
Fra sykdom til kriminalitet – endringer i synet på rusavhengighet

MEDISINSK HISTORIE

BRITA TØNNE

britatonne@hotmail.com

Universitetet i Oslo

Brita Tønne er medisinstudent.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNE KVEIM LIE

Avdeling for samfunnsmedisin og global helse

Universitetet i Oslo

Anne Kveim Lie er førsteamanuensis.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BAKGRUNN

Ruspolitikken er for tiden i stor endring. I denne artikkelen ser vi på hvordan synet på avhengighet av illegale rusmidler endret seg de første 30 årene etter at «narkotikaproblemet» kom til Norge.

MATERIALE OG METODE

Vi har søkt i Oria, bokhylla.no og diverse databaser på de illegale rusmidlenes historie i Norge og lagt vekt på perioden 1960–90, med stortingsmeldingene fra 1976 og 1986.

RESULTATER

Frem til midten av 1960-årene hadde landet kun et fåtall opiatmisbrukere. Det dreide seg i all hovedsak om misbruk av medikamenter forskrevet av lege, og det ble oppfattet som et internt problem for helsevesenet. Med ungdomsopprøret i slutten av 1960-årene kom rekreasjonell bruk av illegale midler til Norge, noe som førte til stor offentlig bekymring. Dette ble nå

oppfattet som et betydelig samfunnsproblem med sosiale og samfunnsmessige årsaksforklaringer og ble derfor gjenstand for en stortingsmelding (1976). I den neste stortingsmeldingen (1986) ble idealet om et narkotikafritt samfunn fremmet for første gang, med allmennpreventive hensyn og strenge strafferammer som viktige virkemiddel.

FORTOLKNING

Fra starten av 1960-årene til slutten av 1980-årene ble «narkotikaproblemet» forstått på ulike måter. I begynnelsen av perioden ble det primært formulert som et medisinsk problem. Fra slutten av 1960-årene ble det forstått primært som et sosialt problem, forårsaket av endringer i samfunnet, mens det fra slutten av 1970-årene og til slutten av 1980-årene var et problem der kontroll utgjorde det viktigste virkemidlet.

I mars 2018 oppnevnte regjeringen et utvalg som skal forberede gjennomføringen av rusreformen – en reform som skal overføre samfunnets reaksjon på bruk og besittelse av narkotiske stoffer fra justissektoren til helsesektoren [\(1\)](#). Førstehjelpstjenesten for rusavhengige skal være helsevesenet fremfor politiet. «Rusavhengige skal møtes med helsehjelp og respekt – ikke med straff og fordømmelse», sier helseminister Bent Høie [\(1\)](#). Rusreformen signaliserer en betydelig endring i norsk ruspolitikk.

Det er imidlertid ikke første gang det har skjedd store endringer i rusfeltet. I denne artikkelen ønsker vi, inspirert av dagens debattklima, å gå tilbake i tid og undersøke den første tiden etter at «narkotikaproblemet» kom til Norge. Narkotikaproblemet var betegnelsen Stortinget selv benyttet i den første stortingsmeldingen om narkotikapolitikken, etter at rekreasjonell bruk av narkotika kom til Norge fra midten av 1960-årene [\(2\)](#).

Gjennom å konsentrere oss primært om to stortingsmeldinger, fra 1976 og 1986, argumenterer vi for at narkotikaproblemet ble formet som et medisinsk problem frem til 1960, fra 1965–85 primært som et sosialt og sosialmedisinsk problem, før det hovedsakelig ble et strafferettslig problem fra midten av 1980-årene.

Metode

I april 2017 ble det gjennomført litteratursøk i samarbeid med bibliotekar på historien til de illegale rusmidlene i Norge. Vi har søkt etter artikler og bøker om rusavhengighet og illegale rusmidler i Oria, NORART, Svemed, Web of Knowledge og Sociological abstracts samt i de digitale tjenestene bokhylla.no og statsmaktene.no.

