trenger vi et advarende begrep for å beskrive de kjemiske rusmidlene som kidnapper hjernens belønningssystem. Derfor bruker FMR begrepet RUSGIFT. Begreper som avgiftning, intoks eller alkoholforgiftning er i alminnelig bruk og begrepet rusgift er en naturlig avledning av dette. Kroppen reagerer på samme måte når den skal kvitte seg med alkohol og narkotika som når den prøver å bli kvitt andre giftstoffer. På engelsk er samlebegrepet for alkohol og narkotika ”Intoxicants”(forgiftningsstoffer), og FMRs engelske navn er derfor :”League against intoxicants”.

Påvirkning uten rus

All rusgiftpåvirkning er ikke rus. Når personer bruker medikamenter for å lindre smerter eller uro, når personer med tung heroinavhengighet inntar en ny dose for å unnsnippe abstinenser og kroppslig ubehag, når langtkomne alkoholavhengige bruker alkohol i samme hensikt, er det knapt en opplevelse som kan kalles rus som framkalles. Folk kan være bedøvet eller forvirret, eller deprimert på grunn av sin rusgiftpåvirkning, uten å oppleve noen rusfølelse.

Terminologi

Det har i en del år foregått en språkmessig utvikling innenfor rusgiftfeltet. Noen begreper kan kalles "språkdeodoranter", dvs. de bidrar til å gjøre fenomener mer akseptable, som når rusgifter i offentlig språkbruk blir omtalt som "rusmidler", eller legalisering av narkotika blir kalt «regulering».

Misbruksbegrepet

Andre begreper er uttrykk for en forsvarsholdning når det gjelder for eksempel egen alkoholbruk, som når man omtaler problematisk alkoholbruk som "misbruk". Dette begrepet innebærer tankemessig at det finnes en alkoholbruk som ikke medfører negative effekter, mens det i virkeligheten er slik at all sosial alkoholbruk er med på å opprettholde og styrke alkoholkulturen og drikkepresset og gjør det sosialt akseptabelt å drikke alkohol.

Ofte brukes begrepet "alkoholmisbruk" eller "alkoholmisbruker" som et moralistisk stempel på den som pådrar seg alkoholproblemer. Undersøkelser har dessuten vist at forståelsen av begrepet varierer over tid, og fra person til person, og at "misbruk" som regel betyr en alkoholbruk som er annerledes, større og/eller mer utagerende enn det brukeren selv har. WHO har gått bort fra dette begrepet, og snakker isteden om "skadelig bruk."

Fylla

Erfaring viser at de fleste alkoholbrukere har vært fulle, og mange er ofte fulle. Fylla er i Norge det største alkoholproblemet, og medfører, sammen med alkoholkulturen, langt flere skader og ulykker enn den individuelle alkoholavhengigheten hos et mindretall. Det er likevel ingen direkte sammenheng mellom promille og atferd. Det samme alkoholinntaket som i ett tilfelle kan gi høy stemning i festlig lag, kan i et annet medføre vold eller risikoatferd. FMR snakker derfor ikke om alkoholmisbruk, men om alkoholbruk, som en nøytral betegnelse på alt inntak av alkohol.

En tredje terminologivariant avspeiler tanketomhet, som når avhengighetsbehandling omtales som ”rusbehandling” og rusgiftproblemer som ”ruslidelser”. Det er jo ikke rusen man behandler, men rusgiftavhengigheten, og det er ikke rusen man lider av, men de rusgiftforårsakede problemene, som avhengigheten, kontrolltapet, vold og utagering i fylla osv.

Avhengighet

Alkoholbruk fører til ulike grader av avhengighet og er en risikofaktor for en betydelig andel av befolkningen, menn, kvinner og barn. Ca. hver femte innbygger vil i løpet av livet pådra seg et alkoholproblem (Folkehelse rapporten 2014). Dette har ikke vært tilstrekkelig framme i den offentlige debatten omkring alkoholpolitikken. Det dreier seg om en meget sterk fysisk og psykisk avhengighet. Å skaffe seg alkohol har for den alkoholavhengige blitt et behov som overskygger de fleste andre drifter og behov. Det er også vanlig for mange å føle et behov for små mengder alkohol hver dag, for eksempel en eller to flasker øl, eller et par glass vin etter en anstrengende arbeidsdag. Denne psykiske avhengigheten kjennetegnes av en følelse av ubehag og lett irritasjon om ikke den daglige dosen tilføres. En psykisk avhengighet av alkohol i visse situasjoner er vanlig. Den kan også være meget sterk. Forskjellen fra de definert alkoholavhengige er at det ikke er snakk om et så sterkt fysisk avhengighetsforhold. Vi snakker da ofte om en situasjonsavhengighet av alkohol. En person behøver ikke å føle noen trang til alkohol i det daglige, men føler at han/hun ikke kan komme seg igjennom en sosial situasjon, for eksempel en fest eller et selskap, uten alkohol.

De andre rusgiftene er tilsvarende avhengighetsskapende som alkohol, noen også fysisk avhengighetsskapende, men alle har evnen til å framkalle en sterk psykisk avhengighet.

4. Hva er rusgiftskader?

Vi er blitt så vant til å leve i et samfunn med rusgifter, at vi kanskje ikke reagerer sterkt nok på alle skadene som rusgiftbruken forårsaker. Skal vi kunne reagere mer hensiktsmessig, trenger vi å få en helhetsforståelse for hvilket omfang og hvilken karakter disse skadene har.

Rusgiftskadene

Det vanlige er å se på skader fra alkohol og narkotika først og fremst som et problem for den enkelte rusgiftbruker. Dette er imidlertid bare en del av bildet. Storparten av skadene rammer andre enn den som drikker eller bruker narkotika, som for eksempel pårørende, trafikkofre, voldsofre o.a.

Passivisering

Den beste forståelsen av rusgiftproblemet får en ved å innse at alle typer rusgiftskader virker sammen, forsterker hverandre og utgjør på denne måten en sterk belastning på folks evne og vilje til å engasjere seg i, ta ansvar for og bearbeide sine egne og felles problemer. Dette kaller vi passivisering. At rusgiftforårsakede sosiale, helsemessige og økonomiske skader hemmer folks samfunnsdeltakelse, innser alle umiddelbart. Bruken av framfor alt alkohol, men også andre rusgifter, fremmer i tillegg både kollektiv og individuell flukt fra virkeligheten.

Både rusgiftbrukens svekkende, sløvende og tilslørende funksjon er med på å gjøre det vanskeligere å mobilisere mennesker til arbeid for forbedring av egne leve- og livsvilkår, enten på egen hånd eller gjennom organisasjoner og annet demokratisk arbeid. De samlede virkningene av rusgiftbruken blir altså at folk blir mer passive i forhold til samfunnsdeltakelse og problemløsning. I en tid som i økende grad etterspør innsats fra mennesker som vil endre samfunnsutviklingen og sikre levelige og rettferdige forhold både nasjonalt, globalt og for dem som kommer etter oss, blir rusgiftpassivisering dermed hovedgrunnen til å motarbeide all produksjon, spredning og bruk av rusgifter. Å reise folk til bred og aktiv støtte for dette arbeidet er viktig både for å styrke rusgiftmotstanden, for å øke folks livskvalitet og for å fremme arbeidet i andre demokratiske bevegelser.

Passiv drikking

Med passiv drikking menes de skader og problemer som den som drikker påfører andre enn seg selv: - vold, trafikkulykker, fosterskader, pårørende, barn av rusgiftavhengige, foreldre, trusler og sjikane, ordensforstyrrelser, sosiale og samfunnsmessige omkostninger.

Her snakker vi ikke om noen få, klart avgrensede negative konsekvenser, men snarere et bredt spekter av skader og problemer som spenner fra å bli holdt våken om natta av festligheter i nabolaget til barn med omfattende omsorgssvikt på grunn av foreldrenes drikking. Det er ikke

bare stor variasjon i hvor alvorlige de negative konsekvensene antas å være, men også hvilke arenaer de knyttes til og hvilke type konsekvenser det er snakk om. Vi snakker både om negative konsekvenser for konsumentens nærmiljø, f.eks. familien, og negative konsekvenser på samfunnsnivå, f.eks. for arbeidslivet og helsevesenet. Når det gjelder skader blant de nærmeste, snakker man ofte om negative konsekvenser for barn som vokser opp i familier med et høyt konsum, men også negative konsekvenser for partnere og fosterskader. Når det gjelder arbeidslivet, snakker man blant annet om sysselsetting, fravær, nedsatt arbeidskapasitet og arbeidsulykker. Eksempler på andre konsekvenser som plasseres inn under begrepet «passiv drikking» er trafikkskader, vold, trusler, ordensforstyrrelser og opplevelse av utrygghet.

Rusgiftkulturen

Den rusgiftkulturen vi har, foreskriver bruk av alkohol eller andre fluktmidler i problemsituasjoner. Rusgiftenes sløvende virkning påvirker folks evne til å tenke klart og se konstruktivt på virkeligheten. Kjemisk rus kan brukes til å forskjønne og holde ut en situasjon som ellers ville ha krevd forandring, eller som selvmedisinering. Der avhengighets- eller fylleproblemer oppstår i samband med slik virkelighetsflukt, virker rusgiftbruken tilslørende, fordi den er med på å skjule de problemene som rusgiftproblematikeren har forsøkt å tilpasse seg eller flykte fra ved hjelp av rusgiftbruk. Rusgiftbrukens avhengighetsskapende egenskaper er i seg selv så sterke at de også er i stand til å bringe ut av kurs mange mennesker som utenfra sett har en gunstig livssituasjon og tilsynelatende små problemer når det gjelder økonomi, familie, jobb osv. Og selv om sårbarheten kan variere fra person til person, er i prinsippet intet menneskeliv problemfritt, og alle kan derfor være i eller havne i situasjoner hvor avhengighet truer. Det behøver heller ikke være problemsituasjoner som er grunnlaget for avhengighet.

Alkoholbruken forårsaker:

Den mest utbredte og dermed den mest skadelige rusgiften er alkohol. Oppsummeringsvis kan vi si at alkoholbruken i Norge

- forårsaker store problemer ved de direkte medisinske, sosiale og økonomiske skadene og ved å skape avhengighet,
- forsterker allerede eksisterende problemer av sosial art gjennom skadevirkningene, framfor alt gjennom å være passiviserende,

- vanskeliggjør bearbeidingen av eksisterende sosiale problemer gjennom å skjule og skyve problemene til side,
- vanskeliggjør kampen mot samfunnsproblemer gjennom passivisering, og gjennom passiviseringen forhindrer mennesker som selv opplever problemer i å arbeide for å få dem bort.

En demokratisk og positiv samfunnsutvikling, i tråd med FMRs allmenne verdigrunnlag, vil kreve aktive, engasjerte, problemorienterte, samfunnsbevisste mennesker, som er villige til å se virkeligheten og framtida som de er, og vil gjøre noe for å forandre og forbedre forholdene. Rusgiftbruken endrer folks virkelighetsoppfatning, både under påvirkning og etterpå, og skaper unnvikende holdninger og fluktønsker. Dersom en slik sløvende virkning får masseomfang, og det har den, øver det innflytelse på utviklingen på alle samfunnsfelter.

I en rapport har Verdens helseorganisasjon (WHO: [«Global status report on alcohol and health 2014»](#)) tatt for seg alkoholforbruk og konsekvensen av det i alle de 194 medlemsstatene. Ifølge rapporten koster skadelig alkoholbruk 3,3 millioner mennesker livet hvert år. Det utgjør 5,9 prosent av alle dødsfall. I tillegg til risiko for å utvikle avhengighet, bidrar alkohol til økt risiko for å utvikle mer enn 200 sykdommer, heter det. Det globale gjennomsnittet er 6,2 liter ren alkohol årlig per person over 15 år, ifølge WHO-rapporten. Men godt under halvparten av verdens befolkning drikker alkohol (38,8 prosent), dermed betyr det at de som faktisk drikker, i gjennomsnitt får i seg 17 liter ren alkohol årlig. Men alkoholforbruket er skjevt fordelt. 16,0 % av dem som er brukere av alkohol er involvert i periodisk tung drikking (de over 15 år).

