

RIO-RAPPORTEN

PORTUGAL PÅ NORSK

ET KUNNSKAPSSAMMENDRAG FOR VARSLET NARKOTIKAPOLITISK
REFORM FOR BRUK OG BESITTELSE AV ILLEGALE RUSMIDLER

Kenneth A. Johansen, Ayna B. Johansen, Dagny Adriaenssen Johannessen.

RIO Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon;
Senter for rus- og avhengighetsforskning, SERAF;
OsloMet – Storbyuniversitet



INNHOOLD

BAKGRUNN	4
Kriminalisering, et problem?	4
Portugal som 'best practice'?	5
METODE	6
Prosedyre	6
Utvalg og datagrunnlag	7
RESULTATER	7
'Portugal-modellen'	7
Frarådingskommisjoner	9
Utfall av kommisjonens utredninger	10
Status etter implementering av "Portugal-modellen"	11
Rusbruk	11
Dødelighet	15
Smittsomme sykdommer	16
DISKUSJON	16
Epidemiologiske og systemiske forskjeller	16
«Krigen-mot-narkotika»	18
Forebygging	19
Begrensninger	21
Oppsummering og konklusjon	21
REFERANSER	23

«Det er vanskelig å utpeke en kausal forbindelse mellom avkriminalisering i seg selv og de positive tendensene vi ser Det er en helhetlig pakke. Den største effekten har vært at vi har fjernet roten til stigmaet for ruslidelser, noe som lar folk tale fritt og søke profesjonell hjelp uten frykt for sanksjoner.»

Dr. Joao Goulao,
Direktør ved SICAD

BAKGRUNN

Et flertall på Stortinget vil avkriminalisere besittelse og bruk av illegale rusmidler, inspirert av Portugals reform fra 2001 (Johnsen, 2018). Portugal flyttet besittelse og bruk av mindre kvanta¹ illegale rusmidler fra straffe- til sivilretten, samtidig som de økte kapasiteten på tiltaksapparatet. Denne prosessen i Portugal har blitt en viktig referanseramme i debatten om narkotikapolitisk reform.

Helseminister Bent Høie planlegger å sette ned et offentlig utvalg (NOU) for å utrede en implementering av 'Portugal-modellen' neste stortingsperiode (Skårderud, 2017). I den anledning er det betimelig å bidra til kunnskapsgrunnlaget for en mulig narkotikapolitisk reform i Norge. Norge skiller seg fra Portugal på måter som kan ha betydning for den norske modellens utfall. Kunnskap om hvilke utfall som sannsynligvis kommer av de forskjellige politiske tiltakene er derfor nødvendig for å oversette modellen til norske forhold. Slik innsikt forutsetter en oversikt og forståelse for både de lokale, portugisiske og norske forholdene. I tillegg foreligger ny kunnskap om utfall av 'Portugal-modellen' som ikke er oppsummert på norsk. Hensikten med herværende kunnskapsoppsummering er å øke kunnskap om temaet som kan bidra til felles forståelse hos beslutningstakere. Kunnskapens epistemiske integritet, eller basis i prinsippene som ærlighet, forsiktighet, åpenhet og frihet, kan tilføre nye perspektiv og bidra til et godt klima for den politiske utviklingen (Douglas, 2009; De Winter & Kosolovsky, 2012). Hensikten med den herværende rapporten er derfor å oppsummere lokal og vitenskapelig kunnskap om modellen, og se denne i forhold til diskusjonen om narkotikapolitisk reform i Norge.

Kriminalisering, et problem?

FN-kontoret for Narkotika og Kriminalitet (UNODC), ber medlemslandene prioritere behandling fremfor straff for rusavhengige (UNODC, 2009). Likeledes har FN og Verdens Helseorganisasjon (WHO) bedt om revisjon og opphevelse av lover som diskriminerer i helsevesenet, inkludert kriminalisering av besittelse og bruk av illegale rusmidler (WHO, 2017). Redaktørene i British Medical Journal og Tidsskriftet for Den Norske Legeforening deler denne holdningen (Godlee & Hurley, 2016; Slagstad, 2016) og brukerrepresentanter mener at norsk straffeprosedyre for bruk og besittelse er i strid med prinsippet om at rusavhengige skal møtes med helsehjelp (Bjørnstad, Hårvik, Knutsen, Krebs, Nafstad, Sollie, Spinnangr & Storaas, 2016).

Et anstrengt forhold mellom brukere og nødetater kan være resultat av en kriminalisering, der den er med å svekke effektiviteten på ytelse av helsehjelp i forbindelse med overdosesituasjoner. Brukere kan for eksempel være redde for å kontakte politiet når noen har tatt en overdose, mange frykter sanksjoner. Politiet og Porsgrunn kommune startet som konsekvens av dette et felles prosjekt for å få ned overdoser i kommunen. Nødetatene så konsekvensene av dette, som at brukere fraktes til legevakt av bekjente i stedet for å ringe ambulanse. Brukere rapporterer likeledes at de kan risikere å bli "dumpet fra

¹ Under ti brukerdoser.

bopælen de har tatt overdose på” før det ringes ambulanse (Fragell, 2014).

Økonomiske sanksjoner for bruk og besittelse kan utgjøre en barriere for tilfriskning. Noe eksakt tall på hvor mange som soner for bøter de har fått for brudd på legemiddeloven finnes ikke, men det er naturlig å anta at en del har problemer med å betjene bøter som dermed blir til fengselsdommer eller såkalte ‘bøtesoninger’. NRK rapporterte nylig at det over en fem års periode var gitt bøter for 48 millioner kroner til rusavhengige, blant annet i arbeidet med å løse opp de åpne rusmiljøene i Oslo og Bergen (Larsen, 2016). Ifølge SSBs levekårsundersøkelse blant innsatte for 2015 har åtte av ti innsatte gjeld, og mange av en art som er vanskelig å håndtere etter endt soning (Revol, 2015).

For 2015 ble det av Statistisk Sentralbyrå rapportert om 7796 straffereaksjoner inkludert 224 fengselsdommer der legemiddeloven §24 står oppført som hovedlovbrudd. I tillegg ble 1171 fengselsdommergitt for brudd på narkotikaloven, som omfatter omsetning og besittelse av kvanta større enn bestemt for besittelse og bruk. I tillegg var det i 2015 650 fengslinger for grov overtredelse av narkotikaloven (ssb.no/straff). En ny studie viste at omtrent halvparten av innsatte i norske fengsler hadde daglig bruk av illegale rusmidler før innsettelse, og at behandlingstilbudet er for lite utbygget til å møte problemene deres. Dødeligheten er særdeles høy like etter løslatelse. I tidsperioden mellom år 2000 og 2015, mistet 493 personer livet av overdose de første seks månedene etter løslatelse (Bukten, Stavseth, Skurtveit, Tverdal, Strang & Clausen, 2017).

Portugal som ‘best practice’?

I Portugal er det ingen straffereaksjoner for besittelse og bruk av illegale rusmidler, ettersom besittelse og bruk er avkriminalisert og ikke lenger befinner seg i strafferetten. Forbudet gir politiet mandat til å henvise den pågrepne, som har under ti brukerdoser, til oppmøte for en tverrfaglig nemnd som kan veilede, henvise til behandling samt stille krav til personen. ‘Portugal-modellen’ regnes som ‘best practice’ av det internasjonale narkotikakontrollstyret (Sipp, 2015).

Den portugisiske avkriminaliseringen anses som et konseptuelt og human-etisk gjennombrudd der stoffbrukere kom til å bli sett på som personer som trenger hjelp og sosial omsorg fremfor straff (Beyrer, et al. 2010). Dette betyr at etiske hensyn veier tungt i vurderingene av potensiell kostnad mot nytteverdi. Endringene må ses som del av en internasjonal trend der flere land de siste femten årene har myket opp samfunnets reaksjoner på bruk av illegale rusmidler (Eastwood, Fox, & Rosmarin, 2016).

‘Portugal-modellen’ har blitt lovpriset (Greenwald, 2009), og fordømt (Coelho, 2010). Selv om de seneste analysene fra det Europeiske narkotikaovervåkningscenteret (European monitoring centre; EMCDDA) viser at antallet nye brukere som prøver rusmidler har blitt redusert (EMCDDA, 2017) viste tallene fra 2001 til 2007 at antall personer mellom 15 og 64 år som hadde prøvd rusmidler hadde økt (Hughes, C. E., & Stevens, A., 2010). Analyser av

'Portugal-modellen' har derfor blitt kritisert for å kunne leses «litt som man vil» (Olsen, 2017). I den pågående revisjonen og oppdateringen av narkotikapolitikken er det derfor viktig å vurdere hva vi kan forvente dersom modellen innføres i Norge. I tillegg må det vurderes i hvilken grad aspekter av Portugals lovendring bør justeres for norske forhold. I den sammenheng trenger vi å systematisere og oppsummere eksisterende kunnskap om effekten av 'Portugal-modellen', samt å diskutere den i sammenheng med kunnskap om norske utfordringer, system og praksis.

METODE

For å etablere en kunnskapsbase, samt oppsummere den politiske prosessen og dens utfall, har vi samlet relevant litteratur om mulige konsekvenser av Portugals narkotikapolitiske reform. Gjennom å oppsummere resultatene fra et litteratursøk fokuserer denne rapporten på en beskrivelse av Portugals endringer. Studierapporter som har blitt inkludert i oppsummeringen tar for seg: a) prosesser, analyser og evalueringer som ledet fram til reformen, og b) mulige konsekvenser av reformen. Oppsummeringen av funn fra litteraturgjennomgangen vil holde fokus på utfall på rusbruk, dødelighet og smittsomme sykdommer. Vi gjorde et strukturert litteratursøk, som gir et pålitelig grunnlag til å besvare et fokusert forskningsspørsmål. Prosessen inkluderer identifikasjon, oppsummering og evaluering av studierapporter som inkluderes i litteraturgjennomgangens søkeresultat (Bolderston, 2008).