Begrepsbruk og avgrensning

Vi har i denne artikkelen forsøkt å bruke den terminologien som forekommer i litteraturen vi omtaler på de enkelte tidspunkt. Den første stortingsmeldingen har «stoffavhengighet» som den viktigste betegnelsen. Her ble det fremhevet at det til tross for den «store utbredelse og svære bruk av psykoaktive stoffer» bare var de færreste som ble virkelig avhengige (2), s. 16). Stedvis omtales imidlertid både eksperimentell bruk og problematisk bruk som «misbruk». I den andre stortingsmeldingen er det «narkotikamisbruk» som er det viktigste begrepet, og det defineres eksplisitt som «all illegal ikke-medisinsk bruk» av stoffer som falt inn under narkotikaforskriften (3), s. 18). Det er mange likhetstrekk, men også mange forskjeller mellom politikken og tiltakene som føres og har blitt ført mot legale og illegale rusmidler (4). Av plasshensyn har vi imidlertid valgt å ikke diskutere legale rusmidler som alkohol i denne artikkelen.

Legemidler og avhengighet – et medisinsk problem

Opium er et av de eldste legemidler vi kjenner. Opium og dets derivater var vanlig å finne i de fleste norske hjem på 1800-tallet og ble sett på som et ufarlig middel brukt både for alvorlige sykdommer og lette plager (5). Morfin ble isolert fra opium i 1803 og ble et allment tilgjengelig og populært legemiddel da injeksjonssprøyten kom på midten av 1800-tallet (5). Morfininjeksjoner ble i USA betraktet som et universalmiddel (6), og i Norge ble det innrettet behandlingssteder for «morfinister» på slutten av 1800-tallet (7).

Mennesker med lett tilgang til opiater, som leger og annet helsepersonell, deres koner og naboer, utgjorde en stor andel av de første opiatavhengige (6, 8, 9). Andre ble avhengige ved at de hadde fått opiater som behandling for sykdom (9). Da diacetylmorfin ble lansert av legemiddelselskapet Bayer under navnet Heroin (fra *heroisch* eller *heroisk*) på slutten av 1800-tallet (5, 10), ble det fremmet som mindre vanedannende (6, 11). Dette har vist seg å være en gjenganger ved introduksjonen av nye sentralvirkende legemidler, som da nye syntetiske legemidler med søvngivende og beroligende egenskaper kom på markedet på begynnelsen av 1900-tallet (5), og da de syntetiske opioidene ble aggressivt markedsført i USA fra 1990-årene. De sistnevnte er i dag antagelig hovedansvarlig for den såkalte opioidepidemien i USA (12).



Figur 1 «Ungdomsnarkomane» foran Oslo domkirke i 1973. Da ulovlige rusmidler fikk sitt inntog i Norge på slutten av 1960-årene, var det i form av et hippieinspirert ungdomsopprør, med ungdom i gjenger som hovedsakelig røyket cannabis. Foto: Aftenposten / NTB Scanpix

Fra 1950-årene ble det observert et økende misbruksproblem og et begynnende illegalt salg av vanedannende medikamenter i Norge (2). Helsedirektoratet fant i en undersøkelse fra 1956 at det var 300 kjente misbrukere i morfingruppen og 400 misbrukere av legemidler, hovedsakelig barbiturater (8, 9). Misbrukerne bestod av helsepersonell, pasienter og en «psykisk og sosialt særlig sårbar gruppe» som brukte stoffene i «nytelshensikt» (8), s. 31). Det faktiske antallet var antakelig høyere enn det som kom frem i undersøkelsene, men likevel hadde Norge et relativt lavt misbrukstall i internasjonal målestokk ((6,

8, 13, 14). Misbrukernes problemer ble først og fremst sett som et problem for helsemyndighetene (8). Avhengigheten var til en viss grad skapt og opprettholdt av helsevesenet, og det ble sett på som deres ansvar å ta vare på de avhengige. Behandlingen bestod av innleggelse i psykiatriske sykehus samt noe ambulerende behandling der én bestemt lege påtok seg det medisinske ansvaret for den narkomane (2, 15).

Tiltakene for å begrense legemiddelmisbruk gikk ut på å regulere lover som påvirket legers utskrivningspraksis, samt å gjøre privat import forbudt (8, 16). Opium, morfin og visse andre stoffer ble underlagt reseptplikt fra lege i 1874 (16). I 1957 ble det forbudt for leger å forskrive bedøvende midler på en «uforsvarlig måte» (5, 16). I 1961 opprettet man Statens klinikk for narkomane, et spesialsykehus for behandling av narkomani (17). Klinikken var en av de første i sitt slag i Europa, og ifølge daværende helsedirektør Karl Evang ble den opprettet «nærmest som et eksperiment», da den hadde lite til felles med rådende behandling i psykiatriske klinikker ((15), s. 35).