I Norden har Finland det høyeste gjennomsnittet med 12,3 liter ren alkohol per innbygger per år. Deretter følger Danmark (11,4 liter), Sverige (9,2), Norge (7,7) og Island (7,1). Dette er snittet av alle innbyggere, også de som ikke drikker alkohol. Ser man bare på dem som drikker, endres rekkefølgen i Norden: Finland (18,1), Sverige (13,3), Danmark (12,9), Island (10,4) og Norge (9,0). 17 prosent av den norske befolkning har et risikofylt alkoholforbruk (Storvoll og Halkjelsvik 2015).

FN har i en årrekke satt konkrete mål for å sikre det indre og ytre miljø. Konsekvensene av både legal og illegal rusgiftbruk kommer tydelig til uttrykk i de ulike globale regnskap og i politiske valgforslag som er lagt frem. Poenget er ikke primært om den ene eller andre type rusgift er legal eller illegal, men om bruk av rusgift er nyttig og bærekraftig. Stortinget har

vedtatt at det skadelige forbruket av alkohol skal ned med minst 10 prosent innen 2025 (Folkehelsemeldingen 2016).

Rusgiftbruken påvirker prioriteringene i samfunnet på en slik måte at umåtelige ressurser blir brukt til å bøte på skader forårsaket av rusgifter, mens andre oppgaver ikke blir løst. På samme måte blir økonomiske og menneskelige ressurser kanalisert inn i produksjon, distribusjon og salg av rusgifter, en totalt forkastelig bruk av ressurser i et samfunn som etterspør løsning av mange offentlige og kollektive oppgaver. At fruktbar jord blir brukt til dyrking av råstoffer for rusgiftproduksjonen og verdifulle matvarer og vannressurser blir omgjort til alkohol i en verden med mat- og vannmangel, understreker behovet for at noen sier ifra.

Rusgiftbruken skaper i mange tilfeller store sosiale problemer for brukeren selv, og for omgivelsene. Vanskelige arbeidsmiljø, ungdomsmiljø og boligmiljø blir gjort enda vanskeligere gjennom spredning av rusgifter. Rusgiftbruken medvirker også til økt kriminalitet. Dette gjelder spesielt voldskriminalitet, men også vinningskriminalitet, promillekjøring og økonomisk kriminalitet. Usikkerhet, angst og utrygghet, følger i rusgiftenes fotspor. Miljøer hvor rusgiftavhengighet og fyll er et problem, viderefører gjerne sine rusgiftvaner, -holdninger og -problemer til neste generasjon.

Helseskadene er en viktig del av rusgiftenes virkning. Av disse er de skadene som oppstår under akutt kjemisk rus de mest omfattende, fordi de rammer flest. Med den rusgiftkultur vi har, hvor store deler av befolkningen av og til eller ofte bruker alkohol eller andre rusgifter for å oppnå rus, betyr dette at "normalbrukerne" av f.eks. alkohol, gjennom sine rusgiftvaner, utgjør en vel så stor belastning på det offentlige helseapparatet som langtids storforbrukere, i form av ulykker, skader og vold. Overføring av HIV-AIDS og andre kjønnssykdommer i sammenheng med bruk av alkohol og narkotika, trafikkulykker og voldsskader er eksempler på slike skader. I tillegg kommer skader som alkohol- og narkotikaavhengighet, skader på indre organer på grunn av langvarig storforbruk, økt fare for hjerte og karsykdommer osv. Sinnslidelser som henger sammen med rusgiftbruk er vanlige. Psykiske skader hos barn og/eller ektefelle/partner av rusgiftproblematikere viser at slike helseskader ikke bare rammer rusgiftbrukeren selv men også dem som står ham/henne nærmest. Helseskader, forårsaket av først og fremst alkohol, men også av andre rusgifter, er en av de aller største negative folkehelsefaktorene i landet. Samlet for Europa er det blitt anslått at 6,5 % av dødsfallene og 11,6 % av de tapte friske leveårene kunne tilskrives alkoholbruk (Rehm et al., 2009). Det er verdt å merke seg at hele 36 % av de alkoholrelaterte tapte friske leveårene kunne tilskrives

akutte skader som følge av ulykker, vold og suicidal atferd.

Hvor stor er alkoholpassiviseringen?

Det finnes selvsagt andre fenomener i samfunnet som også passiviserer menneskets lyst til å bearbeide sine problemer. Det finnes imidlertid få andre som gir like store skader og som er like avhengighetsskapende som alkohol og andre rusgifter. I tillegg er det ikke noe annet passiviseringsmiddel som er like akseptert som alkohol, sosialt sett. Alkohol er derfor ett av de mest sentrale av de passiviserende midlene som finnes i vårt samfunn.

Alkohol brukes av mange mennesker og svært ofte. Derfor er alkoholpassiviseringen noe som har svært stor betydning for menneskets lyst til å gjøre noe med sine egne og samfunnets problemer. Selv små fortærte alkoholmengder har en passiviserende virkning. Det er lagt alt for liten vekt på alkoholpassiviseringen og dens følger i debatten om alkoholspørsmålet.

Siden midten av 1900-tallet har det vært vanlig å se på alkoholproblemet først og fremst som et problem for den enkelte alkoholavhengige. De fleste samfunnsressursene har vært innrettet mot å gi behandling, rehabilitering og hjelp til disse. Imidlertid er det mange i en alkoholproblematikers familie, samlivspartner, barn, omgangskrets, arbeidsfelleskap eller andre pårørende som også rammes av denne personens alkoholproblem. Personer som ikke har et avhengighetsproblem kan likevel under påvirkning av alkohol være et problem for andre, enten som volds-, trussels-, eller ubehagssituasjoner, eller som trafikkrisiko til sjøs og på veien, eller som overgrep eller omsorgssvikt. Denne skadetypen overfor andre enn alkoholbrukeren selv kalles ofte passiv drikking.

Ovenstående resonnering viser at alkoholproblemet er et uhyre stort samfunnsproblem. De allmenne slutninger, som alle må trekke, er at problemet er så stort at det er nødvendig å satse sterkt for å gjøre noe som kan redusere problemet. I dette arbeidet er det behov for alle mennesker.

Trenger vi en egen kamp mot rusgift?

Historisk har avholdsbevegelsen hatt stor innflytelse i samfunnet. Siden 1965 har også motstandsorganisasjonene mot narkotika hatt betydning. Har en særegen kamp mot rusgift sin berettigelse idag? Svaret er ja, og det kan delvis begrunnes med at rusgiftene øver påvirkning på så mange samfunnsområder at en ikke kan overskue problemet, være seg fra et helsepolitisk, sosialpolitisk, kulturpolitisk, miljøpolitisk, kvinnepolitisk, oppvekstpolitisk,

økonomisk eller allmennpolitisk ståsted alene. Dersom det skal lykkes å få en helhetsforståelse for rusgiftenes individuelle og samfunnsmessige betydning, må det bygges opp omfattende kunnskaper og spesialkompetanse på rusgiftspørsmål. Slike kunnskaper kan først og fremst bygges opp innenfor organisasjoner og organer som har rusgiftspørsmålet som spesialoppgave.

Den andre delen av begrunnelsen for en særegen rusgiftkamp henger sammen med den sterke sammenhengen det er mellom rusgiftproblem og sosialpolitiske utfordringer og den sterke innflytelsen rusgiftene, og spesielt alkoholen har på folkehelsen og kriminalpolitikken.

5. Historikk

Den historiske utviklingen er viktig for å forstå nåtiden. Nedenfor følger noen få utviklingstrekk som har ført oss fram til dagens situasjon på rusgiftfeltet.

Fra frislipp til fattiglov

I 1816 ble brennevinsbrenning tillatt for alle med eiendom i Norge. Poteten, som nettopp var blitt utbredt, var råstoffet. Dette førte til en kraftig økning i alkoholforbruk og alkoholskader utover på første halvdel av 1800-tallet, og industrialisert storproduksjon kom etter hvert i gang. I 1842 var problemene blitt så utbredt at flertallet i Stortinget ønsket å forby brennevinet. Dette vedtaket ble imidlertid ikke sanksjonert av kongen.

Norges første sosiolog, Eilert Sundt, delte i boken "Om Ædruelighedstilstanden i Norge" på 1850-tallet folket i tre kategorier, etter deres forhold til alkohol. De var enten "ædruelige", "ikke sikre" eller "forfaldne". Språket speilet den tids tenkning, men virker i dag verken objektivt eller vitenskapelig. Et viktig spørsmål er om språkbruken i dag røper vår tids dominerende tanker om temaet, og i tilfelle: hvilke tanker den undertrykker.

Ørkesløshet og drukkenskap

I Fattigloven av 1863 var strafferettslige forhold knyttet til: "ørkesløshet og drukkenskap". I 1900 fikk vi "Lov om løsgjengeri, betleri og drukkenskap", som først ble avskaffet i 2006. Gradvis utviklet de dominerende tankene om alkoholproblemene seg bort fra en oppfatning av last og moralsk svikt og mer i retning av en sykdomsoppfatning. I 1932 ble "Lov om edruskapsvern og edruskapsnemnder" vedtatt. Her var ideen: vern av edruskapen, dvs. vern av

den ønskede alkoholtilstand. I stedet for vern av befolkningen mot ”drukkenskap”, i dagligtale omtalt som ”fylla”, definerte man nå det sentrale problemet som ”misbruk”, et begrep som fortsatt står sterkt.

Motstand

Det har vært ført en særegen kamp mot rusgift i Norge siden midten av 1800-tallet, først og fremst gjennom avholdsbevegelsen, men også i stor grad gjennom arbeiderbevegelsen og de lavkirkelige organisasjonene. Forbundet Mot Rusgift ble stiftet i 1904 under navnet ”Norges Studerende Ungdoms Avholdsforbund”, og fikk sitt nåværende navn i 1973. Fra midten av 1960-tallet er det også kommet narkotikapolitiske organisasjoner til. I perioder har også politiske partier og andre folkeorganisasjoner prioritert kampen mot rusgift høyt på sine programmer. Sentrale begivenheter i norsk rusgifthistorie er forbudstiden fra 1919-1926, både innført og avskaffet ved folkeavstemning, opprettelsen av Vinmonopolet i 1922, og den jevne oppgangen i alkoholforbruk som har pågått nesten sammenhengende i årene etter 2. verdenskrig. Avhengighetsbehandling ble i 2004, ved den s.k. ”Rusreformen” overført til spesialisthelsetjenesten.

Alkoholstatistikk etter tid.

Alkoholomsetningen i Norge i liter ren alkohol pr. innbygger over 15 år



Alkoholomsetningen i Norge 1851-2013. Registrert forbruk. Kilde: SSBs statistikkbank

Offentlige rusgiftorganer

Som en følge av den folkelige motstanden mot først og fremst alkohol, har det også vært opprettet offentlige organer som har hatt rusgiftene som spesialoppgave. Hvor godt disse organene har arbeidet, har imidlertid vært avhengig av hvor sterkt kravet fra de rusgiftpolitiske og folkelige organisasjonene har vært om offentlig innsats på rusgiftområdet. Etter krigen er den offentlige alkoholpolitikken blitt stadig mer liberal, tilgjengeligheten har økt og alkohol er relativt sett blitt stadig billigere. Også innen narkotikapolitikken har det skjedd en gradvis liberalisering av den strafferettslige tilnærmingen, mens problemene tidvis har økt kraftig. Dette har skjedd i en periode hvor de frivillige organisasjonene på rusgiftområdet har opplevd tilbakegang og har en svakere posisjon enn før. I løpet av 2000-tallet har det likevel skjedd en nedgang i rusgiftbruken blant de unge, både på alkohol- og narkotikasiden. Denne nedgangen kan neppe tilskrives aktiviteten i de offentlige rusgiftorganene. Noen av de rusgiftspesialiserte offentlige organene er i dag avviklet, til fordel for en generell helsetilnærming. Rusmiddeldirektoratet ble avviklet til fordel for et utvidet Sosial- og Helsedirektorat, som igjen er blitt omdøpt til Helsedirektoratet. Statens rettsstoksikologiske institutt – som bl.a. gjennomførte analyser av blodprøver av rusgiftpåvirkede personer i trafikken – ble i 2003 lagt inn under det bredere Folkehelseinstituttet, som ” Divisjon for rettsstoksikologi og rusmiddelforskning ”, for så fra 2017 å bli overført til Oslo Universitetssykehus som Avdeling for rettsmedisinske fag. Statens Institutt for Rusmiddelforskning – SIRUS, som har drevet samfunnsvitenskapelig rusgiftforskning ble fra samme tidspunkt lagt inn under Folkehelseinstituttet. Men fortsatt eksisterer totalt sju regionale kompetansesentre, som har rusgiftforebygging som hovedoppgave. På kommuneplan eksisterte det lenge kommunale edruskapsnemnder, men disse er i dag i regelen integrert i et bredere helse- og sosialpolitisk kommunalpolitisk arbeid, for eksempel i form av en helse- og sosialkomite/-utvalg, og administrativt i form av sosialkontor/NAV, ofte med ”ruskonsulenter”, hvor oppgaven først og fremst er å yte service overfor folk med avhengighetsproblemer.