Prosedyre

For å identifisere relevante studierapporter gjorde vi et strukturert litteratursøk i 3 databaser som dekker tidsskrifter innen fagfelt som sosialt arbeid, sosiologi, kriminologi og helse: Social Science Citation Index, SocINDEX og Academic Search Premier. Vi benyttet søkestrengen (decriminal* OR "drug policy") AND (Portugal*)², og søket ga totalt 43 treff basert på de 3 ovennevnte databasene. 7 artikler ble ekskludert grunnet språk (Portugisisk), 9 var dubletter og 18 ble ekskludert etter gjennomlesing av sammendrag.

Utvalg og datagrunnlag

Det endelige utvalget bestod av 9 fagfelleverderte artikler publisert i akademiske journaler. Vi har også brukt statistikkbanken til EMCDDA for å se på morbiditet og mortalitet i tiden fra reformen i 2001 og frem til siste registrerte tall.

I tillegg har vi inkludert relevante referanser fra de studierapportene som ble søkt fram i litteratursøket, samt analyser presentert på symposiet om 'Portugal-modellen' på 'Lisbon Addictions 2017', en konferanse holdt i Lisboa oktober 2017. Vi intervjuet i tillegg representanter fra narkotikadirektoratet (SICAD), Universitetet i Porto og Dianova Portugal. Oppsummeringer av hver enkelt vitenskapelige artikkel er presentert i Tabell 1. En syntese av artiklene og tilgjengelige rapporter, analyser presentert på Lisbon Addictions 2017, samt relevante referanser hentet fra artiklene i litteratursøket presenteres samlet under

2 Søkestreng brukt i SocINDEX

RESULTATER

‘Resultater’.

‘Portugal-modellen’

På 1980 og 1990-tallet vokste rusavhengighet til å bli et omfattende helseproblem i Portugal, spesielt blant brukere som injiserte heroin (Félix & Portugal, 2017). Forekomsten av heroinavhengige i Portugal var blant den høyeste i Europa. I samme periode vokste de åpne russcenene i Portugal, og prevalensen av HIV, AIDS, tuberkulose, hepatitt og narkotikarelaterte dødsfall økte. Mellom 1990 og 1997 økte antallet stoffbrukere med AIDS fra 47 til 490 (Félix & Portugal, 2017; Hughes & Stevens, 2010; Laqueur, 2015; Pombo & da Costa, 2016). Statistikk som viste prevalens av illegale rusmidler i den generelle befolkningen i Portugal var svært begrenset (Loo, Van Beusekom & Kahan, 2002), før den første målingen ble gjennomført av EMCDDA (Laqueur, 2015). Til tross for dette var det bred oppslutning om at illegale rusmidler utgjorde et økende samfunnsproblem i Portugal (Félix & Portugal, 2017; Laqueur, 2015; Pombo & da Costa, 2016). I tillegg førte en tendens til sosial ekskludering og marginalisering av rusavhengige (Hughes, & Stevens, 2010) til et sterkt politisk ønske om å iverksette tiltak for å redusere stigma som kriminaliseringen av rusavhengighet utgjorde (Coelho, 2015; Loo, Van Beusekom & Kahan, 2002). Antall personer som ble arrestert for narkotikarelaterte lovbrudd tredoblet seg i løpet av 1990-tallet (Laqueur, 2015). Kriminalisering av illegale rusmidler ble ansett som en barriere for å søke rusbehandling (Coelho, 2015), og som en del av problemet, ikke løsningen på de voksende samfunnsproblemene (Hughes & Stevens, 2010). Generelt har bruk av illegale rusmidler historisk sett vært lav i Portugal. I 2001 hadde kun 7,8 % av befolkningen i alderen 15-64 år noen gang brukt et illegalt rusmiddel (Balsa et al, 2004). Portugal hadde en ‘overdosetopp’ på 369 overdosedødsfall i 1999, en økning som utgjorde 57 % siden 1997 (Hughes & Stevens, 2010). Ifølge direktøren for SICAD (narkotikadirektoratet), João Castel-Branco Goulão, ble rusavhengighet i 1997 vurdert av det portugisiske folket som en av de største utfordringene.

En samlet motivasjon for reform var begrunnet i det ovennevnte, men også et ønske om at justissektoren skulle fokusere på organisert narkotikakriminalitet. Samtidig skulle ressurser brukt på småskala narkotikaselgere og rusavhengige reduseres (Hughes & Stevens, 2010). Et skifte fra straff til hjelp eller behandling skulle i tillegg føre til et økt fokuset på de bakenforliggende årsakene til rusproblemet for den enkeltes rusavhengighet (Laqueur, 2015; Moreira, Trigueiros & Antunes, 2007).

I 1998 nedsatte den Portugisiske regjeringen et tverrfaglig ekspertutvalg, ‘Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga’, som fikk i oppdrag å utarbeide en kunnskapsbasert strategi for å motvirke de voksende rusproblemene i samfunnet. En komite bestående av 11 fagpersoner, ledet av João Augusto Castel-Branco Goulão som nå leder SICAD³, skrev i 1998 en rapport med anbefalinger for forebygging, behandling, skadereduksjon og sosial integrering. Komiteen kom med en rekke anbefalinger,

3 Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

som ble vedtatt i 1999 som den første portugisiske nasjonalstrategi som omhandlet rus og rusavhengighet, 'The National Strategy for the Fight Against Drugs' (NSFAD). NSFAD, eller det vi i dag kjenner som 'Portugal-modellen', innebar en narkotikapolitisk dreining i retning av opprustning og opptrapping av forebyggende arbeid, lavterskel- og skadereduserende tiltak, utbygging av poliklinisk- og døgnbehandling, ettervern, samt tiltak for å kontrollere tilgangen til illegale rusmidler (Félix & Portugal, 2017; Gonçalves, Lourenço & Da Silva, 2015; Hughes & Stevens, 2010; Laqueur, 2015; Marques, 2012). Avkriminalisering av bruk og besittelse av illegale rusmidler var et av 13 mer eller mindre kontroversielle strategier formulert i NSFAD (Gonçalves, Lourenço & Da Silva, 2015; Loo, Van Beusekom & Kahan, 2002).

'Portugal-modellen' var tuftet på skadereduksjon og et helseorientert, pragmatisk og humanistisk menneskesyn, og den skulle begrense etterspørselen av illegale rusmidler gjennom blant annet metadonprogrammer (Gonçalves, Lourenço & Da Silva, 2015; Loo, Van Beusekom & Kahan, 2002). Strategien fremmet i tillegg konkrete forslag for integrerte tilnærminger til forebygging, behandling, skadereduksjon og reintegrering i samfunnet, samtidig som bruk og besittelse ble avkriminalisert. Den fungerte som et virkemiddel for å forhindre stigmatisering, at man endret synet på rusavhengige fra å være kriminelle til å bli personer med behov for helsehjelp (Laqueur, 2015; Marques, 2012).

Avkriminaliseringen ble iverksatt gjennom et nytt juridisk rammeverk som førte til at lov n.º 30/2000, av 29. november, trådte i kraft 1. juli 2001. Ifølge den nye loven, kunne ikke politiet lenger arrestere personer for bruk og besittelse av illegale rusmidler (Félix & Portugal, 2017). Loven som ble avløst av lov n.º 30/2000 ble tolket som av symbolsk verdi, som innebærer at praksisen allerede før avkriminaliseringen, ikke la opp til straffeforfølgelse av rusavhengige, men til å motivere til behandling (Félix & Portugal, 2017; Laqueur, 2015). I året før avkriminaliseringen, år 2000, var det kun 25 personer som sonet en fengselsstraff for kriminalitet som involverte bruk av illegale rusmidler (Laqueur, 2015).

Frarådingskommisjoner

Ifølge den portugisiske lov n.º 30/2000, av 29. november, blir man innkalt til en 'kommisjon for fraråding fra narkotikaavhengighet' (Comissões para a Dissuasão da Toxicodpendência – CDT) dersom man blir pågrepet med mindre enn 10 brukerdoser⁴ med illegale rusmidler. Portugal har 19 slike kommisjoner, en i hvert distrikt, to i Lisboa, samt fire mindre i utpostene Madeira og Azurene. Dersom en person blir anholdt med mer enn 10 brukerdoser, kan vedkommende siktes for narkotikahandel (Hughes & Stevens, 2010; Laqueur, 2015).

Kommisjonen evaluerer hver enkelt sak ut fra bestemte kriterier: hendelsens alvorlighetsgrad, type rusmiddel vedkommende er anholdt med, offentlig eller privat bruk,

4 1 gram amfetamin, 1 gram MDMA, 1 gram heroin, 2 gram kokain eller 25 cannabis (Laqueur, 2015)

rekreasjons- eller gjentakende bruk, om vedkommende er rusavhengig og vedkommendes økonomi. Personen som henvises til CDT blir utredet av et tverrfaglig team, mottar en motiverende intervensjon/samtale basert på instrumentet ASSIST⁵, og får råd, veiledning og psykoedukasjon⁶ om rusmidlers potensielle skadevirkninger. CDT består av tre personer: to fra helsesektoren (lege/psykolog/psykiater/sosialarbeider) og en med juridisk bakgrunn. Ut fra evalueringen, skriver CDT en rapport som sendes til rettsteamet. Sistnevnte gjennomfører en høring på bakgrunn av rapporten, og fatter en beslutning angående sanksjoner eller rusbehandling. CDT kan holde tilbake sanksjoner hvis vedkommende velger rusbehandling, men kan ikke sanksjonere hvis vedkommende motsetter seg anbefaling om behandling.

Klientenes problemer klassifiseres etter alvorlighetsgrad, noe som gir ulike utfall. Kommisjonen henviser til poliklinikk ved ønske om behandling og klinikken henviser videre til døgnbehandling dersom de vurderer dette som nødvendig. Kommisjonen klassifiserer personen sitt rusbruk etter alvorlighetsgradene 'lav', 'moderat' eller 'høy'. En lav alvorlighetsgrad utløser en psykoedukativ intervensjon, en bevisstgjøring av rusbruk. En moderat alvorlighetsgrad utløser korte polikliniske intervensjoner, altså noe mer kontinuitet i klinisk oppfølging, mens en høy alvorlighetsgrad utløser en intervensjon med henvisning til videre spesialisert rusbehandling.