Da «ungdomsnarkomanien» kom til Norge

I midten av 1960-årene dukket det opp en helt ny type bruk og brukere av rusmidler i Norge. Ungdom inspirert av hippiebevegelsen i USA møttes i Slottsparken i Oslo for å dyrke fellesskap, musikk og litteratur. En del av dem ruset seg også på cannabis, LSD og amfetamin (2, 5, 9). I starten gjaldt dette hovedsakelig ungdom fra middelklassen, men med tiden spredte stoffbruken seg til hele landet og til alle sosiale klasser (2, 5). Det vakte allmenn bestyrtelse at ungdom eksperimenterte med ukjente og ulovlige stoffer. Cannabis hadde vært forbudt i Norge siden 1928, men var tilnærmet ukjent her til lands frem til midten av 1960-årene (16). Kunnskapen både nasjonalt og internasjonalt om disse stoffenes virkning og effekt var mangelfull (2, 5). Noen av ungdommene ble avhengige av de nye stoffene, og landet hadde med dette fått en ny type stoffavhengige.

Et uttrykk for den økende bekymringen var at Statens institutt for alkoholforskning (SIFA, nå SIRUS) i 1968 startet årlige spørreundersøkelser blant ungdom i alderen 15–20 år. Frem til 1973 viste undersøkelsene en sterk økning i prosentandelen unge som hadde prøvd cannabis (18). I desember 1965 fikk Norge sin første straffesak om cannabis, og i 1966 ble den første ungdomsnarkomane innlagt på Statens klinikk for narkomane (2, 9). Ifølge sosiologen Brit Bergersen Lind gikk narkotikaproblemet fra å være et ekspertproblem til å bli et «brennaktuelt samfunnspolitisk tema» (8), s. 37). Avisene slo fenomenet stort opp med ekstreme fremstillinger og reportasjer som belyste de mest problematiske sidene av ungdoms stoffbruk ((4, 5, 8). Forestillingen om at stoffene ungdommene brukte var svært skadelige og farlige, fikk politisk gjennomslagskraft og skapte frykt og panikk i befolkningen (2, 8).

I 1969 ble Sentralrådet for Bekjempelse av Narkotikaondet (senere kalt Sentralrådet for narkotikaproblemer) opprettet fordi man ønsket å koordinere og styrke det offentliges innsats innen narkotikasektoren (2). Rådet var et

interdepartementalt organ med administrativ tilknytning til Sosialdepartementet og Helsedirektoratet, fordi ungdomsnarkomanien hovedsakelig var ansett som et «sosialmedisinsk og sosialpsykiatrisk problem» ((2), s. 25).

Den nye bekymringen førte til endringer i lovverket (9, 16). I 1968 kom for første gang bestemmelser for narkotika inn under straffeloven. Overtredelser kunne nå straffes med bøter og fengsel i inntil seks år (9, 16). Straffelovrådet ble bedt om å komme med innstilling til den nye narkotikaloven, fordi det var behov «for høyere strafferammer for organisert smugling og omsetning» (9), s. 73). Likevel var det debatten om hvorvidt *bruk* av narkotika skulle gjøres ulovlig, som ble viet mest plass i innstillingen ((9). Med utgangspunkt i psykiateren Nils Bejerots epidemimodell betraktet straffelovrådet narkomani som «smittsomt», med salg mellom brukere og ikke-brukere som den viktigste smitekilden. For å redusere «smitten» og skremme folk fra å begynne å ruse seg argumenterte de for at bruk burde gjøres ulovlig (9). Bruk av narkotika kunne fra 1965 straffes med bøter og fengsel i inntil to år med hjemmel i legemiddeloven. Den avhengige var ikke lenger først og fremst en pasient, det var også en som begikk en straffbar handling. I 1972 ble strafferammen for narkotikalovbrudd under straffeloven økt til ti år (19).