6. Hva er årsaken?

”Alle sier Jeppe drikker, men ingen sier hvorfor Jeppe drikker” er et munnhell som ofte går igjen i alkoholdebatten. Men er det egentlig så enkelt? Vi forsøker å peke på noen årsakssammenhenger.

Individuelle, sosiale og samfunnsmessige rammer

Alkohol er den mest utbredte rusgiften i vår kultur. Ca. 90 prosent av befolkningen bruker alkohol. Vi blir derfor født inn i en alkoholtradisjon som forteller oss når, hvor, hvorfor og hvordan vi skal bruke alkohol. For de fleste unge er det derfor ikke et aktivt, selvstendig valg å begynne å bruke alkohol, det er noe som forventes. Når mange opplever at alkoholen fyller en positiv funksjon for dem, faller det naturlig at den alkoholbruken som først begynte som et resultat av nysgjerrighet, drikkepress, eller kulturelle forventninger, fortsetter. Alkoholbruk har derfor lite med god eller dårlig moral å gjøre. Å velge å avstå fra alkohol er derimot et aktivt, selvstendig valg, et valg som gir frihet til å utforske andre muligheter for avkobling og positiv rus, som gir muligheten til å vise solidaritet med alle som ikke kan, vil, eller tør bruke alkohol, til å vise etisk bevissthet og sosial ansvarsfølelse.

Alkoholskadeforebygging

At en stor del av alkoholbrukerne pådrar seg individuelle alkoholskader eller påfører andre skader eller ulemper på grunn av alkoholen, medfører at samfunnet må sette grenser for alkoholbruken, i form av restriksjoner som salgs- og skjenketider, avgifter på alkohol, forbud mot alkohol i trafikken, i arbeidslivet osv. Dette kan dempe alkoholskadene noe, men aldri avskaffe alkoholproblemet. Folks eget engasjement gjennom bl.a. å avstå fra alkohol og arbeide for alkoholfrie samværs- og fritidsmiljøer er derfor også et viktig alkoholskadeforebyggende samfunnsbidrag.

Frihet til – eller frihet fra?

Noen ser på friest mulig tilgang til alkohol og færrest mulig alkoholrestriksjoner som et spørsmål om personlig frihet. Men friheten til å drikke alkohol når og hvor en vil kan samtidig krenke andres rett til frihet fra fyll og annet ubehag som følger med alkoholen. Den frihetsberøvelse som en alkoholavhengighet representerer viser også at alkoholbruken ikke bare representerer frihet, men også individuell ufrihet. Maksimal frihet for flest mulig

mennesker krever derfor innskrenkninger i muligheten til å drikke alkohol og at så mange som mulig avstår fra alkoholbruk.

Tilgjengelighet, sosial akseptering og etterspørsel

Det enkleste svaret på hva som er årsakene til problemet er at rusgiftene er tilgjengelige, og at det finnes en tradisjon og en kultur for å bruke dem. Som med andre varer vil også bruken av alkohol og andre rusgifter øke dersom tilgjengeligheten øker. På samme måte vil bruken øke dersom den sosiale aksepteringen og etterspørselen øker. Dette kommer til uttrykk som et marked som etterspør for eksempel alkohol. Rusgiftenes avhengighetsskapende evne gjør at markedet blir en spesielt sterk drivkraft. Tilgjengelighet og sosial akseptering/etterspørsel av for eksempel alkohol påvirker hverandre gjensidig, og kan bidra til at alkoholforbruket øker, slik det har gjort i Norge i tiden etter 2. verdenskrig.

Økonomiske interesser

Men noen har også økonomisk interesse av at alkoholforbruket opprettholdes og øker, og disse bidrar til å øke tilgjengeligheten og forsterke alkoholaksepteringen og etterspørselen. Alkoholprodusentene, vin- og brennevinsimportørene, ute- og reiselivsbransjen, og store deler av det frivillige organisasjonslivet bidrar til å holde alkoholtilgjengeligheten oppe ved å gjøre seg økonomisk avhengige av å omsette alkohol, og forsterker dermed alkoholkulturen. Massemedia omtaler alkoholvarer og dem som omsetter alkohol i positive vendinger gjennom vinspalter, reiselivsreportasjer og lignende.

Bryte drikkepresset

Vi mennesker er flokkvesener. Vi har ofte en tendens til å gjøre slik andre gjør. Dersom alkoholvanene og –kulturen tilsier at vi skal bruke alkohol i bestemte situasjoner, så blir det selvsagt at vi skal gjøre som de andre. Bevisst eller ubevisst kan dette oppleves som et drikkepress. FMRere velger å bryte dette drikkepresset ved aktivt å avstå fra å bruke alkohol. På den måten vil vi også vise at det er mulig å leve og ha et godt liv uten alkohol, noe som ikke minst vil være viktig som forbilde for neste generasjon.

Symptomteorien

Noen har ment at årsakene til rusgiftproblemet skulle ligge i dårlige økonomiske og sosiale forhold, eller i genetiske forhold hos enkeltmennesker, og at for eksempel et alkoholproblem bare er et symptom på disse forholdene. Men denne symptomteorien kan ikke forklare alle de negative innslagene i folks liv som fylla representerer, utført av helt normale alkoholbrukere, og som faktisk utgjør den største delen av alkoholskadene.

Men mennesker har ulik sårbarhet, som psykiske problemer, traumer fra barndommen, genetiske disposisjoner, lever i vanskelige sosiale relasjoner eller som er utadvendte, utprøvende og tilbøyelige til å ta risiko osv. Dette er tilstander som er vanskelige i seg selv, men som kan bli enda vanskeligere dersom de kombineres med bruk av alkohol og/eller andre rusgifter. Alkohol- og narkotikaproblemet er derfor ikke et symptom på disse bakgrunnsfaktorene, men et symptom på at alkohol eller andre rusgifter er blitt brukt av sårbare grupper, noe som igjen henger sammen med generell tilgjengelighet og sosial akseptering av rusgiftbruken. Det er mange eksempler på at rusgiftavhengige som har greid å komme seg ut av sin avhengighetstilstand, også har greid å bearbeide og løse mange av sine andre problemer, enten helt på egen hånd eller med god hjelp av andre.

Alkoholkulturen - alkoholtradisjonen

Den store alkoholbruken medfører problemer for individer, grupper og samfunn, ikke bare på grunn av mengden av fortært alkohol (som faktisk er lavest i Europa), men også på grunn av måten det drikkes på. Denne drikkemåten er sosialt og kulturelt betinget. En liberal alkoholpolitikk har ikke ført til færre alkoholskader. Forsøkene på å føre forbruket over fra brennevin til vin og øl har ikke ført til færre skader. Ideene om at man kan behandle storforbrukerne, mens måteholdsdrikkere kan fortsette å bruke alkohol har heller ikke ført til færre alkoholskader eller kontroll med alkoholproblemet. Den generelle debatten om alkoholkulturen er i stor grad blitt overlatt til vinspaltistene.

Alkoholtradisjonen er et sett av forventninger, normer, atferd, holdninger og effekter som har alkohol som et felles midtpunkt, og som til sammen utgjør et fast atferds- og holdningsmønster. Tradisjonen består av mange ulike slags alkoholvaner som har dannet seg gjennom meget lang tid her i landet. Vår alkoholtradisjon er også spesiell for Norge. Andre land har pga. sin spesielle historie og spesielle klimatiske og geografiske forhold andre alkoholtradisjoner (jfr. Frankrike, Tyskland). Normene som inngår i alkoholtradisjonen styrer konsumet. Dette leder fram til likeartet atferd i menneskenes alkoholvaner. Normene viser menneskene hvordan, hva, når, hvor og hvor mye man skal drikke av alkohol i ulike situasjoner.

Alle disse normene lærer vi gjennom den oppdragelse vi får og gjennom den påvirkning miljøet rundt oss og hele samfunnet utsetter oss for.

Alkoholtradisjonen er en av de aller sterkeste tradisjoner som finnes i vårt samfunn. Den inngår som et markant innslag i alle samfunnslag og miljøer. Dette innebærer at den også er en viktig del av vår sosiale arv. Vi blir altså født inn i et visst sosialt miljø med alle dets sterke

alkohol-indoktrinerende innslag. Dette innebærer i praksis at vil blir født inn i alkoholtradisjonens forventninger, normer, atferd, holdninger og effekter.

Vi velger ikke å bruke alkohol. Det ”valget” blir vi født inn i. Man ”tar stilling” lenge før man kommer i situasjoner der det er aktuelt selv å bruke alkohol.

7. Finnes det positive sider ved alkoholbruken?

Folk opplever helt klart positive effekter av sin alkoholbruk. Men hvordan skal vi vurdere disse effektene? Kan de oppveie de negative effektene?

I hvilke situasjoner?

De effektene av alkoholbruk vi tidligere har nevnt er svært negative. Når vi skal ta stilling til å vedta tiltak for å minske de negative effektene, er det viktig at vi også tar med alkoholens opplevd positive sider. De positive og negative følgene av alkoholbruk må så veies opp mot hverandre. I diskusjonen om hvorvidt alkohol i det hele tatt har positive følger, er det viktig å begynne med at mange mennesker opplever alkohol som noe positivt. Dersom de ikke opplevde alkoholbruken som positiv, ville de ikke ha brukt alkohol. Forskning har vist at alkohol kan virke ulikt på samme person i ulike situasjoner, og ulikt på ulike personer i samme situasjon. Ut fra dette kan vi slutte at de opplevd positive sidene ved alkoholen i høy grad er kulturbetinget. Dette setter også begrepet «lykkepromillen» i et nytt lys.

For å kunne ta stilling til om alkohol har noen positive effekter må vi se på i hvilke situasjoner alkohol brukes. Deretter får vi vurdere alkoholbruken opp mot de andre alternativene som finnes.

Alkoholbruken som rituelt symbol

Alkoholbruken oppleves som positiv for mange, fordi den har fått symbolverdi for dem, dvs. de er vant til å oppleve spesielle situasjoner med alkohol. Mange som ”koser seg med et glass vin”, drikker bagatellmessige alkoholmengder. Når noen skal ut og ”ta en øl” sammen, blir de ikke sittende og vente på at alkoholen skal tas opp i blodet fra tarmene og nå fram til hjernen slik at hygge og kos endelig kan inntre. Stemningen inntreer med en gang, ikke ved første slurk, men ofte ved synet av halvliterne på bordet eller av klirringen fra de uåpnede flaskene. Ved hjelp av innarbeidede symboler og ritualer som alkohol, kan vi skille helg fra hverdag og framskaffe stemning av fest, jul, påske, nyttårsaften og 17. mai. Den vanligste symbolfunksjonen alkohol har er å fungere som en fane som tydelig skal understreke skillet

mellom det grå hverdagsslitet og den velfortjente fritiden (Fekjær). Et flertall av nordmenn bruker ikke alkoholen til rus, men bare til slike symbolfunksjoner. I tillegg brukes alkoholen som et voksenhetssymbol, og blir dermed attraktivt for unge og ungdommer, som gjerne vil virke voksne. Den synlige rusvirkningen blir ofte gjort demonstrativt tydelig hos de yngste, nettopp av den grunn, og samsvarer ikke med de ofte små alkoholmengdene de har drukket. Kjemisk rus synes også å være et symbol på mandighet og mot. Bruk av alkohol kan også symbolisere opprørskhet og frigjorthet og gir på denne måten individet mulighet til å bruke kjemisk rus som en måte å opprettholde et høyere selvbilde enn det atferden og prestasjonene skulle tilsi. Man kan bruke alkoholpåvirkning som et alibi for nederlag i situasjoner og i livet, man kan bruke alkoholpåvirkning for å slippe å gjøre noe som burde gjøres, og man kan bruke alkoholpåvirkning som unnskyldning for normovertredelser. Kjemisk rus er den eneste ”spesielle omstendighet” som man lett kan skaffe seg når man ønsker det, med respektable begrunnelser (for å bli i godt humør, glemme problemene, slappe av, ha det gøy).