Formålet med lov n.º 30/2000 er å opprettholde et forbud, samtidig som man ivaretar de medisinske og sosiale behovene til stoffbrukere. Loven er tenkt å sette helsevesenet i stand til å forebygge rusmisbruk og atferd som er skadelig for personen selv og andre gjennom tidlig intervensjon. Kommisjonen kan ikke tvangsbehandle, men kan ilegge sanksjoner som overtredelsesgebyr, inndragelse av yrkeslisens og utreisenekt. Kommisjonen kan under spesielle omstendigheter bestemme om personen kan besøke/ oppsøke eller ha bestemte personer hjemme hos seg. Kommisjonen kan også beslaglegge eiendeler eller ta kontroll over stønadsordninger. Kommisjonene mottar i gjennomsnitt 6000 årlige henvisninger, hvorav 94% er menn, 47% gjelder personer i aldersgruppen 16 til 24 og 31% av henvisningene gjelder personer i aldersgruppen 25 til 34 (Hughes & Stevens, 2010). I 2013 åpnet CDT 9316 saker (Augusto, 2016).

Utfall av kommisjonens utredninger

Forsker og kriminolog Jorge Quintas de Oliveira fra Universitetet i Porto, presenterte ved

5 http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/

6 Psykoedukasjon er en behandlingsform hvor pasienter og deres pårørende får kunnskap og informasjon omkring en spesifikk diagnose. Behandlingsformen skal gi realistiske forventninger til bedring og prognose, informasjon og en slags undervisning i den aktuelle lidelsen.

Lisbon Addictions-konferansen 2017 analyser som viser at Portugal-modellens største nåværende effekt ikke er på konsum av rusmidler, men forekomst av ruslidelser og skader knyttet til konsum, slik som dødelighet og HIV. På Lisboa Addictions 2017 ble en studie fra 2014 presentert. Studien inkluderte saker fra 18 av portugals kommisjoner og fant at hele 80 % av sakene vurderes som ikke-avhengige. Det vil si at kun 20 % av de som vurderes er avhengige av rusmidler.

Rekreasjonelt cannabisbruk utgjør i underkant av en tredel av pågripelsessakene totalt. Majoriteten (94 %) av de som klassifiseres som ikke-avhengige, er pågrepet med cannabis. Mange av sakene suspenderes. I 2015 ble 6000 saker suspendert, 1600 resulterte i sanksjon og 800 ble fulgt opp med behandling (Hughes, 2017).

Status etter implementering av "Portugal-modellen"

Rusbruk

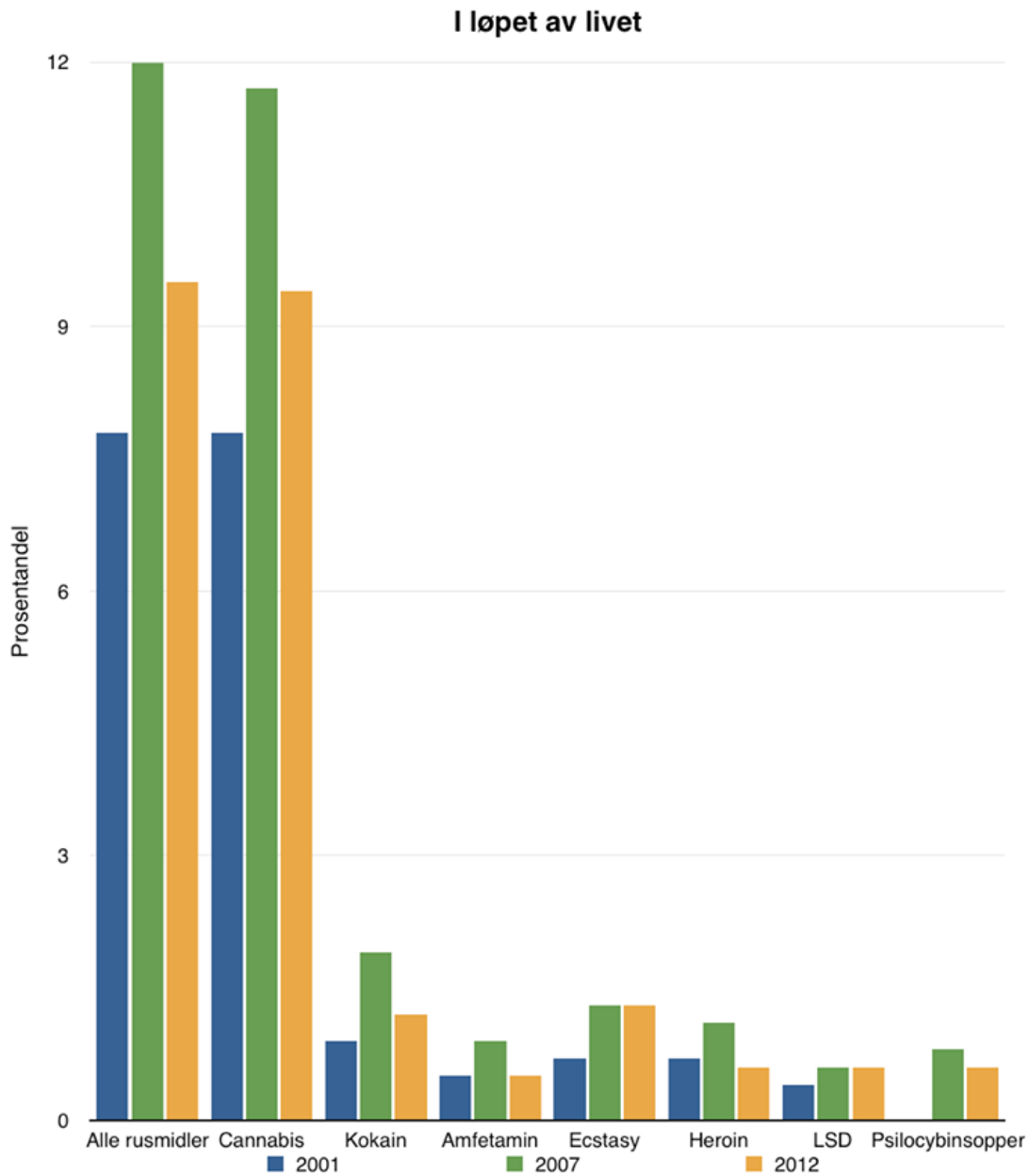
Livstidsbruk⁷ av illegale rusmidler økte i Portugal etter reformen for de fleste aldersgrupper, og av de fleste illegale stoffer. I aldersgruppen 15-64, var det en økning fra 7,8 % til 12 % av alle illegale rusmidler mellom 2001 og 2007 (Balsa, Vital & Urbano, 2013). Den samme tendensen så man i Italia og Spania, som er land det er naturlig å sammenligne Portugal med (Hughes & Stevens, 2012). Samtidig var det en betydelig reduksjon i aldersgruppen 15-19, og fordelt på ulike stoffer finner vi også at noe av økningen var beskjeden. Eksempelvis økte selvrappert livstidsbruk på amfetamin fra 0,5% til 0,9% (Hughes & Stevens, 2012). Samtidig som livstidsbruk sier noe om ungdomsbruk, er FN-kontoret for Narkotika, Verdens helseorganisasjon og Europeisk overvåkingssenter for narkotika- og narkotikamisbruk enige i at de beste indikatorene for å se på trender i befolkningen, og hos voksne, nylig⁸ eller nåværende bruk⁹. Dersom vi ser på nylig bruk vil vi se at det for aldersgruppen 15-64 kun har vært en minimal økt bruk, fra 3,4 % til 3,7% mellom 2001 og 2007; og dersom vi ser på nåværende bruk, finnes det ingen endring fra 2,5 % i 2001 til 2,5 % i 2007 (Balsa, Vital & Urbano, 2013) . Dette tyder på at det ikke har vært noen nevneverdig økt bruk generelt, og at den økte bruken man kan se av statistikken mellom 2001 og 2007 har vært eksperimentell bruk som ikke har vedvart og ført til rusavhengighet (Hughes & Stevens, 2012). Avkriminaliseringen har heller ikke ført til lavere priser på illegale rusmidler (Felix & Portugal, 2017), noe som kan ha betydning for totalkonsum.

I 2012 hadde bruk av illegale rusmidler i alle aldersgrupper sunket ytterligere på alle måleparametre. I aldersgruppen 15-64 sank livstidsbruk fra 12 % i 2007 til 9,5 % i 2012, nylig bruk fra 3,5 % i 2007 til 2,7 % i 2012 og nåværende bruk fra 2,5 % i 2007 til 1,7 % i 2012 (Balsa, Vital & Urbano, 2013). Den samme trenden finner vi for aldersgruppen 15-24, der livstidsbruk sank fra 15,5 % i 2007 til 12,8 % i 2012, for nylig bruk fra 7 % i 2007 til 5,8 % i 2012, og for nåværende bruk fra 4 % i 2007, til 3,5 % i 2012 (EMCDDA, 2017).