Narkotikaproblemet – et sosialmedisinsk problem

I perioden 1965–75 synes de sterkest vektlagte årsakene til, definisjonene av og løsningene på «ungdomsnarkomanien» å være av sosialmedisinsk art. I etterkrigstiden begynte velferdsstaten å ta form, og sosialmedisinen hadde fått fotfeste bl.a. gjennom innflytelse av helsedirektør og sosialmedisiner Karl Evang (9). Ungdomsnarkomanien kom i stor grad til å bli oppfattet som et sosial(medisinsk) anliggende (9). I tråd med sosialmedisinens tanke om at sykdomsårsaker i stor grad ligger i omgivelsene, ble stoffavhengighet (som var meldingens foretrukne begrep) i denne perioden ikke først og fremst en privatsak, men et «sosialt problem» (9). I 1976 kom den første stortingsmeldingen på narkotikaområdet, *Om narkotikaproblemet* (2). I innledningen ble det nye narkotikaproblemet beskrevet som et «helse- og samfunnsproblem».



Figur 2 Rusavhengige på «Plata» i Oslo i 2003. Den åpne russcenen for de mest belastede, injiserende avhengige i Oslo ved begynnelsen av 2000-tallet sto i stor kontrast til ungdomsopprøret 30 år tidligere. Foto: Aftenposten / NTB Scanpix

«Misbruk av avhengighetsskapende stoff er et symptom og ikke noen klar avgrenset sykdomsenhet» het det i stortingsmeldingen (2), s. 42). Det var altså den såkalte symptomteorien som var dominerende, og ikke en sykdomsteori. Misbruket ble i all hovedsak forstått som et symptom på personlige, familiære og sosiale problemer som førte til «mistrivsel og mistilpasning» ((2), s. 52). Blant de unge som utviklet «alvorlig avhengighet» mente man å se en økt forekomst av disse symptomene ((2). At det industrialiserte samfunnets krav til ungdommen kunne føre til en følelse av fremmedgjøring, ble også fremhevet som årsak (2). Det sosiale aspektet for å utvikle stoffmisbruk og senere avhengighet ble vektlagt, både i den enkeltes personlighet, men også i sosiale relasjoner og samfunnsstrukturen.

Ifølge stortingsmeldingen samlet de unge narkomane seg i grupper eller gjenger hvor stoffbruk var akseptert, og bruken spredte seg innad i gjengen. «Smittekildeteorien» som strafferådets innstilling viste til, hadde mange tilhengere i 1960-årene. Teorien gikk ut på at enhver misbruker av narkotiske stoffer var en potensiell smittekilde for de rundt seg (2, 5, 8, 9).

I stortingsmeldingen gikk man bort fra denne «forenklede» smittekildeteorien og forsto den i stedet innenfor sosiologiske og samfunnspsykologiske rammer på gruppenivå, da det var «mere vedkommende gruppe som stimulerer spredningen, enn den enkelte som er blitt avhengig» ((2), s. 30). En slik epidemiologisk tankegang egnet seg godt «for fenomener med mange og komplekse årsaksfaktorer» ((2), s. 31). Målet var å begrense tilgjengeligheten av narkotika, redusere den sosiale aksepten, interessen og behovet for narkotika og å minske komplikasjonene for de som ble narkomane. Forebygging skulle skje på mange fronter: Tilgjengelighet skulle reduseres gjennom straff for omsetning og ved å innskrenke legers forskrivningsrett. De sosiale årsakene skulle bøtes på ved ulike sosiokulturelle tiltak, som

mobilisering av lokalsamfunn, undervisnings- og opplysningstiltak, oppsøkende virksomhet i belastede ungdomsmiljøer samt opprettelse av ungdomsklubber.

De unge avhengige ble i stortingsmeldingen fremstilt som en gruppe som manglet motivasjon og var vanskelig å behandle (2). Man ønsket ikke å opprette særomsorg for denne pasientgruppen, de skulle behandles i allerede eksisterende tilbud. Et forslag var å styrke tiltaksapparatet med et spesialutdannet tverrfaglig team bestående av 3–4 personer ved aktuelle psykiatriske sykehus (2). Allerede i midten av 1970-årene ble samfunnsutviklingen kritisert for å være «strafferettsdominert» (8). 10 % av fengselsinnsatte var da stoffmisbrukere, innsatt for brudd på legemiddeloven (2).