«Lykkepromillen»

En del forebyggere på rusgiftfeltet mener problemet ikke ligger i at folk drikker alkohol, men at de drikker ”for mye”. Ut fra en slik forståelse, blir målet for forebyggingsaktiviteten å forhindre at promillen blir ”for høy”. De definerer da den velværefølelse som alkoholbruken ofte gir ved en promille på 0,5-1 (altså før alkoholens bedøvende effekter har satt inn for alvor) som ”lykkepromillen”, som det gjelder å unngå å overstige. Og forebyggingsaktiviteten går så ut på å lære ungdom ferdigheter for å holde seg under eller på denne grensen.

Blindforsøk har vist at de fleste mennesker ikke merker om de er påvirket eller ikke ved et slikt promillenivå. Alkoholbruk blant ungdom har helt andre funksjoner enn å oppnå en slik lav promille. Den er del av et overgangsrituale, del av et ungdomsopprør, del av en sosialisering inn i den alkoholkultur som gir alkoholbrukeren frikort til å si og gjøre ting som ellers ikke vil være akseptert, eller som han/hun ikke ville tørre i upåvirket tilstand.

Alkoholkulturen gir den alkoholbrukende gruppen en felles "time-out", ved å forklare inntrufne hendelser som alkoholforårsakede, og ikke noe som aktørene fullt og helt behøver å stå inne for, "Jeg var jo full". Dette er funksjoner ved alkoholbruken som det kan være vel verdt å ta opp i forebyggende sammenheng. En avsløring av de kulturelt innlærte normer, forventninger, holdninger og effekter som knytter seg til alkoholbruk vil frata alkoholen mye av dens magi og tiltrekningskraft i ungdomsmiljøer. Den samme promillen som utløser lykkefølelsen kan like gjerne utløse aggresjon og vold.

En avsløring av den majoritetsmisforståelse som gir de unge inntrykk av at alle andre drikker mer enn dem selv, har i seg selv vist seg ved amerikanske forebyggingsprogrammer å være i stand til å redusere alkoholforbruket blant skoleelever. Disse elementene kunne være en del av et forebyggingsprogram overfor ungdom. Men det ville samtidig bidra til å avsløre hyggeritualene rundt alkoholen i voksgenerasjonen. Og det ville sannsynligvis oppleves som et tap for noen, men for de fleste ikke uoverstigelig, dersom man samtidig visste at man kunne bidra til en mindre farefull alkoholpraksis i ungdomsmiljøene.

Noen foreldre tror de skal lære barna sine gode alkoholvaner ved å gi dem alkohol hjemme, og holde kontrollen med hva de unge drikker når de er ute, ved å sende med dem den alkoholen de mener det er forsvarlig å drikke på en kveld. Men forskning viser at de ungdommer som får alkohol hjemme, drikker mer ute enn de ungdommer som ikke får det. Og de som sender med barna alkohol, har seg selv å takke dersom barna kommer fulle hjem.

For de fleste voksne er alkohol ingen livsnødvendighet. Man drikker når og fordi andre drikker og fordi alkoholkulturen tilsier at alkohol "hører med" ved visse anledninger. Dersom man får en klar forståelse for at utsettelse av alkoholdebuten for ungdom er den beste målsettingen, vil det ikke oppleves som noe stort savn for foreldre å la være å drikke med barna/tenåringene og prøve å holde en alkoholfri sone rundt barnas oppvekst og tenåringsår. Lykkes man i å utsette alkoholdebuten i to-tre år, viser forskning at man samtidig har redusert det alkoholforbruksnivå som en ungdom kommer opp på senere. Man kan sannsynligvis også redusere en del av den gateway-funksjon alkoholen har i forhold til narkotiske stoffer, og som forskning viser har spesielt stor betydning ved tidlig alkoholdebut.

En ansvarsmobilisering, hvor foreldre prøver å sette felles grenser mot ungdommens alkoholbruk, vil være forebygging. Lykkepromille-tenkningen har ingen sjanser til å begrense ungdoms alkoholbruk, og må således kunne betegnes som anteforebygging.

Problemløsning

Når alkohol eller andre rusgifter anvendes for å løse problemer, kan vi konstatere at disse stoffene er de mest ødeleggende, de sterkeste vanedannende og de mest passiviserende midler som i det hele tatt kan brukes i vedkommende tilfelle. Selv om alkoholbruk av mange mennesker oppleves som positivt i problemsituasjoner, så er den negativ både for menneskene selv og for andre mennesker og for samfunnet, fordi andre og mer konstruktive alternativer ikke blir brukt.

Virkelighetsflukt

Når mennesker bruker alkohol for å flykte fra virkeligheten, kan vi konstatere at de kommer tilbake fra flukten svakere enn de var før. Dersom virkelighetsflukt skal forekomme, bør menneskene bruke slike metoder som gjør dem sterkere enn de var tidligere.

Problemfri

Når alkohol brukes i situasjoner hvor mennesket ikke opplever noe problem, og uten at formålet er virkelighetsflukt, oppleves alkohol stadig av mange mennesker å fylle en stor og positiv funksjon. Dette kan for eksempel gjelde ved familiefester. Men på tross av at de direkte skadene er små eller ubetydelige, får denne alkoholbruken også negative effekter ved at alkoholtradisjonen blir understøttet. Det ville derfor vært bedre om menneskene anvendte andre metoder for å fylle denne funksjonen. Vi kan altså si at alkohol heller ikke i disse situasjonene har overveiende positive effekter.

Smaken

Det kan finnes situasjoner hvor det er svært vanskelig å finne noe annet som fyller samme funksjon som alkohol for dem som bruker det. Det kan for eksempel ha sammenheng med smaken av en del alkoholdrikker. Det kan være vanskelig å få fram andre drikker som har samme smak som enkelte alkoholdrikker. Men kan det ansees som positivt at visse alkoholdrikker smaker godt? Først må vi konstatere at den gode smaken som av og til forekommer, gjør at alkohol blir mer attraktiv enn om drikken smakte dårligere.

Dersom vi sammenligner alkoholens negative effekter med den eventuelle positive effekt som smaken innebærer, må vi konstatere at det forhold at smaken for visse alkoholdrikker er god, får negative konsekvenser da dette opprettholder og øker alkoholforbruket. Det er også slik at smakspreferanser er avhengige av opplæring. Spørsmålet er om alkoholfrie drikker med annen smak kan gi like positive smaksopplevelser. Det finnes også muligheter for å utvikle alkoholfrie drikkevarer med tilnærmet samme smak som alkoholholdige.

Bra for hjertet?

I løpet av de siste årtiene er det kommet forskningsresultater som antyder at små mengder alkohol hver dag skulle virke beskyttende og helsebringende, spesielt i forhold til hjerte- og

karsykdommer og som skal vise at moderate alkoholbrukere lever et sunnere liv enn personer som ikke bruker alkohol. Men mange slike studier utelater at avholdsfolk i utvalget ikke behøver å ha vært ikke-brukere tidligere i livet. Forfatterne har ikke tatt hensyn til at mange tidligere alkoholbrukere kutter ut alkoholen pga dårlig helse.

Mange studier viser at andre livsstilsfaktorer, som kosthold, røyking, mosjon, stress, mestring og sosial støtte har stor betydning, forhold som ofte er utelatt i denne typen studier. Dersom man tar hensyn til disse, minsker forskjellene i dødelighet og sykkelighet mellom moderate alkoholbrukere og avholdsfolk.

En hypotese er at folk reduserer sitt alkoholforbruk når de blir eldre og blir syke eller skrøpelige, eller når de øker sitt medikamentforbruk, og noen av disse velger også helt å avstå fra alkohol. Hvis disse menneskene er inkludert i avholdskategorien i prospektive studier, kan det antas at det ikke er fravær av alkohol som øker deres risiko for koronar hjertesykdom eller andre sykdommer, men heller deres dårlige helse. En gjennomgang av en rekke slike undersøkelser tyder på at de fåtallige studiene som ikke har denne feilen (dvs. de som ikke forurenses avholdskategorien med sporadiske eller tidligere alkoholbrukere), viser at avholdsfolk, nesten avholdsfolk og ”moderate” alkoholbrukere har likt risikonivå både når det gjelder hjertedødelighet og dødelighet av andre årsaker (Fillmore og medarbeidere 2006).

En konsekvens av denne forskningen, som i stor utstrekning er bestilt av/produisert av forskere som står alkoholindustrien nær, er likevel at folk ikke i samme grad som tidligere ser behovet for å kutte ut alkoholbruken. Dermed virker denne forskningen også til å forsterke alkoholkulturen, med de samlede negative virkninger det har i samfunnet.

En omfattende studie med andre metoder, viser at ett glass alkohol daglig er skadelig for hjertehelsen. En annen studie advarer personer over 40 år mot å drikke alkohol i det hele tatt, da enhver bruk øker risikoen for demens.

8. Alkoholpolitikk

Alkoholpolitikken er et område de fleste har en mening om. Her legger vi fram hovedlinjene i det FMR mener bør være tilnærmingen til en offentlig alkoholpolitikk.

Gjennomsnittsforgbruket

Forskning har vist at det er en nær sammenheng mellom gjennomsnittsforgbruket av alkohol i en befolkning og antallet storforgbrukere av alkohol. Øker gjennomsnittsforgbruket til det

dobbelte, øker antallet storforbrukere til det firedobbelte. Hadde vi lyktes i å redusere alkoholforbruket til halvparten, ville vi ha kunnet redusere antallet storforbrukere til en fjerdedel. Kravet til den offentlige alkoholpolitikken må derfor være at den skal bidra til å bringe alkoholforbruket nedover.

Som nevnt sier ikke en persons totale forbruk av alkohol alt om risikoen for å kunne pådra seg problemer som følge av alkoholforbruk. Og slik er det også på samfunnsnivå.

Drikkemønsteret

Det totale forbruket av alkohol i samfunnet vil ikke kunne være noe fullstendig uttrykk for alkoholproblemet i samfunnet. I tillegg til å kjenne mengden som drikkes, kreves det kunnskap om andre forhold ved alkoholbruken i samfunnet. Disse forholdene er knyttet til hvor vanlig det er å bruke alkohol i samfunnet, hvor vanlig det er at folk drikker seg beruset, når og hvor det er vanlig å bruke alkohol, hvem som bruker alkohol, hva som drikkes og hvordan det er vanlig å oppføre seg når en har drukket. Faktisk er det slik at de problemene som er knyttet til disse forholdene ved alkoholbruken, totalt sett utgjør et større problem enn de som følger direkte av størrelsen på forbruket.

Særlig i Norge, hvor det totale alkoholforbruket i europeisk sammenheng er meget lavt, er de direkte følgene av et langvarig og høyt alkoholforbruk forholdsvis beskjedne, mens følgene av akutt alkoholrus er relativt store. Det skyldes at det er så mange flere som drikker seg beruset enn det er storkonsumenter, om vi med storkonsumenter for eksempel regner de som drikker mer enn 80 gram alkohol per dag. Et slikt forbruk svarer til omlag 25 cl brennevin, 1 liter bordvin eller 6 1/2 flasker pils per dag. Noe som må sies å ligge godt over det en regner som "et uskadelig forbruk". Om vi lavt regner at gjennomsnittsforkbruket i Norge er 7 liter ren alkohol per voksen innbygger i året, og at det er 3 millioner alkoholbrukere i landet, vil det bare være omlag 50.000 mennesker som drikker så mye. (Skog 1985)

De "moderate" konsumentene har mange alkoholrustilfeller
Vi kan beregne at alle de som drikker mindre enn storkonsumentene i gjennomsnitt drikker seg beruset rundt 3,5 ganger i året, noe undersøkelser har vist at den norske gjennomsnittskonsumenten gjør. (Nordlund 1985) Dermed vil de som drikker mindre enn 10 cl ren alkohol per dag stå for omlag 10 millioner beruselsestilfeller. Om storkonsumentene skulle stå for det samme antallet beruselsestilfeller, ville det bety at de måtte drikke seg

beruset mer enn annenhver dag. Og selv om storkonsumentene beruser seg atskillig hyppigere enn de mer moderate brukerne, kan det likevel virke nokså usannsynlig at de i gjennomsnitt drikker seg beruset annenhver dag. Det er derfor grunn til å hevde at fordi de ”moderate” alkoholbrukerne totalt sett står for så mange flere beruselsestilfeller enn det storkonsumentene gjør, vil alkoholproblemene forbundet med akutt alkoholrus i hovedsak være forårsaket av ”moderate” alkoholbrukere.