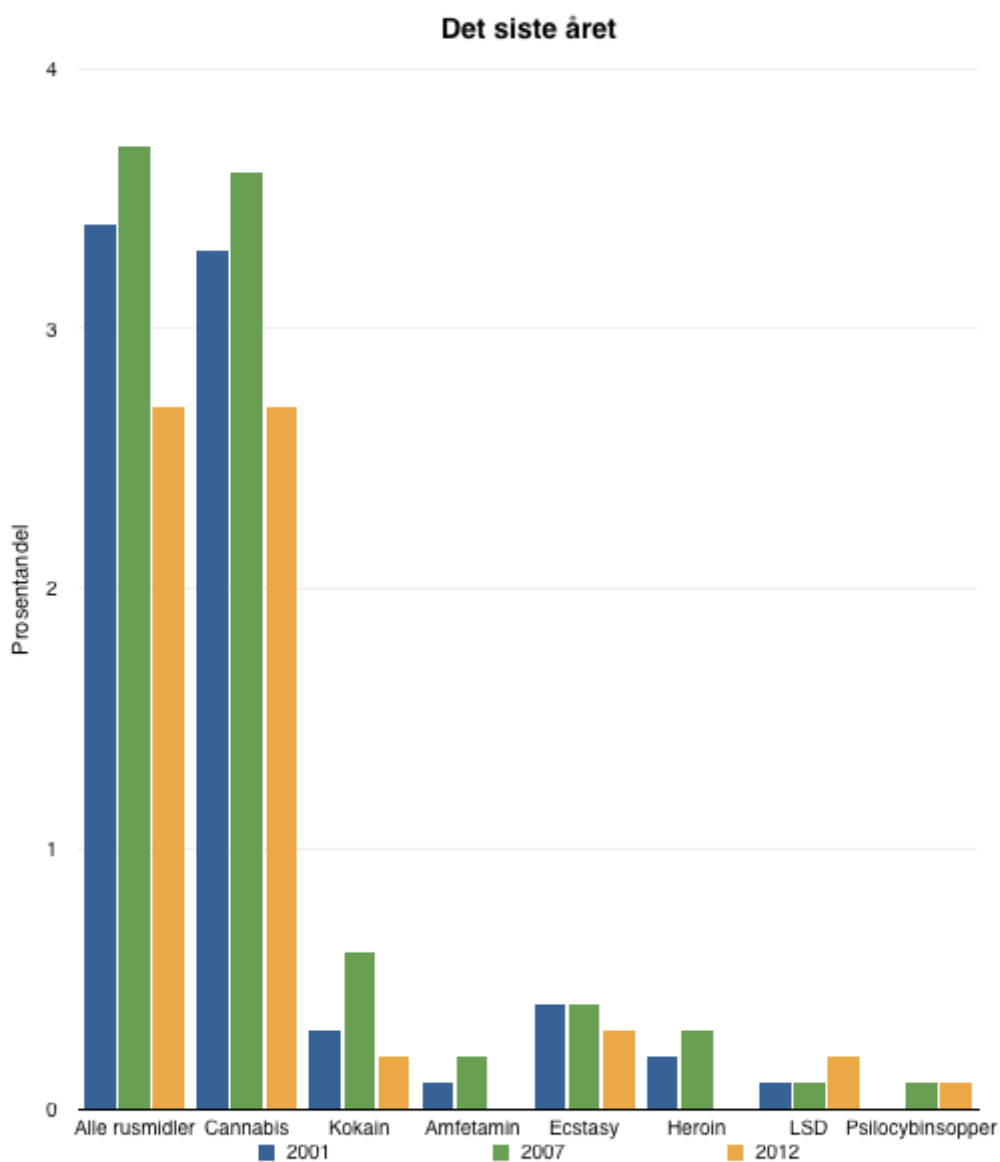
7 Brukt noen gang i løpet av livet.

8 Brukt noen gang siste 12 måneder.

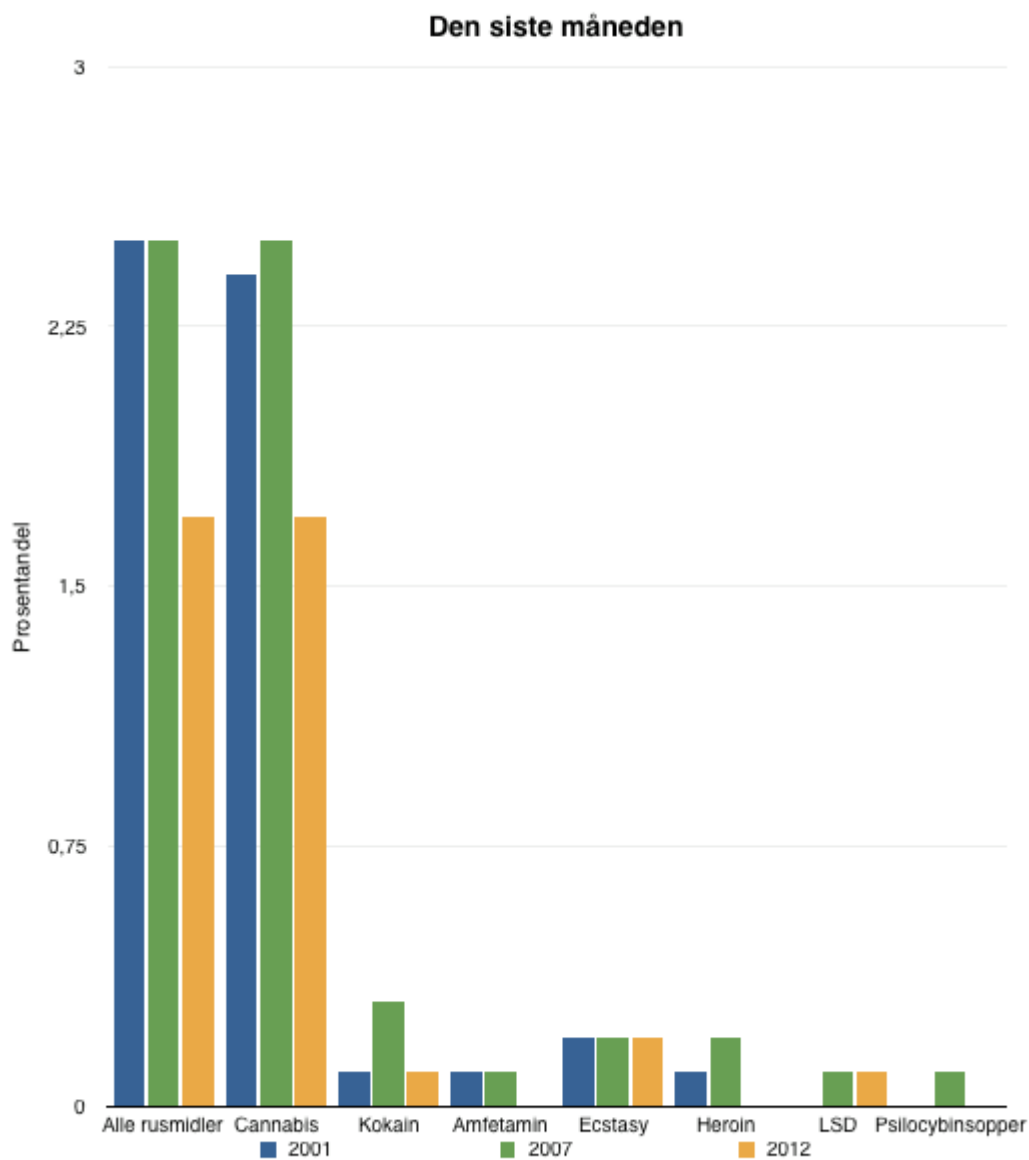
9 Brukt noen gang siste 30 dager.



Figur 1: Bruk illegale rusmidler noen gang, alle rusmidler, cannabis, kokain, ecstasy, heroin, LSD og psilocybinsopper. Data hentet fra: *Balsa, C., Vital, C. and Urbano, C. (2013) 'III Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa 2012: Relatório Preliminar', CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa.*



Figur 2: Bruk illegale rusmidler siste år, alle rusmidler, cannabis, kokain, ecstasy, heroin, LSD og psilocybinsopper. Data hentet fra: *Balsa, C., Vital, C. and Urbano, C. (2013) 'III Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa 2012: Relatório Preliminar', CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa.*

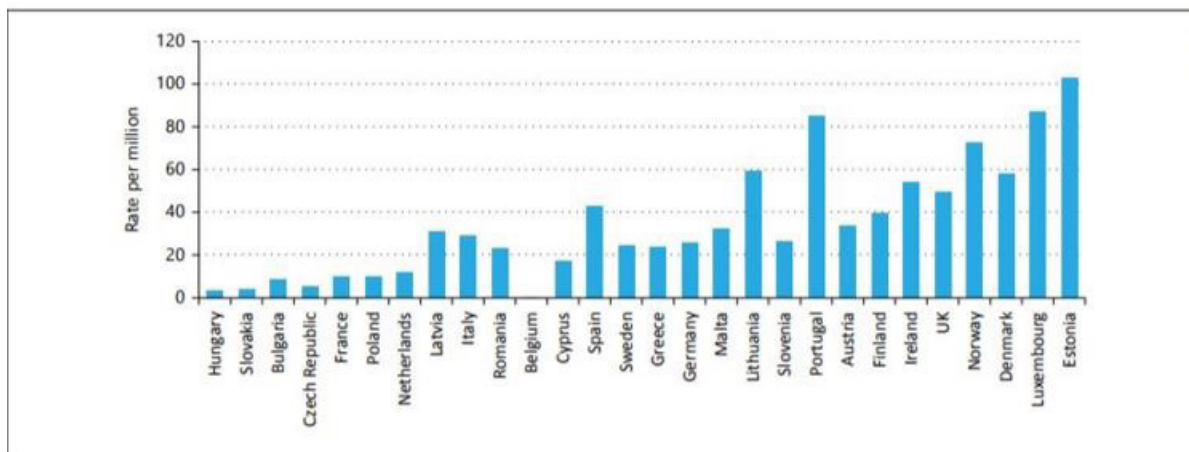


Figur 3: Bruk illegale rusmidler siste måned, alle rusmidler, cannabis, kokain, ecstasy, heroin, LSD og psilocybinsopper. Data hentet fra: *Balsa, C., Vital, C. and Urbano, C. (2013) 'III Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa 2012: Relatório Preliminar', CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa.*

Dødelighet

Manuel Pinto Coelho (2010) har beskrevet at rusrelaterte dødsfall i Portugal siden avkriminaliseringen har gått opp, men disse analysene er basert på data som inkluderte samtlige rusrelaterte dødsfall, og ikke kun dødsfall grunnet rusmisbruk (Hughes & Stevens, 2012). Til tross for at Portugal først begynte å registrere overdosedødsfall i 2010, kan man ved bruk av andre, mer usikre statistikker, se en signifikant nedgang i akutt narkotika-indusert dødelighet (dødsfall som følge av inntak av illegalt rusmiddel) fra rundt 80 i 2001 (Hughes & Stevens, 2012), til 16 i 2012 (Murkin, 2014).

Samtidig som det har vært en nedgang i overdosedødsfall, har Portugal hatt en høy narkotikarelatert dødelighet sammenlignet med europeiske land. En studie viste dette med tall fra 2007 gjennom å sammenstille narkotikainduserte dødsfall med AIDS (ICD-10 koder B20-B24) hos injiserende stoffbrukere (Waal & Gossop, 2013). Der kom Portugal dårligere ut enn de fleste andre europeiske land, Norge inkludert.