Narkotikaproblemet – et strafferettslig problem

Utover 1970-årene fortsatte innsatsen mot «narkotikaproblemene». I 1979 og 1982 kom det to stortingsproposisjoner fra henholdsvis Sosialdepartementet og Justis- og politidepartementet, der en rekke ekstra tiltak og bevilgninger for å øke innsatsen ble foreslått (20, 21). Ungdomsmisbruket hadde fortsatt å øke (21). Heroin hadde kommet på markedet for fullt og delvis erstattet andre rusmidler, mens antallet personer i etablerte misbruksmiljø holdt seg stabilt (18, 21). Proposisjonene la spesielt vekt på økt vinningskriminalitet blant stoffmisbrukerne for å finansiere eget misbruk, og at en stor andel av innsatte i fengsel var stoffmisbrukere (20, 21). Tilførselen av narkotiske stoffer til landet økte og bar preg av profesjonell virksomhet, og den store fortjenesten førte til at også andre kriminelle begynte med narkotikahandel. Hjelpetrengende ble avvist fordi belastningen på det sosiale og medisinske hjelpeapparatet ble for stort (21). Det vokste frem et mer synlig narkotikamiljø i Oslo med åpenlys heroinomsetning (22).

Utviklingen mot et stadig høyere straffenivå må sees i sammenheng med internasjonale strømninger. Allerede i 1971 lanserte USAs president Nixon stoffavhengighet som «the public enemy number one», og på slutten av tiåret startet USA en internasjonal kampanje (23). På denne tiden fikk også radikale strømninger i Sverige betydelig innflytelse (24). I 1981 økte strafferammen for grove narkotikaovertrедelser til 15 år, og i 1984 ble den økt til lovens strengeste straff, 21 år (16, 19). Samtidig ble all overdragelse, herunder oppbevaring av narkotika, flyttet inn under straffeloven (3). Dermed ville enhver som oppbevarte 1–2 brukerdoser over noe lengre tid nå kunne bli siktet under straffeloven i stedet for under legemiddeloven (19). Straffeloven var hovedsakelig tiltenkt bakmenn som stod for import og spredning av narkotiske stoffer, men majoriteten av de domfelte var stoffmisbrukere selv (3). Det var ingen parti på Stortinget som tok til orde for en *lavere straff* enn det som var offisielt foreslått, og ulike politikere foreslo radikale tiltak, som utsendelse av de narkomane. Det kriminologiske miljøet med Nils Christie i spissen beskrev situasjonen som en «moralsk panikk» (25).

I 1986 kom den andre stortingsmeldingen, *Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken* (3). Regjeringen trakk frem utviklingen blant de hardest rammede som særlig skremmende. I meldingen var det eksplisitt skrevet at man ikke ønsket å gå inn på de «terminologiske problemene», og narkotikamisbruk ble definert som «all illegal ikke-medisinsk bruk» av stoffer som straffelovgivningen hadde betegnet som narkotika ((3), s. 17–8). Det ble påpekt at medienes krisebeskrivelse hadde den «bivirkning» at folk flest undervurderte faren for avhengighet, fordi man ikke identifiserte bruk av midlene i nytelseshensikt som misbruk. At noen forsvarte bruk av cannabis, ble vektlagt som «et av de mest alvorlige trekk ved dagens situasjon» ((3), s. 25). Dette fordi cannabisbruk kunne gi betydelige skadevirkninger hos den enkelte, i tillegg til at det var ulovlig. Ved å sidestille individets potensielle helseskade med alvoret i å bryte loven ble den strafferettslige tolkningen satt i sentrum. Selv om meldingen som helhet preges av den strafferettslige tolkningen, er den også tydelig på at definisjonen på rusavhengighet vil variere avhengig av om innfallsvinkelen er medisinsk, juridisk, farmakologisk, moralsk eller sosial.

I stortingsmeldingen ble for første gang målsettingen om et narkotikafritt samfunn (som var hentet fra Sverige) formulert i et offentlig dokument (3). Meldingen slo fast at det var «kontrollsidene» som hadde blitt sterkest vektlagt i Norge, i form av økte strafferammer, politi og tollvesen (3). Tilgang og etterspørsel ble satt i sentrum. Narkotikatilgangen skulle reduseres gjennom kontrolltiltak regulert av politi- og rettsvesen, tollvesen og legemiddelforskrivning. Etterspørselen skulle reduseres ved at lovendringene hadde «allmennpreventiv effekt». Gjennom trusselen om straff knyttet til bruk og etterspørsel av narkotika skulle folk flest forstå at det gjaldt å holde seg langt unna (3).