At det virkelig forholder seg slik, er påvist i flere studier. (Kreitman 1986) Selv om relativt sett mange flere av storkonsumentene opplever problemer i forbindelse med sin alkoholbruk enn det de mer moderate konsumentene gjør, er det likevel totalt sett flere moderate brukere som vil få problemer. Årsaken til det er at det er så mange flere moderate brukere enn hva det er storbrukere. Slik vil det være i alle vestlige samfunn, så lenge alkoholforbruket er fordelt i følge totalkonsummodellen, dvs. så lenge bare omlag 15 prosent av befolkningen drikker mer enn det dobbelte av gjennomsnittsforbruket i samfunnet. Det er påvist at alkoholforbruket i alle samfunn fordeler seg lognormalt skjevt, slik at ca. 15 prosent av brukerne vil ha et forbruk som er mer enn dobbelt så stort som gjennomsnittet.

Prevensjonsparadokset

Det er dette faktum som er årsak til det såkalte prevensjonsparadokset innen alkoholpolitikken. Prevensjonsparadokset sier at en vellykket alkoholpolitikk ikke bør være rettet mot storbrukerne, men mot bruken av alkohol. En forholdsvis liten reduksjon i det totale forbruket av alkohol i samfunnet, vil nemlig føre til en større nedgang i alkoholproblemene enn det en forholdsvis betydelig nedgang i storkonsumentenes forbruk vil føre til. Prevensjonsparadokset viser med all ønskelig tydelighet forskjellen mellom å se alkoholproblemene i en samfunnsmessig sammenheng, dvs. som et folkehelseproblem, og å betrakte alkoholproblemene som individuelle problemer. Prevensjonsparadokset eller forebyggingsparadokset finner en også på mange andre områder hvor en eller flere risikofaktorer har betydning for forekomsten av en sykdom. Et typisk eksempel kan være sammenhengen mellom høyt kolesterol og forekomsten av hjerteinfarkt. En mann med et kolesterolnivå på 8 mmol/l har tre ganger så høy risiko for å dø av hjerteinfarkt som en mann med 4 mmol/l. (NOU 1991:10) Men fordi det er så mange flere med 4 mmol/l kolesterol enn med 8 mmol/l, dør det likevel flere av hjerteinfarkt med et moderat kolesterolnivå enn med et høyt. En fornuftig forebyggingsstrategi går derfor ut på å oppfordre hele befolkningen til å legge om kostholdet slik at kolesterolnivået reduseres, en lar ikke bare oppfordringen gå til de som er i den høyeste risikogruppen. På samme måte er det med alkoholen og alkoholbrukerne.

Alkoholpolitikk på folkehelsenivå

For selv om det er slik at stordrikkene er mest utsatt for alkoholproblemer, og følgelig er de som har mest å tjene på å senke sitt alkoholforbruk, gjelder dette bare på individuelt nivå. På samfunnsnivå blir summen av de ”moderate” brukernes problemer større enn summen av storforbrukernes, og samfunnet har derfor mest å vinne på å rette virkemidlene inn mot alkoholbruk som sådan. Men det skal ligge etiske retningslinjer til grunn for alkoholpolitikken og ikke bare vurderinger om hva som er mest hensiktsmessig i et folkehelseperspektiv. Derfor er det imidlertid også nødvendig å føre en alkoholpolitikk som inneholder særlige tilbud om hjelp til de som er mest utsatt for alkoholproblemer. (NOU 1995:24 ”Alkoholpolitikken i endring”).

Risiko og forekomst av ulike skadevirkninger av alkohol i Norge

Tabellen viser hvor mange prosent av konsumentene i de ulike konsumentgruppene som har opplevd de nevnte konsekvensene en eller flere ganger i løpet av siste år

Konsumentgruppe (Liter siste år)	Andel (%) av brukerne	Risiko (%) for:					Konsumentgruppens andel (%) av alle tilfellene av:				
		Arbeidsfravær	Krangel	Slagsmål	Ulykke	Skrumplever*	Arbeidsfravær	Krangel	Slagsmål	Ulykke	Skrumplever*
Lavt (0-5)	85	3	6	1	1	1	46	48	30	27	5
Moderat (5-10)	10	12	23	8	4	1,5	22	27	26	23	3
Høyt (10-30)	4	27	31	19	10	4	24	18	30	27	5
Ekstremt (30+)	1	50	57	43	43	190	9	7	14	23	87
Totalt	100	6	10	3	2	-	100	100	100	100	100

* For skrumplever angis relativ risiko gitt at lavkonsumentene har risiko 1.

Gjelder alkoholisk levercirrhose.

Kilde: Skog 1985

Kontrollpolitikk – håndhevelse og sanksjoner

Selv om aldersgrensene for kjøp av øl og vin er 18 år, alkoholdebuterer norsk ungdom gjennomsnittlig når de er 14,6 år, mange langt tidligere. Ungdom som debuterer tidlig har vist seg å få et høyere alkoholforbruk enn ungdom som debuterer senere. En målsetting blir derfor å utsette alkoholdebuten lengst mulig. Samtidig viser undersøkelser at øl er ungdommens

rusdrikk nr. 1, og salgsstatistikken viser at øl og rusbrus utgjør nesten halvparten av alkoholomsetningen. Selv om de yngste ungdommenes alkoholforbruk ser ut til å ha dempet seg noe, er det urovekkende at gjennomsnittsforbruket for unge jenter har fordoblet seg fra midt på 90-tallet. Fra USA har man erfaring for at å heve aldersgrensene bidrar til lavere alkoholforbruk og færre trafikkulykker blant unge. FMR vil derfor gå inn for å heve aldersgrensen for øl og vin fra 18 til 20 år. I lys av den økende erkjennelsen av at alkohol er blant de farligste rusgiftene, vil det være naturlig å sidestille innehav og bruk av alkohol blant ungdom med innehav og bruk av narkotika, dvs. at det bør møtes med en reaksjon. Tilsvarende bør en overlatelse av alkohol til ungdom, s.k. langing, møtes med en reaksjon overfor den voksne.

Svært mange kommuner har i dag utvidet skjenketid til kl. 03.00. Dette medfører at spesielt unge mennesker ikke går ut før nærmere midnatt, og at de ofte er alkoholpåvirket allerede når de ankommer utestedene. Dette fører til bråk på kommunikasjonsmidlene både til og fra utestedene, samt bråk, trusler og vold i gatene, spesielt etter stengetid.

Både landets politimestre og KRÅD har oppfordret kommunene til å stoppe skjenkingen tidligere. FMR vil gå inn for en endring av alkoholloven som setter maksimal skjenketid til kl. 01.00.

Vinmonopolet

Vinmonopolet er det alkoholpolitiske instrumentet som skal holde alkoholforbruket i lovlige former og samtidig sørge for en begrenset tilgjengelighet, hvor også avgiftspolitikken har stor betydning. FMR anser at Vinmonopolet skal ha enerett til å selge brennevin, vin og sterkøl i Norge. FMR finner det derfor uheldig at en stor del av omsetningen skjer gjennom Avinors taxfree-utsalg på flyplassene. FMR mener at taxfree-ordningen ved fly- og båtreiser bør opphøre.

Uregistrert alkohol

Smugling av alkohol i store mengder er blitt lukrativ business for mange utenlandske og norske nettverk. I tillegg til å undergrave alkoholpolitikken, og legge grunnlaget for en svart økonomi og økonomiske kriminelle nettverk, representerer alkoholsmuglingen også et faremoment i veitrafikken. FMR mener tollvesenet og politiet må få ressurser til mer effektivt å slå ned på den slags trafikk.

9. Narkotikapolitikk

FMR har et eget narkotikapolitisk program. Men narkotikapolitikken hører også hjemme i et prinsippdokument. Her er det nevnt noen viktige grunner til at vi også engasjerer oss i narkotikapolitikken.

Narkotika eller alkohol?

FMR er i mot all spredning og bruk av illegale narkotiske stoffer. Prinsipielt er det liten forskjell i effektene ved bruk av disse stoffene og alkoholbruk. På samme måte som alkohol har de evnen til å skape avhengighet, framkalle eller utløse psykiske lidelser og forårsake akutte skader under påvirkning. Overdoser og andre narkotikarelaterte dødsfall er de mest dramatiske. Forskjellen fra alkohol er at disse stoffene har en kort, nyere brukshistorie i den vestlige verden og i Norge, de har ingen forankring i kulturen, og antallet brukere er lavt, sammenlignet med antallet alkoholbrukere. Det store flertallet av befolkningen støtter et forbud mot narkotika. Forskning har også vist at for eksempel bruk av cannabis ikke kommer i stedet for alkohol, men forekommer i svært stor grad sammen med alkoholbruk. Derfor vil en sidestilling av for eksempel cannabisbruk med alkoholbruk gjennom en legalisering eller avkriminalisering føre til et økt cannabisproblem i tillegg til det alkoholproblemet vi allerede har. FMR støtter derfor et fortsatt forbud mot illegal spredning og bruk av narkotika både nasjonalt og internasjonalt. Vi viser ellers til FMRs narkotikapolitiske program.

Hensikten med et forbud

Norge har, i likhet med det store flertallet av verdens land, valgt å kriminalisere import, omsetning, innehav og bruk av narkotika. Dette gjelder alle illegale rusgifter, fra hasj til heroin. Hensikten er å redusere tilgjengeligheten, og på den måten forhindre nyrekruttering og bruk. Men for at kriminaliseringen skal ha noen hensikt, må den håndheves. Dette må skje både ved å forhindre bruk, spredning og organisert salg på gateplan, og ved å forfølge storimportører og grossister, og stoppe narkotikaimport ved grensene. Narkotikatrafikken har ofte sammenheng med andre former for økonomisk kriminalitet, og pengene herfra brukes av kriminelle til å skaffe seg fotfeste i andre deler av næringslivet. De stoffavhengige er en viktig drivkraft i narkotikatrafikken, som selgere og spredere på gateplan. At man innenfor kriminalomsorgen og i spesialisthelsetjenesten lykkes i behandlingsinnsatsen for derigjennom å stoppe deres omsetningsvirksomhet, vil være et viktig bidrag til å forhindre nyrekruttering og økt avhengighetsutvikling.

Noen narkotikapolitiske krav:

- Vi krever at all illegal omsetning og spredning av narkotika må følges opp av politi og rettsvesen.
- Vi ønsker å forhindre all etablering av offentlig kjente narkoscener, som tidl. Plata i Oslo og Nygårdsparken i Bergen.
- Vi ønsker å styrke tollvesenets innsats for å forhindre smugling av stoff til Norge.
- Vi ønsker å styrke politiet, og målrette ressursene både mot gatepatruljering, spaning og etterforskning av narkotikalovbrudd.
- Vi ønsker narkotikalovbrudd raskt pådømt, med et behandlingstilbud i den andre enden for alle gjerningspersoner som samtidig har et avhengighetsproblem.
- Vi ønsker å styrke etterforskningskapasiteten i forhold til økonomisk kriminalitet, spesielt med sikte på å avdekke sammenhengene mellom illegal narkotikavirksomhet og legal næringsvirksomhet.

10. Forebygging

Forebygging er bedre enn behandling. Til tross for dette, blir lite penger brukt på rusgiftforebyggende tiltak. Noen forebyggingstiltak koster imidlertid lite. I dette kapittelet blir fingeren satt på et par tiltak som sannsynligvis ville bidra til at alkoholforbruket blant unge ville gå nedover.

Aldersgrenser

Aldersgrensene for kjøp og skjenking av øl, rusbrus og vin er i dag 18 år, mot 20 år for brennevin. I de siste år har gjennomsnittlig debutalder vært i underkant av 15 år for øl, omkring 15 år for ”rusbrus” og omkring 15,5 år for vin og brennevin. Mange starter ikke med alkoholdrikking før etter de er fylt 16 eller 18 år, og noen begynner aldri. En snittalder på 15 år betyr derfor at svært mange barn debuterer med alkohol når de er 10, 11, 12 eller 13 år. Dette viser med all tydelighet at de nåværende aldersgrenser ikke bidrar nok til å holde alkoholforbruket blant ungdom nede. Trafikkulykker – offentlig fyll – og grunnlag for senere alkoholavhengighet for et større antall mennesker er prisen å betale.