Figur 4. EMCDDAs dødelighetsestimat, narkotikainduserte dødsfall kombinert med EMCDDA-estimat for dødelighet relatert til AIDS (ICD-10 koder B20-B24) hos injiserende stoffbrukere. Dødsfall per en million innbygger/aldre 15-64 år 2007 eller senest tilgjengelig data. Hentet fra: *Karger, by Waal, H., & Gossop, M. (2013). Making sense of differing overdose mortality: Contributions to improved understanding of European patterns. European Addiction Research, 20(1), 8-15. <https://doi.org/10.1159/000346781>.*

Smittsomme sykdommer

Portugal har etter reformen fortsatt hatt en høy forekomst av HIV og hepatitt C (HCV) (Hughes & Stevens, 2012; Waal & Gossop, 2013). Da myndighetene iverksatte en rekke helseintervensjoner, som forebyggingsprogrammer, sprøyteutdeling, lavterskeltiltak og metadonbehandling medvirket dette trolig til reduksjonen i overdosedødelighet, og at den raske spredningen av HIV/AIDS bremsset opp med en nedgang fra 54 % i 2001 til 30 % i 2007. Samtidig har antallet rusavhengige i behandling økt fra 32 000 i 2002 til 38 500 i 2008 — en økning på 20,31 % (Beyrer et. al. 2012). Nye HIV-diagnoser blant stoffbrukere har sunket fra 1016 til 44 mellom 2001 og 2015. Nye AIDS-tilfeller sank fra 568 til 38 i samme tidsrom (EMCDDA, 2017). En tilsvarende trend finner vi på prevalens av HCV, der antallet nye diagnoser har sunket på pasienter i behandling, samtidig som behandlingsskapasiteten har økt (Murkin, 2014). De fagpersonene vi intervjuet i Portugal gjorde seg vurderinger som samsvarte med studiene vi har gjengitt i denne rapporten.

DISKUSJON

Selv om avkriminalisering har medført diskusjon på feltet, blir temaet sjeldent undersøkt i forskningsprosjekter og evidensbaserte analyser. For å bidra til kunnskapsgrunnlaget og oppsummere den politiske prosessen rundt Portugal-modellen og dens utfall, har denne rapporten beskrevet reformen i Portugal, samt oppsummert tilgjengelige analyser av tilstanden i Portugal før og etter implementeringen. Det er lite som tyder på at den portugisiske rusreformen har ført til åpenbare negative konsekvenser for rusbruk i befolkningen (Pombo & da Costa, 2016). Samtidig har det vært en markant nedgang i overdosedødelighet, samt fall i spredning av HIV/AIDS og HCV. Men som arkitekten bak modellen, Joa Goulou, har slått fast, er det umulig å påvise en kausalitet mellom selve avkriminaliseringen og utfallet av modellen, foruten et fall i straffesaker for besittelse og bruk. Satsingen på sosial- og helsetiltak for rusavhengige har ført til en nedgang i sykkelighet og dødelighet, og begrenset skadeomfanget av skadelig bruk av illegale rusmidler viss konsekvenser er narkotikadødelighet- og sykkelighet.

Epidemiologiske og systemiske forskjeller

Det er viktig å forstå de sosiale, politiske og økonomiske vilkårene som ligger til grunn for det enkelte land som går gjennom en avkriminalisering av rusmidler for planlegging av en god organisering. Behandlingen som ble gitt i Portugal i forbindelse med avkriminaliseringen ble utviklet og ekspandert i forbindelse med en heroin-epidemi. I dag er bildet annerledes. Norge hadde også sin heroinepidemi med en 'overdosedødelighet' i 2002 (Waal & Gossop, 2013), tilsvarende Portugals i 1999 (Hughes & Stephens, 2012). Som tiltak mot dette iverksatte vi sprøyteutdeling og substitusjonsbehandling for å møte overdose- og HIV/AIDS-problematikken (Larney, et. al. 2017). Portugal har relativt svak registrering av overdosedødelighet sett med norske øyne, noe som gjør en sammenligning av overdosedødeligheten mindre sikker (Waal & Gossop, 2013). Vi har derimot en svakt nedadgående kurve hva gjelder overdosedødelighet. I 2016 ble det registrert 282 narkotikautløste dødsfall blant bosatte i Norge, hvorav 220 av disse var overdoser. Nyere forskning viser at det i Norge er forhøyet dødelighet forbundet med overdose hos blandingsmisbrukere og lav-frekvens injiserende (Gjersing & Bretteville-Jensen, 2017). I Portugal ble det kun registrert 40 overdosedødsfall. Samtidig har Norge og Portugal forskjellige rutiner for registrering av overdosedødsfall, og konkurrerende dødsårsaker påvirker antallet dødsfall. Portugal har for eksempel mer prevalens av HIV/AIDS enn Norge (Waal & Gossop, 2013). En studie i åtte europeiske land viste at overdoser var oppgitt som årsaken til mellom 28 % og 60 % av rapporterte dødsfall utløst av rusbruk. Portugal skilte seg ut ved at kun 7 % hadde overdose oppgitt som årsak. Dette kan være på grunn av at en høy andel av dødsfallene som skyldtes HIV/AIDS, eller som var dårlig definert, også kunne vært overdoser (Bargagli et al, 2006). Norge har lav forekomst av HIV/AIDS blant injiserende stoffbrukere, med kun 8 nye tilfeller i 2015 (EMCDDA, 2017). Relativt til Portugal har vi også høy kapasitet på HCV-behandling og få nye HIV-diagnoser årlig. Dette betyr at vi står overfor vidt andre problemer enn Portugal, og må tilpasse tiltaksapparatet vårt til

å møte norske forhold, noe som kan bety at vi må ta i bruk andre løsninger. Det er derfor vanskelig å overføre Portugals erfaringer til Norge direkte ettersom vi allerede har tatt i bruk flere av virkemidlene, slik som legemiddelassistert rehabilitering. Som understreket av Verdens Helseorganisasjon ved Lisbon Addictions 2017, må behandlingssystemene utvikles i tråd med trender og utvikling hos brukerne.

Norge er i en annen situasjon enn Portugal var før de gjennomførte sin reform da vi allerede har gjennomført en rusreform av 2004 med endringer i spesialisthelsetjenesteloven ved å overføre ansvar for behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere fra fylkeskommunene til staten og de regionale helseforetakene. Det er derfor både forskjellige brukerprofiler og organiserte systemer. I tillegg til å ha færre opioidmissbrukere, har vi et relativt godt utbygget LAR. En nyere studie viser at Norge sammen med Nederland, Østerrike og Australia er blant de få landene som både har høy dekning på sprøyteutdeling og høy dekning på substitusjonsbehandling (Larney, et al. 2017). Portugal skiller seg fra Norge ved å ha færre pasienter i døgnbehandling med 0,05 % av befolkningen mot Norges 0,16 %. Portugal har noen flere LAR-pasienter, med 0,25 % av befolkningen i behandling, mens Norge har 0,22 %. Portugal har også noe høyere poliklinisk dekning med 0,40 % av befolkningen der Norge har 0,36 % (EMCDDA, 2017). I 2013 ble det estimert at Norge har 9015 såkalte 'høy-risiko' opioidmissbrukere mot Portugals 31858. Dersom man regner dette i forhold til populasjon i landene får Norge et resultat på 2,68 mot Portugals 4,86 (EMCDDA, 2017). Det betyr at Norge ser ut til å ha færre opioidbrukere i faresonen enn Portugal. Samtidig, dersom vi tar i betraktning at Portugal har mer enn tre ganger så mange problematiske opioidbrukere som Norge, er det trolig andre grunner til at de har færre dødsfall enn oss. En slik grunn kan være at de har høyere kapasitet på lavterskel substitusjonsbehandling med metadon enn Norge, med utdelingsenheter i alle distrikter (EMCDDA, 2017). I Norge finnes LASSO, et lavterskel skadereuserende substitusjonsbehandlingstilbud med suboxone i Oslo.

Opptappingsplanen for rusfeltet 2016-2020 sier at det skal bygges ut slike tilbud i alle fire helseregioner (Regjeringen, 2015). Den portugisiske rusbehandlingen tilbys av regionale helseadministrasjoner under helsedepartementet. I Portugal får de private ideelle institusjonene tilført en sum i året, og leverer behandling til de pasientene som legges inn via helseregionene. Dianova Portugal oppga at den omtrentlige prisen for en måneds behandling hos dem var 700 euro, altså en døgnpris på 23 euro. I Norge var til sammenligning gjennomsnittlig døgnpris hos private ideelle langtidsinstitusjoner i 2012, 3116 kroner (Samdata, 2012). I Norge har vi også høyere bemannings- og beleggskrav, med 95 og 85 hos private og offentlige institusjoner, respektivt (Aker, 2014). Dette gjør at norske institusjoner har en forutsigbar økonomi dersom de har ventelister, noe som gjør at pasienter ikke kommer like fort inn i døgnbehandling i Norge som i Portugal, hos enkelte tilbydere. Disse effektene må tas med i en helhetsvurdering om hva som eventuelt trengs av nye tiltak ved en eventuell avkriminalisering i Norge.