Forebygging av de store samfunnsmessige problemene og menneskelige lidelsene knyttet til narkotikamisbruk ble ansett som et viktigere hensyn enn ulempen kriminaliseringen medførte for de alvorligst rammede (3). Videre ble det argumentert for at den restriktive kontrollpolitikken var en av årsakene til at misbruksnivået i Norge var lavt sammenlignet med land med mer liberal holdning. Noe av skylden for at de dårligste ble rammet, var også at tiltaksapparatet var for dårlig regulert: Misbrukerne havnet i fengsel i stedet for å komme i behandling. Ansvarsfordelingen var uklar og personen ble kasteball mellom ulike tiltak. Dermed fikk politiet eneansvar for vanskeligstilte misbrukere, og sosiale problemer ble forskjøvet til kontrollapparatet (3).

Meldingen foreslo også å etablere en samordningsgruppe som skulle «utarbeide prinsipper for integrering av rusmiddelproblemer helhetlig i sosial- og helsevesenet» ((3), s. 33). Disse tiltakene skulle gjelde både alkohol- og stoffmisbruk, som felles ble definert som «rusmiddelproblemer». Med dette la stortingsmeldingen grunnlaget for sentrale prinsipp som skulle prege rusmiddelfeltet videre.

Mot en ny politikk

Utviklingen etter 1986 har vært preget av store endringer i norsk rusmiddelpolitikk. Det begynte med skadereduksjon i form av utdeling av rene sprøyter allerede i 1988 i kjølvannet av hiv/aidsepidemien. I tillegg kom økende overdosedødsfall samt økt oppmerksomhet rundt en generelt forverret helsetilstand hos de tyngste misbrukerne (4, 26). Selv om målsetningen om et narkotikafritt samfunn ble fremholdt i stortingsmeldingen fra 1997, la denne meldingen vekt på skadereduserende tiltak for den individuelle misbrukeren (25, 27). Vedlikeholdsbehandling med metadon ble et landsomfattende tilbud i 1998, men med strenge inklusjonskriterier (22). Da hadde man hatt vedlikeholdsbehandling som tilbud i over 70 år i Storbritannia og i 30 år i New York (6, 10).

I de siste tiårene har feltet beveget seg mot en mer biomedisinsk forståelse av avhengighet. Nasjonalt og internasjonalt har rusmiddellidelser blitt definert som sykdommer med diagnosekategorier både etter rusmiddeltype (alkohol eller ulike typer illegale stoffer) og alvorlighetsgrad. Rusavhengige ble etter rusreformen definert som pasienter og fikk rettigheter etter pasientrettighetsloven i 2004. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) har blitt kraftig utvidet, og det ble i 2014 opprettet en egen medisinsk spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin (4, 22, 26).

På en måte kan vi altså si at «narkotikaproblemet» i løpet av de siste 50 årene har bitt seg selv i halen. Det som startet som et primært medisinsk problem har igjen blitt definert med medisinske diagnoser, og igjen er det politisk enighet om at de tyngste misbrukerne først og fremst må få bedre helsehjelp. Men å si at sirkelen er sluttet, er selvsagt en grov overforenkling. Tverrfagligheten, som ble innført i det vi kalte den sosialmedisinske perioden, står fremdeles sterkt. Som i medisinen for øvrig har brukerstemmer kommet inn som et viktig korrektiv både til politikere og til behandlingsfeltet. Historien gjentar seg aldri. Men i perioder med store endringer, slik vi nå ser i ruspolitikken, kan historien bidra med forståelse for hvordan vi har kommet dit vi er i dag.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Hovedfunn

Før 1965 var opiatavhengighet i all hovedsak iatrogen skapt og ansett som helsevesenets problem, ikke et samfunnsproblem.

I slutten av 1960-årene kom «ungdomsnarkomanien» til Norge, og det nye «narkotikaproblemet» ble i 1970-årene hovedsakelig forstått som et symptom på sosiale og personlige problemer.

Fra slutten av 1970-årene ble det lagt stadig mer vekt på kontrolltiltak, strafferammene økte, og idealet om et narkotikafritt samfunn ble offentlig politikk i 1986.