Folkehelsemessig vil det være mye å vinne på å heve aldersgrensene – og derved utsette debutalderen med kanskje ett til to år. Det finnes internasjonale erfaringer som peker i retning av at en heving av aldersgrensene kan være en vellykket strategi.

I 1970-åra senket mange stater i USA sine aldersgrenser for å kjøpe alkohol fra 21 til 18 år. Basert på erfaringene fra disse endringene vedtok USA en føderal lov i 1984 som innebar at full støtte til utbygging og vedlikehold av veier bare ble gitt til stater med 21 års aldersgrense for kjøp av alkohol. Resultatet var at etter en tid hadde alle statene økt aldersgrensene til 21 år.

Det ble gjort mange studier av effektene av disse endringene:

Konklusjoner:

- Når aldersgrensene ble senket, ble det flere trafikkulykker der alkoholpåvirkede 18 til 21 åringer var involvert.
- Når aldersgrensene ble hevet, ble det færre trafikkulykker der alkoholpåvirkede 18 til 21 åringer var involvert.
- I noen, men ikke alle statene, ble det også påvist en generell nedgang i alkoholkonsumet blant 18 til 21 åringer.

På denne bakgrunnen går Forbundet Mot Rusgift inn for en heving av aldersgrensen for øl, rusbrus og vin fra 18 til 20 år i Norge.

Rusgiftforebygging i skolen

Forskning har vist at norske skoleelever har utilstrekkelige kunnskaper om alkohol og narkotika. Det foreslås at rusgiftkunnskap, tilpasset alderstrinnet, skal inn som et gjennomgående tema i fagplanene i grunnskole og videregående skole. Denne undervisningen må knyttes opp mot foreldrerettet arbeid.

Midler til rusgiftforebyggende tiltak i skolen legges inn som øremerket tilskudd til alle kommuner.

Det må etableres et nasjonalt program for rusgiftundervisning, som inkluderer utvikling av læremidler og kvalifisering og etterutdanning av lærere. Det bør være en AN-lærer på hver skole.

En del skoler har problemer med narkotikaomsetning på skolen, og også bruk av narkotika i skoletiden. Skoleledelsen, skolehelsetjenesten og politiet må samarbeide med elevene om å få slutt på dette.

Rusgiftpolitiske organisasjoner

Frivillige organisasjoner har en viktig rolle å spille i forebyggende arbeid, både ved å engasjere og ved å aktivisere. Vi vil videreføre ordningene med tilskudd til rusgiftpolitiske organisasjoner, både nasjonalt og på kommuneplan. Disse overføringene bør være så store og forutsigbare at de tillater en organisasjon å drive en virksomhet som kan konkurrere om oppmerksomheten med kommersielle tiltak.

Et nasjonalt forebyggingsforum

Vi går inn for å etablere et nasjonalt forebyggingsforum, med blandet deltakelse fra frivillige rusgiftpolitiske organisasjoner, forskningsfora, helseforetak og kommuner. Forumet skal være rådgivende for Helse- og omsorgsdepartementet, Justisdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet.

Helsefaremerking

Helsefaremerking av alkoholvarer blir nå gjennomført flere steder i utlandet. Vi går inn for at alkoholvarer i Norge skal merkes som trafikkfarlige, farlige for gravide og sterkt avhengighetskapende.

11. Behandlingspolitikk

Antallet personer med avhengighetsproblemer kan se ut til å vokse i samfunnet, spesielt som følge av økende alkoholforbruk. Dersom ikke behandlingsapparatet skal komme helt til kort, blir det viktig både å se på hvilke pasienter som bør behandles i spesialisthelsetjenesten og hvilke pasienter som kan få sine hjelpetiltak forankret i kommunehelsetjenesten eller i NAV/sosialtjenesten i kommunene. Det er også grunn til å dvele litt ved hva som skjer før det er aktuelt med overgang fra kommunen til avhengighetsbehandling i spesialisthelsetjenesten.

Storkonsumenter av alkohol

Den største gruppen potensielle pasienter finner vi blant integrerte storkonsumenter av alkohol. Disse har for det meste jobb, familie og sosialt nettverk mer eller mindre intakt, men har etter hvert utviklet et helseskadelig alkoholforbruk, og utsetter seg ofte for risiko for akuttstader p.g.a. sin alkoholpåvirkning. Det har vist seg at screening for biologiske markører hos primærhelsetjenesten, kombinert med enkel rådgivning faktisk er det som skal til hos mange i denne gruppen for å få alkoholproblemet under kontroll. Fastleger bør i større grad

spørre sine pasienter om alkoholrelaterte problemer, og ha verktøy for screening av biologiske markører som en del av sin standardutrustning (Det dreier seg i all hovedsak om analyser av en blodprøve). Dersom slik screening og rådgivning blir gjennomført på et relativt tidlig tidspunkt, vil man kunne avverge innleggelser i spesialisthelsetjenesten til avhengighetsbehandling. Og dersom slike pasienter kommer inn i spesialisthelsetjenesten, vil det sannsynligvis være snakk om korttids-innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk behandling. AKAN vil også kunne være et alternativ for deler av denne målgruppen.

Alkoholproblemer i somatiske sykehus

En del ”integreerte” alkoholavhengige vil likevel kunne bli innlagt i somatiske avdelinger på grunn av alkoholrelaterte skader, og antagelig burde man innen den delen av spesialisthelsetjenesten ha rutiner på å avdekke mulige alkoholproblemer hos pasienter som blir innlagt med alkohol-påvirkning, eller som i løpet av kort tid etter innleggelsen viser tegn på abstinens. Rutiner for viderehenvisning til poliklinikk eller døgnavdeling for utredning burde være på plass.

Et tverrfaglig perspektiv

Dersom de ikke selv greier å snu utviklingen, eller de ikke får hjelp i tide, for eksempel via fastlege, AKAN osv., vil en del i denne gruppen alkoholavhengige også utvikle sosiale og psykiske avvik, som på sikt vil vanskeliggjøre deres behandling og rehabilitering. Slike avvik kan for eksempel være tap av jobb, tap av familieføring, tap av venner, økonomiske problemer, tap av bolig, hendelser som forsterker hverandre i en nedadgående spiral. Jo tidligere spesialisthelsetjenesten her kan komme inn, jo bedre vil sannsynligvis prognosen være. De nevnte faktorene må bearbeides som en del av behandlingen, noe som tilsier at både

Tverrfaglig Spesialisert Behandling (TSB) og kommunenes førstelinjetjeneste må ha kompetanse også innenfor sosialfaglig og psykologfaglig arbeid, og et perspektiv som peker ut over spesialisthelsetjenesten både i tid og rom.

Ett kriterium som bør vurderes ved utredning til TSB er hvorvidt en potensiell pasients problemer har inntrådt tidlig eller sent i livet. Pasienter med sen debut av avhengighets- og atferdsvansker synes å ha andre behov enn personer som allerede fra tidlig barndom/ungdom har vist problematisk atferd, hvorav rusgiftbruk er en av flere atferdsfaktorer.

Legemiddelavhengige

Beslektet med, og delvis overlappende med alkohol, vil det også være mange potensielle pasienter i spesialisthelsetjenesten som har utviklet et avhengighetsproblem av sovemidler og

beroligende medikamenter, gjerne av benzodiazepintypen. Disse pasientene kan sannsynligvis behandles poliklinisk hos fastlegen eller ved en rusgiftpoliklinikk, eller via en korttids innleggelse. Det må være kompetanse til å diagnostisere slike problemer hos primærhelsetjenesten og i rusgiftpoliklinikkene, standard behandlingsregimer for legemiddelavhengighet bør gjøres kjent hos disse instansene, og det bør være en beredskap for å bruke dem.

Problemmessig beslektet med legemiddel- og alkoholavhengige er også brukere av anabole steroider og personer som har utviklet en spilleavhengighet. Dette er en problematikk som spesialisthelsetjenesten (TSB) bør være oppmerksomme på, og hvor det i noen grad kan være nødvendig å ha adekvate hjelpetiltak.

Rusgiftpasienter med avvikende atferd

En annen gruppe potensielle pasienter i TSB er de som allerede i utgangspunktet har et avvik, for eksempel brukere av illegale stoffer, personer som er i ferd med å utvikle/har utviklet et kriminelt livsmønster, og hvor avhengighets- og kriminalitetsproblemet forsterker hverandre gjensidig, og også forsterker en avvikende selvoppfatning og identitet. Tidlig i sin karriere vil mange av disse ha forholdsvis lav behandlingsmotivasjon, men noen av dem vil ha en historie i tiltaksapparatet gjennom barnevernet eller eventuelt BUP. Men mange av dem vil være i konflikt med politiet, og kanskje sone kortere eller lengre dommer i fengsel. En vei inn i behandlingsapparatet kunne da gå via kriminalomsorgen, via Narkotikaprogram med domstolskontroll, eller alternativ soning etter Straffegjennomføringslovens §12, eventuelt via de nye rusmestringsenhetene som nå er etablert ved en rekke av fengslene, eller via påtaleunntatelse på vilkår, rusgiftkontrakter, og nyere former for ungdomsstraff. Sannsynligheten er stor for at gjennomføringsgraden i institusjon vil være høyere for domfelte i denne gruppen enn ved frivillig innleggelse av halvt motiverte/motvillige ungdommer i samme gruppe. Og gjennomføring er et kriterium på god behandlingsprognose. Dersom dette skal bli en vei inn i behandlingsapparatet, forutsetter det imidlertid at man enten bygger ut behandlingsskapiteten, eller at man lar pasienter fra kriminalomsorgen gå foran i køen, for å slippe ventetid. Når alt kommer til alt vil disse pasientene likevel før eller senere bli pasienter i TSB, men da med dårligere behandlingsprognose.

Avhengighetspasienter med psykiske lidelser

Grovt sett kan vi også skille ut en fjerde gruppe potensielle pasienter i TSB, nemlig de som i tillegg til et avhengighetsproblem også har større eller mindre psykiske lidelser. Disse

lidelsene kan være forårsaket av rusgiftbruken, men kan også være primære og i seg selv ha bidratt til at avhengighetsproblemet har oppstått. I noen tilfeller kan stoffbruk også framkalle en psykisk lidelse som kanskje ellers ville ha forblitt latent, eller ikke vært tilstede i det hele tatt.

De dobbelte lidelsene vil ofte ikke vise seg før pasienten har oppholdt seg en viss tid i behandlingsapparatet. Når det viser seg at pasienten i TSB også har en psykisk lidelse, vil det stilles som et krav til god avhengighetsbehandling at institusjonen/tiltaket vet hvordan den skal håndtere angst, depresjoner, ulike stress-lidelser eller spisevansker hos sine pasienter, eller dersom de plages med selvmordstanker, men hvor avhengighet anses som hovedproblemet. Det er imidlertid også viktig at TSB har operative samarbeidsrelasjoner i det psykiske helsevernet, slik at man kan søke faglig bistand til å takle psykiske lidelser der.

Personer som gjennom år har utviklet en sterk avhengighet, men som grunnlidelse har schizofreni eller manisk-depressiv (bipolar) lidelse, bør behandles innenfor psykisk helsevern. Dette gjelder også om den psykiske lidelsen har utviklet seg parallelt med avhengighetstilstanden. Det er for denne gruppen som St.meld. nr. 5-1996-97 ”Åpenhet og helhet” ønsker å reservere begrepet ”Dobbeltdiagnoser”. Her er det viktig at denne delen av spesialisthelsetjenesten vet hvordan den skal håndtere også avhengighetstilstanden, og eventuelt er slik organisert at den kan søke bistand hos TSB.