«Krigen-mot-narkotika»

Den nåværende politiske prosessen har sterk oppslutning både faglig og politisk, til tross for at dreiningsmomentet i reformen er den eksisterende politikken. Dette kan ha sammenheng med at norske fagpersoner tidlig gikk ut og kritiserte Krigen-mot-narkotika, eller «War on Drugs», en amerikansk politisk kampanje som startet under Nixon-administrasjonen, med ideen om at det å begrense og redusere den ulovlige narkotikahandelen også ville redusere etterspørsel. Omfattende litteratur viser at personer med ruslidelser blir stigmatisert (Corrigan, 2004), og selve opphavet til stigmaet assosiert med ruslidelser er i henhold til flere teoretikere selve politikken involvert i Krigen-mot-narkotika (Tempalski, Friedman, Keem, Cooper & Friedman, 2007). Bevegelsen ble tidlig kritisert av en rekke fagpersoner i Norge, deriblant sosiologiprofessor Willy Pedersen fra Universitetet i Oslo og Professor Paul Larsson ved Politihøgskolen. Johs Andenæs uttalte allerede på 1990-tallet at: «Norges narkotikapolitikk kan være århundrets største feilinvestering i straff.» En konsekvens av skammeliggjøringen er redusert selvfølelse og sosial marginalisering (Anderson, 1994; Corrigan, 2004; Schomerus et al., 2011; Livingston, Milne, Fang & Amari, 2012). Ruslidelser er i tillegg «dobbelstigmatisert», noe som vil si at folk assosierer det med både psykiatrisk ustabilitet, kriminalitet og farlighet (Rasinski, Woll & Cooke, 2005). Tilstanden er derfor mer stigmatisert enn andre helsetilstander (Schomerus et al., 2011). Assosiasjonene til psykiatri og farlighet gjør at personer med ruslidelser spesielt påvirkes av eksklusjon og tapte sosiale muligheter (Anderson, 1994; Rasinski, Woll & Cooke, 2005). Gjennom stigmatisering mister personen kontroll på definisjonen av sin egen identitet (Anderson, 1994), og vil over tid internalisere en identitet som rusavhengig (Buchman & Reiner, 2009; Anderson, 1994). Dette gjør igjen endring vanskeligere fordi det reduserer personens motivasjon og skaper negative forventninger til ens muligheter for endring (Luoma, 2010). Et alvorlig utfall er at personer med rusavhengighet kvier seg for å oppsøke behandling (Corrigan, 2004). Et annet er at de marginaliseres når de kommer i kontakt med kriminalomsorgen (Kreek, 2011). Her forbindes tilbakefall etter utskrivelse fra soning med en ond sirkel av rusmisbruk, kriminalitet og ny soning, ofte i kombinasjon med psykisk lidelse.

Den portugisiske narkotikapolitikken som legges frem som politisk modell for en norsk reform avslår tanken om valget mellom de to motstående alternativene krigen mot narkotika og lovliggjøring av narkotika, som tidligere har vært presentert for samfunnet. Reformen er også i tråd med prinsipper i moderne helseetisk praksis, og fungerer som et alternativ mellom krigen mot narkotika på den ene siden, og legalisering på den andre. I henhold til legeetikken som ble utformet av Hippokrates allerede 400 år f. Kr. er det første etiske prinsippet det å ikke utøve skade. Dette er en ed og et bindende dokument for leger og ansatte i helsevesenet. Deklarasjonen vedtatt av Verdens legeforening pålegger leger å la hensyn til pasientenes helse gå foran alle andre hensyn, samt plikt til å behandle alle likt, uansett nasjonalitet, rase, religiøs og politisk tilhørighet eller den sosiale situasjon de befinner seg i. De skal ha den største respekt for menneskets liv, selv om de er

under tvang. De må ikke bruke sin medisinske kunnskap i strid med humanitetens lover. Prinsippene danner mønster for den internasjonale etiske deklarasjon for leger som ble vedtatt av Verdens legeforening (World Medical Association) etter etiske overtramp under andre verdenskrig. Samtlige av de helseetiske prinsippene inkludert velgjørenhet, det å gjøre det gode, ikke gjøre skade, yte rettferdighet og respekt for selvbestemmelse (Beauchamp & Childress, 2013). Det kan argumenteres for at samtlige av de helseetiske prinsippene aktualiseres i debatten om avkriminalisering, da effekten av krigen mot narkotika kan tilsies å være i konflikt med samtlige. Ny litteratur peker også på nettopp disse effektene og prinsipielle konfliktene, og vektlegger at systemet kan beskrives som epistemisk urettferdighet, som til syvende og sist rammer hardest i systemets behandling og samtidige diskriminerende holdninger og sanksjoner mot opioidavhengige pasienter (Klingemann, 2017).

Forebygging

Cirka halvparten av de pågrepne vurdert av kommisjonen er 'ikke avhengige', en femtedel vurderes som rusavhengige og resten av sakene henlegges (basert på tall fra SICAD, 2001-2016, presentert på 'Lisbon Addictions 2017'). Den største andelen (94 %) av de som blir stilt inn for kommisjonen, har blitt anholdt for bruk av cannabis. Prof. Marta Pinto og Sofia Albuquerque fra SICAD, som vi intervjuet, mener en av de viktigste effektene av Portugal-modellen er at den nettopp bidrar til å forebygge rusmiddelbruk hos yngre brukere. Det store skillet mellom henholdsvis ruskontrakt i Norge og nemndsbehandling i Portugal er at sanksjonene i Portugal for en rusavhengig ikke er økonomiske, og at vedkommende ikke kan føres opp i strafferegisteret. Når en person blir pågrepet for besittelse eller bruk av illegale rusmidler i Portugal, gjør kommisjonen en intervensjon der de bruker psykoedukasjon om rusmidlenes skadevirkninger, motiverende intervju/endringsfokusert rådgivning (Miller & Rollnick, 1991; 2012). Denne er anerkjent som en effektiv tidlig intervensjon som kan øke personens egen motivasjon til endring av livsstil, inkludert bruk av rusmidler (Miller & Rose, 2009). Metoden benyttes i forebyggende arbeid med ungdom (Monahan, Steinberg & Mulvey, 2010), og ansees som effektiv for å redusere bruk av alkohol og andre rusmidler hos voksne (Miller & Rose, 2009; Lundahl et al., 2013). En nylig oppsummerende analyse har derimot konkludert med at metoden ikke er effektiv nok i forebygging av alkoholbruk hos ungdom (Foxcroft et al., 2016). Måten slike intervensjoner anvendes hos unge voksne kan påvirke deres effektivitet (Carney & Myers 2012), og er mest effektiv når den gis individuelt, og gjentas med opptil flere samtaler.

Selv om norsk ungdom bruker mindre alkohol og cannabis enn jevngamle i Europa (Skretting, Bye, Vedøy & Lund, 2016) er det fortsatt slik at mange unge drikker alkohol og blir fulle, noen bruker cannabis, og blanding av disse rusmidlene blir praktisert. Andelen som sier seg villige til å prøve cannabis hvis de får muligheten, har også økt i Norge fra hver fjerde ungdom (10.-klassinger) i 2007 til hver tredje i 2015 (Bretteville-Jensen & Andreas, 2017). Cannabisbruken er høyere her enn i Portugal (EMCDDA, 2017). En

amerikansk analyse av liberaliseringspolitisk reform av cannabis har vist at totaleffekten på økt cannabisforbruk ikke kan knyttes direkte til den politiske reformene, men handler i større grad om periodeeffekter i tilbud og etterspørsel (Kerr, Lui & Ye, 2017). En australsk studie som har undersøkt effekten av avkriminalisering på forbruk av cannabis konkluderer derimot med at det skjer en opphopning av økt forbruk blant de yngste brukerne i de fem første årene etter reform er gjennomført (Williams & Bretteville-Jensen, 2014). Dette peker på viktigheten av å lage forebyggingsstrategier som når de yngste ungdommene.

En mye anvendt tidlig intervensjon brukt i Norge er per i dag er bruk av ungdomskontrakter som ordinært inngås mellom ungdom, politi, barnevern og foresatte når ungdom mellom 15 og 18 år blir pågrepet for mindre alvorlige kriminelle handlinger, som narkotikalovbrudd. Ungdommen må da forplikte seg til rusfrihet i kontraktsperioden for å unngå bot eller fengsel (Actis, 2016). En modell som er mye anvendt i Norge knyttet opp mot arbeid med cannabis er behandlingsprogrammet «Ut av tåka», som baserer seg på kognitiv terapi og motiverende intervju. Tilbudet kan gi noe grunnlag for generalisering til sekundærforebyggingstiltakene som må iverksettes, men gir best effekt for problematisk cannabisbruk og cannabisavhengighet (Denis et. al. 2006; EMCDDA, 2015). Det er også nærliggende å anta at en passende modell for norske forhold burde inneholde foreldreinvolvering og organisert aktivitet for ungdom, i tråd med erfaringer fra Island. En studie av 12 år med primærforebygging der har vist at alkoholbruk, røyking og deltakelse på fester uten voksentsyn går ned i tråd med foreldreinvolvering og ungdoms deltakelse i organisert idrett (Kristjansson, 2010). I forbindelse med en narkotikapolitisk reform er det derimot viktig å ikke begrenses for mye av enkeltmodeller eller erfaringer fra andre land, men å foreta en helhetlig vurdering i forhold til strategi for forebygging av cannabis i norsk sammenheng.

Begrensninger

Til tross for at avkriminalisering har medført diskusjon på feltet, blir effektene av reform sjeldent undersøkt i forskningsprosjekter og evidensbaserte analyser. Dette kan ha med utfordringer knyttet til forskning på effekt og kausalitet i politikken. Det er derfor ikke mulig å evaluere Portugal-modellen i forhold til effektivitet på lik linje med en intervensjon eller helsebehandling. For å analysere effekten av en reform, skulle også helst det samme landet som gjennomfører en endring, blitt brukt som sin egen kontroll, i en studie av kausalitet. I flere av studiene av Portugal-modellen har nærliggende land, som det er naturlig å sammenligne Portugal med, blitt brukt som kontroll eller til sammenligning. Denne rapporten har beskrevet Portugal-modellen og rapportert tilgjengelige analyser på utfall inkludert rusbruk, dødelighet, sykelighet og kriminalitet. En begrensning av metoden er at analysene baseres på allerede publiserte og tilgjengelige studier. Det er gjort få studier på Portugal som forsøker å konkludere utfall av reformen. Et systematisk litteratursøk i 3 relevante databaser ga et treff på 9 studierapporter med fokus på

mulige påvirkninger reformen har hatt. I den grad eksisterende forskning har bias og begrensninger har dette direkte innflytelse på konklusjonene som er mulige. Når forskning på et felt skal oppsummeres er det også en begrensning at vi kun har inkludert artikler publisert på engelsk eller nordiske språk. Vi har heller ikke søkt fram og evaluert det primære datamaterialet som har blitt brukt i flere av artiklene litteraturgjennomgangen utgjør.