LITTERATUR

1. Regjeringen.no. Utvalg skal forberede ny rusreform.
<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/utvalg-skal-forberede-ny->

rusreform/id2594838/ Lest 8.1.2019.

2. Meld. St. 66 (1975–1976). Om narkotikaproblemer.
3. Meld. St. 13 (1985–1986). Om narkotikaproblemene og narkotikapolitikken.
4. Schiøtz A. Rus i Norge; politiske og medisinske tilnærminger i historisk lys. Tidsskrift for velferdsforskning 2017; 20: 4–26. [CrossRef]
5. Hauge R. Rus og rusmidler gjennom tidene. Oslo: Universitetsforlaget, 2009.
6. Courtwright DT. Dark paradise: a history of opiate addiction in America. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2001.
7. Schjønby HP. Fra opiumsetere til morfinister—to historier fra 1800-tallet. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1874–5. [PubMed][CrossRef]
8. Lind BB. Narkotikakonflikten: stoffbruk og myndighetskontroll. Oslo: Gyldendal, 1974.
9. Sundøen LA. De første narkomane. Masteroppgave. Oslo: Institutt for filosofi, idé- og kunsthistorie og klassiske språk, Universitetet i Oslo, 2011.
10. Mold A. Heroin : the treatment of addiction in twentieth-century Britain. DeKalb, IL: Northern Illinois University Press, 2008.
11. United Nations Office on Drugs and Crime. History of Heroin. www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/bulletin/bulletin_1953-01-01_2_page004.html Lest 18.1.2018.
12. Katel P. Opioid Crisis: Can recent reforms curb the epidemic? CQ Researcher 2016; 26: 817–40.
13. Pedersen W. En fremmed på benken: essays. Oslo: Universitetsforlaget, 2010.
14. Evang K. Bruk og misbruk av legemidler. Oslo: Tiden norsk forlag, 1965.
15. Evang K. Aktuelle narkotikaproblemer: marihuana, LSD, sentral-stimulerende midler, sniffing o.l. Oslo: Tiden, 1967.
16. Hauge R. Drug control policies. I: Skog OJ, Waahlberg RB, Rusmiddeldirektoratet, red. Alcohol and Drugs: The Norwegian Experience. Oslo: National Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug Problems, 1988: 134–40.
17. Statens klinikk for narkomane. 10 års jubileumsskrift. Oslo: Statens klinikk for narkomane, 1971.
18. Vedøy TF, Skretting A. Ungdom og rusmidler: resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1968–2008. Oslo: SIRUS, 2009. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/sirusrap.5.09.pdf> Lest 8.1.2019.

19. Spetalen L. Strafferammer og straffenivå ved narkotikalovbrudd. Masteroppgave. Oslo: Det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo, 2012.
 20. Prop. St. 21 (1981–1982). Tilleggsbevilgninger for 1981 til økt innsats mot narkotikaproblemer.
 21. Prop. St. 138 (1978–1979). Om plan for økt innsats mot narkotikaproblemer og om endringer i statsbudsjettet og trygdebudsjettet for 1979.
 22. Olsen T, Ringnes T. Slik har norsk ruspolitikk endret seg gjennom 150 år. Aftenposten 21.10.2016. <https://www.aftenposten.no/norge/i/4A36V/Slik-har-norsk-ruspolitikk-endret-seg-gjennom-150-ar> Lest 30.1.2018.
 23. Courtwright D. Drug Legalization, the Drug War, and Drug Treatment in Historical Perspective. *J Policy Hist* 1991; 3: 42–63. [CrossRef]
 24. Edman J. Vård och ideologi: Narkomanvården som politiskt slagfält. Umeå: Boréa Bokförlag, 2012.
 25. Christie N, Bruun K. Den gode fiende. Oslo: Universitetsforlaget AS, 1985.
 26. Skretting A. Governmental conceptions of the drug problem. *The journal of Nordic Centre for Welfare and Social Issues* 2014; 31: 5–6.
 27. Meld. St. 16 (1996–1997). Narkotikapolitikken.
-

Publisert: 21. oktober 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0098

Mottatt 31.1.2019, første revisjon innsendt 4.6.2019, godkjent 23.7.2019.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 1. januar 2026.