Langtkomne stoffavhengige

En femte, vanskelig avgrensbar gruppe, er personer som har vært inne i omfattende og tung stoffbruk over mange år, som har mange behandlingsopphold bak seg, som har injisert heroin og andre stoffer over lang tid, som har en dårlig psykisk og fysisk helse, og som har overlevd flere overdoser, som ikke har jobb eller ordnede boligforhold, og som lever av uføretrygd, sosialhjelp, tiggings eller småkriminalitet. Denne gruppen har i utgangspunktet de samme rettigheter til TSB som de andre gruppene, men prognosen vil ofte være dårligere. Overdoser fører regelmessig til hjerneskader, selv om de ikke fører til dødsfall, skader som i verste fall medfører at brukeren blir varig hjelpetrengende. Derfor bør man i tillegg til normale kartleggingsverktøy også gjennomføre nevrologiske tester der man har mistanke om varige hjerneskader. Utfallet her bør kunne bidra til en sikrere vurdering av hvilket tiltaksnivå denne pasienten eventuelt skal/kan behandles på. Noen vil kanskje si at denne gruppen ikke hører hjemme i TSB, men det er ikke sikkert. For det første er det mange eksempler på at pasienter tilhørende denne gruppen har gjennomgått vellykket avhengighetsbehandling, og har hatt

ressurser til å leve et velfungerende liv i etterkant. For det andre vil de likevel hyppig havne i andre deler av spesialisthelsetjenesten, på grunn av somatiske skader og sykdommer og/eller av psykiske lidelser. Noen av dem vil bli tatt inn på akuttinstitusjoner til avgiftning, eller på legevakten. Mange av dem vil igjen og igjen havne i klammeri med politi og rettsvesen, og som sådan bli gjenstand for fengslinger, fortrinnsvis av kort varighet, fordi lovbruddene ikke er så alvorlige at de hver for seg kvalifiserer til lange fengselsstraffer.

Legemiddelassistert rehabilitering?

I de fleste vestlige land har man forsøkt å stabilisere opiatavhengige med metadon/buprenorfin/suboxone eller også heroin. Erfaringen er at substitusjonsmedikamenter vanligvis ikke er tilstrekkelig som behandling betraktet, og i Norge er da også substitusjonsbehandlingen blitt omdøpt til Legemiddelassistert Rehabilitering, LAR, dvs. at medikamentene skal være en hjelp til å gjennomføre et behandlingsregime. LAR-behandlingen har i Norge fått et langt større omfang enn det som var forutsatt, og svært mange av pasientene får ikke den psykososiale oppfølging som er nødvendig for å kunne kvitte seg fullstendig med sin avhengighet. FMR mener at også disse pasientene skal få en sjanse til å bli rusgiftfrie. Overdosefaren ved utskrivning fra LAR-programmene har hittil avholdt behandlingsapparatet fra å trappe disse pasienten ned til null og skrive dem ut av behandlingen. Nye forsøk med depotinjeksjoner med Naltrekson gir imidlertid håp om at også LAR-pasienter skal kunne skrives ut i større omfang. I Norge brukes ikke heroin i legemiddelassistert rehabilitering. FMR mener dette ikke egner seg godt til substitusjonsbehandling på grunn av sin korte virketid, og fordi den gjør pasienten flere ganger daglig avhengig av behandlingsapparatet.

Behandling i fengsel for gjengangere?

I Nederland har man iverksatt et behandlingsprogram, kalt SOV, tvungen plassering av lovbrøttere av denne tunge kategorien ved hjelp av to-årige dommer, med et behandlingsregime som delvis foregår innenfor fengslene, og gradvis utenfor. Rehabiliteringsandelen er ca. 25-30 prosent. Det er omtrent samme andel som i ordinær TSB-behandling. FMR mener spesialisthelsetjenesten bør være forberedt på og mer innstilt på samarbeid med kriminalomsorgen om avhengighetsbehandling.

Omsorg i spesialisthelsetjenesten?

Er spesialisthelsetjenestens oppgave å drive omsorg? De fleste vil mene at det er en klar kommunal oppgave, og det er også regulert i lovverket. Men spesialisthelsetjenesten kan ikke

unndra seg et ansvar for å drive tilbakefallsforebyggende arbeid. Avhengighetstilstanden er slik at tilsynelatende vellykkede behandlingsinnsatser med totalt avhold eller stabilisering på LAR regelmessig følges av tilbakefall og behov for ny behandling. Her kan man delvis sammenligne med for eksempel kreftbehandling eller andre sykdommer hvor tilbakefallsraten er høy, og hvor det ikke stilles spørsmålstegn ved reinnleggelser når behovet er der. Men i noen tilfeller er det slik at pasienten i avhengighetsbehandling bare fungerer optimalt når han/hun befinner seg i behandling, og er ute av stand til å greie seg på egen hånd, selv med oppfølging fra sosialtjeneste/NAV. Ville det da ikke være samfunnsmessig gunstig å beholde personen i en eller annen tilknytning til spesialisthelsetjenesten? Spørsmålet er: Kan det tenkes en form for varig eller svært langvarig rehabilitering, hvor ex-stoffbrukeren kan få tilbud om å bevare tilknytningen til, og delvis oppholde seg i institusjonsmiljøet også etter at det en kunne kalle spesialisert avhengighetsbehandling med rimelighet kunne sies å være over? Kunne man få til smidige ordninger med finansiering, slik at en slapp krangler mellom kommunen som har ansvaret for omsorg, og helseforetakene som har ansvar for behandling, slik at en varig/langvarig rehabilitering kunne finne sted for noen personer.

Langtids institusjonsbehandling

Ved mange av dagens behandlingstiltak er det en lav gjennomføringsprosent, og behandlingsresultatet tilsvarer ikke forventningene om at pasientene i etterkant skal kunne leve et rusgiftfritt liv. Dette peker også mot at en total rehabilitering av slike pasientgrupper kan være en uhyre vanskelig og langsiktig oppgave.

Dette understrekes også av nyere, neurobiologisk forskning. En norsk kunnskapsoppsummering slår fast:

”Alle opioider gir i prinsipp samme type avhengighet med en rekke forskjellige neurobiologiske virkninger som er karakteristiske for gjentatt opioidbruk. Disse endringene antas å kunne vedvare i måneder og år etter at kronisk bruk av et opioid er avsluttet..... Både for kokain og amfetamin antar man at det som for morfin inntreng langvarige neurobiologiske endringer i sentralnervesystemet knyttet til perioder med sterkt følt trang til ny bruk av disse stoffene.” (NOU 2003:4).

Når det tilføyes at også langvarig og høyt forbruk av alkohol skaper tilsvarende neuroadaptasjon, kan det rett og slett hende at henvisning til langtidsbehandling er adekvat i forhold til den avhengighetskarriere mange av pasientene har bak seg.

Selv om rehabiliteringsutsiktene for en del langtkomne avhengighetspasienter kan synes små, vil det likevel være klokt å satse på behandling fra samfunnets side. For det første oppnår man en vesentlig reduksjon i kriminell aktivitet fra en gruppe som ellers ofte påfører samfunnet store utgifter. For det andre bedres pasientenes livskvalitet vesentlig. For det tredje foreligger det stadig en mulighet for at hver og en av pasientene kan ta det avgjørende skrittet over til et rusgiftfritt liv.

Det bør derfor være mulighet for langtids institusjonsbehandling for en del av de rusgiftavhengige. FMR går derfor inn for at Norge skal ha et tilstrekkelig antall langtids institusjonsplasser. Disse må kombineres med rehabiliterings- og oppfølgingstiltak etter utskrivning, hvor relasjonen til institusjonen bevares, for eksempel gjennom bosetting i nærheten av institusjonen, i et samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

Samtidig finnes det andre pasientgrupper som ikke trenger langvarig institusjonsbehandling, men hvor poliklinisk behandling, dagbehandling, eller mer kortvarige institusjonsopphold er det som skal til. Også her må det bygges rammer rundt pasienten i etterkant av utskrivning, hvor bolig, arbeid eller skole, og tilgang til rusgiftfrie nettverk er viktig. I den sammenhengen kommer selvhjelpsgrupper, familieklubber og avholdsorganisasjoner inn som et supplement til kommunal omsorg og rehabilitering.

Institusjoner drevet av frivillige

FMR ønsker å satse på en kombinasjon av behandlingstiltak knyttet til helseforetakene og institusjonstilbud drevet av ideelle stiftelser og frivillige organisasjoner. Sykehusene har større mulighet til å kunne håndtere både avhengighet, psykiske lidelser og/eller somatiske plager i kombinasjon. En stor del av avhengighetspasientene har slik samsykelighet. De ideelle institusjonstilbudene, som bo- og arbeidskollektiver og terapeutiske samfunn er et godt tilbud til spesielt unge rusgiftavhengige med overveiende avhengighets- og atferdsproblemer.

Begge typer tilbud må gis mulighet til å bygge ut og bevare erfaring og kompetanse, og ha forutsigbare arbeidsmuligheter.

FMR ønsker ikke at aksjeselskaper og andre private tilbydere som jobber etter fortjenesteprikket skal på innpass i avhengighetsbehandlingsfeltet - TSB.

Behandlingspolitiske innsatsområder

FMR har definert følgende behandlingspolitiske innsatsområder:

- 60 prosent av innsatte i kriminalomsorgen har rusgiftproblemer. Mange av disse befinner seg til andre tidspunkter i spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud. Gjennomføringsgraden ved frivillig behandling er ofte lav, mange dropper ut etter kort tid, eller sprekker på permisjon, eller møter ikke opp for å bruke den behandlingstilbudet de er blitt tildelt. Erfaringer har vist at straffedømte som soner i institusjon har bedre gjennomføringsgrad og ofte bedre behandlingsresultater enn andre grupper i samme institusjon. FMR går inn for at innsatte med avhengighetsproblemer i større grad får sone i behandlingstilbudet etter Straffegjennomføringslovens §12, og hvor en større andel av plassene blir forbeholdt straffedømte.
- Narkotikaprogram med domstolskontroll er et alternativ til fengsel som har gått som et forsøksprosjekt i Oslo og Bergen, men som nå blir rullet ut over hele landet. Erfaring synes å vise at man lykkes best med de yngste klientene. Vi går inn for å målrette tiltaket mot en yngre og ikke så kriminelt belastet målgruppe.
- Behandlingsinnsatsene innenfor spesialisthelsetjenesten blir ofte nytteløse dersom det ikke finnes et tilstrekkelig oppfølgingsapparat i kommunen. Denne oppfølgingen dreier seg både om bolig, sysselsetting, eventuell skolegang, og nettverksorienterte tiltak. Dette må kommunene få ressurser til. Vi krever derfor at det legges inn midler til kommunene øremerket for oppfølging avhengighetsklienter.
- I tillegg bør kommunene stimulere til etablering av selvhjelpsgrupper, og samarbeide med organisasjoner som driver slike grupper i sin regi.
- Alle avhengighetspasienter er ikke like, og har ikke samme behov. Vi trenger derfor et differensiert behandlingstilbud. Noen har behov for å være i dette tilbudet over lang tid. Relasjonene som blir bygd opp, er viktige. Samtidig trenger pasienter å komme raskt inn, ventetidene må ned. Vi går inn for å ha et tilstrekkelig antall tilbudsplasser i alle helseregioner, hvorav noen tilbudsplasser bør være spesialdesignet for pasienter som er i Legemiddelassistert Rehabilitering, LAR. Vi går inn for å bevare relasjoner, ved at tilbudsplassene får anledning til å etablere oppfølgingsboliger, knyttet til tilbudsmiljøet, men hvor spesialisthelsetjenesten og kommunen samarbeider om utgiftene. Det må opprettes enheter for akuttavgiftning i de største byene, hvor overdoseofre og andre under akutt påvirkning kan bli lagt inn til avgiftning, observasjon og utredning, med tanke på nevrologiske skader og psykiske lidelser i tillegg til rusgiftavhengigheten. Overgang herfra til ordinær behandling bør være sømløs, dvs. ingen ventetid fra avgiftning til behandling.

- Målet med stoffavhengighetsbehandling i Norge bør fortsatt være stoff-frihet, mens LAR skal være et supplement.
- FMR vil at det blir etablert polikliniske behandlingstilbud for cannabisavhengige i de største byene, i tråd med erfaringer som allerede er høstet mange steder i Norge.
- Erfaring har vist at der Tverrfaglig Spesialisert avhengighetsBehandling (TSB) er organisert i egne administrative enheter fungerer behandlingsapparatet best, også samarbeidet med de private tjenesteyterne. Det er viktig at TSB ikke blir underlagt - men samarbeider med - psykisk helsevern. Vi vil derfor gå inn for at alle helseregioner skal ha egne administrative TSB-avdelinger, som fungerer sideordnet og likeverdig med psykisk helsevern og somatikk, og som gjennom dette har tyngde til å fremme et samarbeid på tvers av sektorer.
- Opptrappingsplanen for rusgiftfeltet må følges opp med økonomiske midler for å bli et løft for feltet. Vi går inn for en gradvis økning av bevilgningene til feltet over en 10-årsperiode, hvor innsatsen fordeles mellom spesialisthelsetjeneste, forskning, kriminalomsorg, frivillige rusgiftpolitiske organisasjoner og kommuner.