Oppsummering og konklusjon

I denne analysen har vi oppsummert resultatene av tilgjengelig forskning på Portugal-modellen. Basert på de eksisterende analysene på studier av Portugals reform er det umulig å peke på at et spesifikt tiltak har ført til det ene eller andre utfallet. Sannsynligvis er det implementeringen av en helhetlig modell som er ansvarlig for resultatene i Portugal (Hughes & Stevens, 2010; Hughes & Stevens, 2012). Denne helhetlige modellen har vært å flytte ansvar for besittelse og bruk av illegale rusmidler fra justis- til helsefeltet, mer helhetlige og integrerte planer, understreket viktigheten av evaluering som et politisk styringsverktøy og bragt alkohol- og narkotikapolitikk nærmere hverandre. Vår konklusjon, basert på de resultatene som foreligger, er også at en lovendring sannsynligvis ikke vil utgjøre noen markante endringer som vil redde liv, eller ta svært mange ut av fengsel.

Noen kausalitet mellom avkriminalisering og redusert overdosedødelighet kan ikke påvises (Hughes & Stephens, 2012). En avkriminalisering vil derimot redusere bøtelegging og gi legitimitet til domstolene sett fra brukernes perspektiv fordi henvisning vil være mer i tråd med deres syn på rettferdig behandling (Bjørnstad, Hårvik, Knutsen, Krebs, Nafstad, Sollie, Spinnangr & Storaas, 2016), og det vil være i tråd med den legitime politiske kampanjen om å avslutte en 'krig mot narkotika'. Professor ved Universitetet i Porto, Marta Pinto påpeker at Portugal-modellen i seg selv ikke behandler personen, og at behandlingsrettede tiltak må oppskaleres i tråd med de lokale kliniske utfordringene. Fagrådet, rusfeltets hovedorganisasjon, har etter møte med portugisiske myndigheter trukket liknende konklusjoner. De mener elementer av Portugal-modellen kan innføres i Norge, men at en «blåkopi» av deres modell ikke vil fungere her (rusfeltet.no) på grunn av forskjeller ved de portugisiske og norske systemene.

I den grad Norge foretar narkotikapolitiske lovendringer vil det være nyttig å utrede og oppgradere målsettinger, lovverk og tiltak for å nå mål på rusfeltet. Det vil også være viktig at ikke utviklingen går for fort, da dette kan skade den nåværende positive trenden med narkotikapolitiske endringer (Clausen, 2018). Resultatene av en reform vil man først se flere år senere, og dersom man setter sin lit kun til avkriminalisering vil også manglende resultater kunne bli brukt mot selve effekten av reformen. Det er derfor viktig at tiltak er kunnskapsbasert og i tråd med lokale behovsanalyser.

REFERANSER

- Actis (2017, July 14). *Har Portugal redusert narkotikaproblemene*. Hentet fra <https://www.actis.no/nyhet/har-portugal-reduisert-narkotikaproblemene>
- Aker, U. (2014). *Har Helse Sør-Øst RHF's konkurranseutsetting av behandlingstilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) bidratt til bedre ressursutnyttelse?* Universitetet i Oslo. Masteroppgave.
- Anderson, T. L. (1994). *Linking Micro and Macro Factors*. DRUG ABUSE AND IDENTITY 35(1), 159–174.
- Andreas, J., & Bretteville-Jensen, A. L. (2017). *Ready, willing, and able: the role of cannabis use opportunities in understanding adolescent cannabis use*. Addiction, 112(11), 1973–1982. doi.org/10.1111/add.13901
- Augusto, J. P. (2016). *Evolution of the Portuguese Addiction Treatment System (1958-2014)*. (1st ed.). Lisbon: Sicad.
- Balsa, C., Vital, C. and Urbano, C. (2013). *'III Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa 2012: Relatório Preliminar'*, CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa
- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C. A., Schifano, P. et al. (2006b). *'Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries'*, European Journal of Public Health 16(2), pp. 198–202.
- Beauchamp, T. og J. Childress (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. 8th Edition. Oxford og New York: Oxford University Press
- Beyrer, C., Malinowska-Sempruch, K., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Sidibe, M., & Strathdee, S. A. (2010). *Time to act: A call for comprehensive responses to HIV in people who use drugs*. The Lancet, 376(9740), 551–563. doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60928-2
- Bjørnstad, R. Hårvik, V. Knutsen, A. Krebs, T. Nafstad, E. Sollie, S. G. Spinnangr, I. Storaas, J. (2016, 8. september). *Kjære justisminister Anundsen!* Dagbladet. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/kultur/kjaere-justisminister-anundsen/62385071>
- Bolderston, A. (2008). *Writing an Effective Literature Review*. Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences, 39(2), 86–92. doi:10.1016/j.jmir.2008.04.009
- Bresil J. E. (2017, 5. oktober). *Politioverbetjent svarer pårørende: Ja til helsehjelp, nei til legalisering*. Aftenposten. Hentet fra https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/0P8y0/Politioverbetjent-svarer-parorende-Ja-til-helsehjelp_-nei-til-legalisering--Jan-Erik-Bresil

- Buchman, Daniel, R. P. (2009). *Stigma and addiction: being and becoming*. American Journal of Bioethics, Sep;9(9), 18–9.
- Bukten, A., Stavseth, M. R., Skurtveit, S., Tverdal, A., Strang, J., & Clausen, T. (2017). *High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period*. Addiction, 112(8), 1432–1439. <https://doi.org/10.1111/add.13803>
- Carney, T., & Myers, B. (2012). *Effectiveness of early interventions for substance-using adolescents: Findings from a systematic review and meta-analysis*. Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy, 7(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-7-25>
- Clausen, T. (2018). *Innspill til Helse og Omsorgskomiteen*, Stortingshøring
- Coelho, M. (2015). *Drugs: The Portuguese fallacy and the absurd medicalization of Europe/ Drogas: a falácia portuguesa e a “medicalização” absurda da Europa*. Motricidade, 11(2), 3-15. doi:10.6063/motricidade.7188
- Corrigan, P. (2004). *How stigma interferes with mental health care*. The American Psychologist, 59(7), 614–25. doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614
- De Winter, J., & Kosolosky, L. (2013). *The Epistemic Integrity of Scientific Research*. Science and Engineering Ethics, 19(3), 757–774. doi.org/10.1007/s11948-012-9394-3
- Douglas, H. E. (2009). *Science, policy, and the value-free ideal*. Pittsburgh: Pittsburgh University Press.
- Eastwood, N., Fox, E., & Rosmarin, A. (2016). *A Quiet Revolution: Drug Decriminalisation across the Globe*, (March), 1–51. Hentet fra <http://www.release.org.uk/sites/default/files/pdf/publications/Release-A Quiet Revolution 2016.pdf>
- Euroeapan Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017). *Statistical Bulletin 2017*. Hentet fra www.emcdda.europa.eu/data/stats2017_en
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2014). *‘Data and statistics’*. Hentet fra <http://www.emcdda.europa.eu/data/2014> 23
- Félix, S., & Portugal, P. (2017). *Drug decriminalization and the price of illicit drugs*. International Journal of Drug Policy, 39, 121–129. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.10.014>
- Foxcroft, D. R., Coombes, L., Wood, S., Allen, D., Almeida Santimano, M. L. N., & Moreira, T. M. (2016). *Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young adults*, Cochrane Database of Systematic Reviews (7), 10–13. DOI: 10.1002/14651858.CD007025.pub4.
- Falck, S. (2014). SIRUS-rapport nr. 4/2014. Narkotikaprogram med domstolskontroll -en oppfølgingsstudie av 115 av de første klientene. Oslo.

Fragell, G. (2014, 24. april). *Skal kartlegge alle overdoser*. Porsgrunn Dagblad. Hentet fra <https://www.pd.no/lokale-nyheter/skal-kartlegge-alle-overdoser/s/1-89-7315965>

Gjersing, L., & Bretteville-Jensen, A. L. (2017). *Patterns of substance use and mortality risk in a cohort of "hard-to-reach" polysubstance users*. *Addiction*, 11–20. <https://doi.org/10.1111/add.14053>

Godlee, F., & Hurley, R. (2016). *The war on drugs has failed: doctors should lead calls for drug policy reform*. *Bmj*, 1–2. doi.org/10.1136/bmj.i6067

Gonçalves, R., Lourenço, A., & Da Silva, S. (2015). *A social cost perspective in the wake of the Portuguese strategy for the fight against drugs*. *The International Journal on Drug Policy*, 26(2), 199. [doi:10.1016/j.drugpo.2014.08.017](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.08.017)

Greenwald, G. (2009). *Drug decriminalization*. *Science (New York, N.Y.)*, 246, 1104. doi.org/10.1126/science.246.4934.1104-a

Haugsgjerd, S. (2016, 19. februar) *Få Steder er Klasseskiller mer Synlig enn blant Rusavhengige*. *Morgenladet*. Hentet fra <https://morgenbladet.no/ideer/2016/02/sturla-haugsgjerd-usosial-kontroll>

Helsiseng, T (2014, 17. januar). *Riksadvokaten advarer politiet mot tallpynting*. VG. Hentet fra <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/narkotika/riksadvokaten-advarer-politiet-mot-tallpynting/a/10142612/>

Hughes, B. (2017). *Cannabis legislation in Europe*. EU publication. doi.org/10.2810/4682

Hughes, C. E., & Stevens, A. (2010). *What can we learn from the portuguese decriminalization of illicit drugs?* *British Journal of Criminology*, 50(6), 999–1022. <https://doi.org/10.1093/bjc/azq038>

Hughes, C. E., & Stevens, A. (2012). *A resounding success or a disastrous failure: Re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs*. *Drug and Alcohol Review*, 31(1), 101–113. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00383.x>

Johnsen, A. B. (2017, 13. desember). *Historisk i Stortinget: Slutt på straff for rusmisbrukere*. VG. Hentet fra <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/rusmidler/historisk-i-stortinget-slutt-paa-straff-for-rusmisbrukere/a/24209948/>

Jonnes, J. (1999). *Hep-Cats, Narcs and Pipe Dreams*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.

Regjeringen (2015). Opptappingsplan for rusfeltet 2016-2020).