12. Lavterskel helse- og omsorgstiltak

I dette kapittelet settes det søkelys på en del s.k. skadereduksjonstiltak, og vurderes hvordan vi stiller oss til disse.

Feltpleiestasjoner

Selv om ikke-bruk av illegale rusgifter og alkoholfrihet bør være målet for all avhengighetsbehandling, finnes det etapper på veien dit. Det er et faktum at langtkomne stoff- og alkoholavhengige ofte lever et liv under uverdige forhold, samtidig som de også er en belastning for seg selv, sine nærmeste, for lokalmiljø og for storsamfunn.

Vi går derfor inn for at det etableres feltpleiestasjoner eller andre lavterskel helsetilbud i alle kommuner som har mange klienter med avhengighetslidelser. Disse bør være tilknyttet dagsentre, varmestuer eller boligtilbud hvor disse klientene ellers samles.

Her bør det gis sårbehandling, sosialfaglig veiledning, og også tilbys HIV-tester, samtidig som disse instansene kan være en formidler inn i hjelpeapparatet, enten dette gjelder avhengighetsbehandling, psykisk helsevern eller behandling for somatiske lidelser.

Sprøyterom

Det har vært gjort et forsøk med sprøyterom i Oslo siden 2005, som etter forsøksperioden ble gjort om til et fast tiltak. Et tilsvarende tiltak er også opprettet i Bergen. Forsøket i Oslo er evaluert i to omganger, men har ikke ført til nedgang i overdosedødsfall, har i liten grad gitt sosialfaglig oppfølging, er blitt lite brukt av de registrerte brukerne, og arbeidet der har vært en stor belastning for de ansatte. I tillegg er tiltaket ekstremt dyrt. Hver injeksjon i rommet koster samfunnet over 1000 kroner. Forsøket bidrar også til en defacto legalisering av heroin, den kanskje mest avhengighetsskapende rusgiften man kjenner. Selv om det kan hevdes at tiltaket gir brukerne større verdighet i brukersituasjonen, hjelper det lite, når resten av tilværelsen er like uverdigg, og brukerne må livnære seg ved kriminalitet, narkotikasalg, tigging og prostitusjon. Vi vil derfor gå inn for å avvikle tiltaket, oppheve sprøyteromsloven, og bruke midlene på andre lavterskeltiltak, som i større grad peker ut over sprøytebrukertilværelsen, f.eks. ambulante team, flere lokale feltpleiestasjoner, boligtiltak med oppfølging etc.

Røyke heroin

Det er også blitt gjort framstøt for å gi mulighet til å røyke heroin i sprøyterom. Selv om det er erkjent at heroinrøyking er mindre overdosefarlig enn injeksjoner, er det ikke ufarlig. Lungekreft og lungeproblemer er en fare hos hyppige heroinrøykere, i tillegg til faren for overdoser. Avhengighetsutvikling er også en sikker konsekvens. Heroinrøyking er på ingen måte en helsefremmende aktivitet. Det er svært vanskelig å få en injiserende stoffbruker til å gå over til røyking, fordi røyking krever 3 ganger mer heroin pr. dose for å få tilnærmet samme effekt. Derfor er det som regel sånn at folk i Norge som røyker heroin, og dem er det noen av, etter hvert går over til å injisere, for å få mest mulig kick for pengene, mens det er svært sjelden at noen går motsatt vei.

En viktig innvending er også at tiltaket bare i liten grad når den aktuelle målgruppen, nemlig dem som i løpet av et år dør av overdoser (80 prosent) eller andre narkotikautløste årsaker (20 prosent). Bare ca. 25 prosent av dødsfallene skyldes inntak av heroin, mens resten skyldes inntak av andre stoffer, som metadon og andre legeforskrevne medikamenter.

Sprøyteutdeling

Sprøyteutdeling til stoffbrukere har vært framholdt som et forebyggende tiltak mot HIV og Hepatitt C. Den foregår i forskjellige former i de fleste større norske kommuner. Forskere er

imidlertid uenige om effekten. Det er påvist at injiserende stoffbrukere fortsatt deler sprøyter. I Sverige har det ikke vært delt ut sprøyter, bortsett fra i to prøveprosjekter i Malmø og Lund. Likevel har Sverige hatt like lav forekomst av HIV blant stoffbrukere som Norge. Det hevdes at veiledning og tilgang til HIV-tester har like god forebyggende effekt. Det kan hevdes at å dele ut sprøyter er et offentlig godkjenning av stoffbruk, en virksomhet som i utgangspunktet er forbudt og straffbar ifølge loven. Sprøyteutdelingsvirksomheten i Norge har aldri vært evaluert. FMR krever at utdeling av sprøyter i Norge skal evalueres, med en etterfølgende vurdering av om denne virksomheten skal videreføres.

13. Sosialt ansvar – personlig alkoholatferd – avhold.

FMR er en rusgiftpolitisk organisasjon som stiller politiske krav til det samfunnet vi er en del av. Men vi stiller også krav til oss selv

Avhold er naturlig

Alkohol ingen nødvendighet. Flertallet av verdens befolkning drikker ikke alkohol. Flertallet i Norge er promillefri storparten av sin våkne tilværelse, i flertallet av situasjoner. Fravær av alkohol er en naturtilstand.

Det at mennesker har et naturlig behov for rus og løftede sinnstilstander er ikke ensbetydende med at folk alltid har dekt dette behovet med alkohol eller andre rusgifter. Mange russituasjoner er frie fra bruk av alkohol eller andre rusgifter.

Dersom folk må drikke alkohol i sosiale situasjoner, viser det at det allerede er oppstått en situasjonsavhengighet av alkohol. Den som ikke drikker må også møte de samme situasjonene og lære seg å takle dem uten alkohol.

Alkohol er potensielt skadelig og farlig for alle. De fleste alkoholbrukere har noen gang vært fulle. Så lenge alkoholbruken aksepteres, vil en del av brukerne uunngåelig havne i fyllesituasjoner, sporadisk eller regelmessig.

Fylla representerer en belastning for brukerens kropp og helse, og er en livskvalitetsreduserende faktor for alle som av og til eller ofte er utsatt for andres fyll. Enhver

fyllesituasjon er en risikosituasjon for brukeren selv og/eller for andre.

Alkoholbruk opprettholder tradisjonen

Alle varer trenger reklame. Den vellykkede måteholdsbrukeren er god reklame for den skadelige varen alkohol. Tradisjonene og kulturen rundt alkohol opprettholdes av alle som bruker alkohol. Foreldre som bruker alkohol påvirker sine barn til det samme, og svekker deres motstandskraft mot et stoff som i utgangspunktet er en av de største negative folkehelsefaktorene i landet. Den som drikker alkohol, påvirker andre til å gjøre det samme. Den som ikke drikker, påvirker andre til å la være.

Avhold fra alkohol – en kampmetode

FMR hevder at totalt avhold fra alkohol og andre rusgifter er det eneste riktige. Enten er en en del av rusgiftkulturen og er med på å holde kjemikaliepresset oppe, eller så er en ikke en del av rusgiftkulturen og da motarbeider en den.

Alle mennesker påvirker andre med atferden sin. Dersom en bruker rusgift, påvirker en som regel også andre i retning av å gjøre det samme. Bruker en ikke rusgifter, påvirker en ofte andre til å la være. Enten så blir man en del av løsningen eller så blir man en del av problemet, den omfattende alkoholkulturen.

Nøytralitet er umulig

En kan ikke holde seg nøytral i dette spørsmålet mer enn i andre spørsmål. Det er måteholdslinja og den aktive spredningen av den som får folk til å tro at det er mulig med rusgiftbruk uten at det oppstår rusgiftskader. På individuelt plan kan man kanskje med s.k. måteholden/leilighetsvis bruk tilsynelatende unngå skader. Og fra et individuelt synspunkt er et måteholdent forbruk helsemessig bedre enn et storforbruk. Men ingen kjenner sin egen sårbarhet. Og så lenge rusgifter finnes i samfunnet, vil det også finnes sårbare individer som pådrar seg problemer på grunn av det. Dersom vi virkelig vil velge side i dette spørsmålet står valget altså mellom avhold eller måtehold.

Et politisk standpunkt

Spørsmålet om avholdsstandpunktet er derfor i hovedsak et spørsmål om politisk og samfunnsmessig standpunkt og ikke bare et personlig spørsmål. Det er ikke et privat spørsmål

om en skal holde på med å styrke rusgiftkulturen eller om en skal motarbeide eller svekke den.

Ved konsekvent å nekte bruk av alkohol eller andre rusgifter oppnår vi å bryte det drikkepresset vi til daglig blir utsatt for. Vi oppnår at det blir debatt om spørsmålet der vi ferdes og at flere tar til å tenke over saken.

Ved å bygge ut og kjempe for rusgiftfrie miljø, og selv gå foran med gode eksempler, kan vi være med på å overbevise andre om at en rusgiftfri livsstil er mulig og ønskelig, og dermed også gi dem lyst og mot til å prøve selv.

Avhold er en metode for å vise solidaritet med alle rusgiftskadde, og med alle dem som kommer til å bli det som følge av den sterke alkoholtradisjonen og den utbredte alkoholspredningen i samfunnet. Men framfor alt er det en metode til å vise solidaritet med den eller de i alkoholbrukerens omgivelser, pårørende, kolleger, studiekamerater, venner, som blir utsatt for negative effekter av hans eller hennes alkoholbruk.

Frihet

Mange ønsker frihet til å velge selv om de vil drikke alkohol uten barnepiker som skal passe på. Den som er avholds velger også selv, det er ingen som tvinger oss til å la være å drikke alkohol. Men når vi framholder at alkohol i hovedsak har skadelige effekter for den enkelte og for samfunnet, øker det troverdigheten dersom vi som enkeltindivider og FMR-medlemmer også tar konsekvensen av dette ved å avstå fra all alkoholbruk.

Dessuten: Frihet er å gjøre det man vil så lenge det ikke skader andre. Alkoholproblemet skader mange, og innskrenker andres frihet. Den som er avhengig av alkohol, eller som blir utsatt for drikkepress, har heller ikke full frihet. Totalavhold er derfor et frigjøringsprosjekt både individuelt og samfunnsmessig.

Hvem trenger vår avholds-solidaritet?

- De som ønsker å holde seg borte fra alkohol på grunn av avhengighetsproblemer.
- Barn og andre pårørende av alkoholavhengige som trenger støtte og alkoholfrie miljøer.
- De som ikke kan, ikke vil eller ikke tør drikke alkohol.

- Framtidige generasjoner, ungdom som trenger å utsette eller ikke gjennomføre alkoholdebuten
- Alkoholbrukerne, som gjennom å ha alkoholmotstandere i sitt miljø påvirkes til å drikke mindre enn de ellers ville ha gjort.

Et prinsipp-spørsmål

Avhold er konsekvensen av at det ikke er "alkoholismen" og "narkomanien" som er hovedproblemet, men rusgiftpassiviseringen og de akutte rusgiftskadene blant mer og mindre måteholdne brukere, og alle skadene som rammer barn, partnere og andre i drikkerens omgivelser.

Totalt avhold er ikke bare en effektiv kampmetode, men et prinsipp-spørsmål. Vil en fullt og helt velge de undertrykte og rusgiftskaddes side i dette spørsmålet, både de som selv har avhengighetsproblemer og deres pårørende, da finnes det ingen annen rusgiftpraksis enn totalt avhold.

-----+++++++-----

Forbundet Mot Rusgift (FMR)

FMR arbeider for å redusere utbredelsen av rusgifter i samfunnet.

FMR sprer informasjon om rusgiftenes virkninger på individ og samfunn.

FMR ønsker å skape nettverk mellom personer som er engasjert i arbeidet mot rusgifter.

FMR bygger sitt arbeid på ideen om totalt avhold fra alkohol og andre rusgifter.

FMR utgir tidsskriftet Mot Rusgift.

FMR tilbyr et rikholdig informasjonsmateriale på sitt nettsted www.fmr.no.

Kontakt:	
Telefon	940 08 830
Epost	post@fmr.no
Nettside	www.fmr.no
Adresse:	Forbundet Mot Rusgift: Postboks 6723 St. Olavs plass, 0130 Oslo