Revol, M. K. (2015). *Innsattes levekår 2014. Før, under og etter soning*. Oslo-Kongsvinger.

Kerr, W.C., Lui, C., Ye, Y. (2017). Trends and age, period and cohort effects for marijuana use prevalence in the 1984 to 2015 US National Alcohol Surveys. *Addiction*: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.14031/full>

Klingemann, J. (2017). *The rights of drug treatment patients: Experience of addiction treatment in Poland from a human rights perspective*. *International Journal of Drug Policy*, 43, 67–73. doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.01.015

Kreek, M. J. (2011). *Extreme marginalization: addiction and other mental health disorders, stigma and imprisonment*. *Ann N Y Acad Sci*, 10(1), 54–56. <https://doi.org/10.1038/nmeth.2250.Digestion>

Kristjansson, A. L., James, J. E., Allegrante, J. P., Sigfusdottir, I. D., & Helgason, A. R. (2010). *Adolescent substance use, parental monitoring, and leisure-time activities: 12-year outcomes of primary prevention in Iceland*. *Preventive Medicine*, 51(2), 168–171. doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.05.001

Larney, S., Peacock, A., Leung, J., Colledge, S., Hickman, M., Vickerman, P., ... Degenhardt, L. (2017). *Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review*. *The Lancet Global Health*, 5(12), e1208–e1220. doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30373-X

Laqueur, H. (2015). *Uses and Abuses of Drug Decriminalization in Portugal*. *Law & Social Inquiry*, 40(3), 746. doi:10.1111/lsi.12104

Larsen, K. N. NrK (2016, 8. april). *Narkomane bøtelagt for 48 millioner kroner*. NRK. Hentet fra <https://www.nrk.no/norge/narkomane-botelagt-for-naer-50-millioner-kroner-1.12887103>

Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). *The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review*. *Addiction* (Abingdon, England), 107(1), 39–50. doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x

Loo, Mirjam van het, Beusekom, Ineke van & Kahan, James P. (2017). *Decriminalization of Drug Use in Portugal: The Development of a Policy*. *American Academy of Political and Social Science*. Published by: Sage Publications, Inc. 582(May), 49–63.

Lundahl, B., Molteni, T., Burke, B. L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 93(2), 157–68.

doi.org/10.1016/j.pec.2013.07.012

Luoma, J.B. (2010). *Substance Use Stigma as a Barrier to Treatment and Recovery*. In Johnson, B.A. (Red). *Addiction Medicine*, Springer, 1195-1215.

Marques, P. (4692). 2012 National Report (2011 data) to the EMCDDA Portugal: New Developments, Trends and in-depth information, 1-174.

McCaffrey, H. (2010). *A bitter pill to swallow: portugal's lessons for drug law reform in New Zealand*. *Victoria University of Wellington Law Review*, 40(4), 33.

Miller, W.R. & Rose, G. R. (2009). *Toward a Theory of Motivational Interviewing*. *American Psychologist*, 64(6), 527-537. doi.org/10.1037/a0016830.Toward

Murkin, G. (2014). *Drug decriminalisation in Portugal: setting the record straight*. *Transform: Getting Drugs Under Control*, 1-4.

Moreira, M., Trigueiros, F., & Antunes, C. (2007). *The evaluation of the Portuguese drug policy 1999-2004: The process and the impact on the new policy*. *Drugs and Alcohol Today*, 7(2), 14-25. doi:10.1108/17459265200700012

Monahan, K. C., Steinberg, L., & Mulvey, E. P. (2010). *Boosting a teen substance use prevention program with motivational interviewing*. *Human Development*, 45(6), 1654-1668. doi.org/10.1037/a0015862.Trajectories

NRK (2016, 4. april). *Narkomane bøtelagt for 48 millioner kroner*. NRK. Hentet fra <https://www.nrk.no/norge/narkomane-botelagt-for-naer-50-millioner-kroner-1.12887103>
Olsen, B. (2017). *Portugal: En ruspolitisk Rorschach*. *Tidsskrift for Den Norske Psykologforeningen*, 6, 524-533.

Pinto, M. C. (2010, February 02). *Decriminalization of Drugs in Portugal –The Real Facts! World Federation Against Drugs*. Hentet fra <http://wfad.se/latest-news/1-articles/123-decriminalization-of-drugs-in-portugal--the-real-facts>

Rasinski, K.A., Woll, P., & Cooke, A. (2005). *Stigma and substance use disorders*. In *On the stigma of mental illness. Practical strategies for research and social change*. 219-236.
Revdal, M. K. (2015). *Innsattes levekår 2014. Før, under og etter soning*. Statistisk Sentralbyrå. Oslo-Kongsvinger.

Samdata. (2012). *Ressursbruk , aktivitet og pasientsammensetning i TSB i 2012*. Oslo: Helsedirektoratet.

Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2011). *The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies*. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2), 105–112. doi.org/10.1093/alcalc/agq089

Sipp, W. United Nations International Narcotics Control Board. (2015, 9. desember). *Statement of the President of the International Narcotics Control Board (INCP)*. The Portuguese Approach and the International Drug Control Conventions. Hentet fra https://www.incb.org/documents/Speeches/Speeches2015/statement_reconvened_CND_side_event_portugal.pdf

Skårderud, J. (2017, 19. december). *Må vente på rusreform*. Klassekampen. Hentet fra <http://www.klassekampen.no/article/20171219/ARTICLE/171219964>

Slagstad, K. (2016). *Stoff, straff og sosial smitte*. Tidsskrift for Den Norske Legeforening, 22, 136.

Tempalski B, Friedman R, Keem M, Cooper H, Friedman SR. (2007). *NIMBY localism and national inequitable exclusion alliances: the case of syringe exchange programs in the United States*. *Geoforum*. 38,1250–1263.10.1016/j.geoforum.2007.03.012

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2010, 27. july). *UNODC urges drug dependence treatment, not punishment*. Hentet fra <http://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2010/July/unodc-urges-drug-dependence-treatment-not-punishment.html>

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (1961). *The International Drug Control Conventions*. Hentet fra https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_E.pdf

Waal, H., & Gossop, M. (2013). *Making sense of differing overdose mortality: Contributions to improved understanding of European patterns*. *European Addiction Research*, 20(1), 8–15. <https://doi.org/10.1159/000346781>

Williams J., Bretteville-Jensen A. L. (2014). *Does liberalizing cannabis laws increase cannabis use?* *J Health Econ* 36, 20–32.

World Health Organization (WHO) (2017, 27. juni). *Joint United Nations statement on ending discrimination in health care settings*. Hentet fra <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/discrimination-in-health-care/en/>

Westermeyer, J. (2013). *Historical Understandings of Addiction*. *Principles of Addiction*, 3–12. doi.org/10.1016/B978-0-12-398336-7.00001-2

Pombo, S., & da Costa, N. F. (2016). Heroin addiction patterns of treatment-seeking patients, 1992–2013: Comparison between pre- and post-drug policy reform in Portugal.

Tabell 1: Funn fra litteratursøk

Forfatter(e)	Funn	Metode/design og datagrunnlag
Coelho, M. (2015)	<ol style="list-style-type: none"> Økt antall overdosedødsfall etter avkriminaliseringen, målt i antall døde som hadde narkotiske stoffer i blodet: (208 døde i 2001, 152 døde i 2003 og 314 døde i 2007) Økt livstidsprevalens av 4 utvalgte rusmidler i alle aldersgrupper etter avkriminaliseringen Nedgang i livstidsprevalens av 4 utvalgte rusmidler i 2006 Ingen endring i forbruk av, eller avhengighet til illegale rusmidler etter avkriminaliseringen Syv-dobling av kokainbeslag i perioden 2001-2007 40% økning i narkotikarelaterte drap i perioden 2001-2006 8 ganger så mange nye tilfeller av HIV/AIDS og Hepatitt C i Portugal etter avkriminaliseringen, sammenlignet med gjennomsnittet i Europa Redusert motivasjon til å undersøke bakenforliggende årsaker til rusavhengighet etter at ansvaret ble flyttet fra justis- til helsesektoren 	<p>Metode: Kasusstudie</p> <p>Data: Rapport publisert av Cato Institution i 2009, (Greenwald, 2009)</p> <p>Statistikk fra EMCDDA, <i>Instituto da Droga e da Toxicoddependência</i> (som skiftet navn til SICAD i 2011), og <i>United Nations Office on Drugs and Crime og Grupo de Trabalho Toxicodendência e Álcool</i></p>
Félix, S., & Portugal, P. (2017)	<ol style="list-style-type: none"> Gate-priser på kokain har ikke blitt redusert etter avkriminaliseringen Avkriminaliseringens effekt på gate-prisene på kokain kan ansees som statistisk signifikant sammenlignet med prisutviklingen i samme tidsperiode i 14 andre europeiske land 	<p>Metode: Statistisk analyse</p> <p>Data: Statistikk hentet fra <i>The United Nations World Drug Report</i> fra 2012, EMCDDA og Europol.</p> <p>Resultatene har blitt kontrollert for demografiske, sosiale og økonomiske variasjoner mellom de inkluderte landene.</p>

<p>Gonçalves, R., Lourenço, A., & Da Silva, S. (2015)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 12% nedgang i sosiale kostnader relatert til bruk av illegale rusmidler i Portugal de fem første årene etter at den nasjonale strategien (NSFAD) ble vedtatt i 1999 2. 18% nedgang i sosiale kostnader relatert til bruk av illegale rusmidler i Portugal de elleve første årene etter at den nasjonale strategien (NSFAD) ble vedtatt i 1999 3. Nedgangen er delvis på bakgrunn mindre bruk av ressurser på straffeforfølgelse, og delvis på grunn av en reduksjon i indirekte helsekostnader i forbindelse med narkotikarelaterte dødsfall 4. I perioden 1999-2010 var det en større andel av befolkningen over 24 år som hadde som har tatt illegale rusmidler i løpet av det siste året 5. I perioden 1999-2010 var det en nedgang i forbruk av illegal rusmidler i den yngre befolkningen (under 24 år) 6. I perioden 1999-2010 var det en gradvis økning i antall rusavhengige i behandling (både poliklinisk og døgnbehandling) 7. I perioden 1999-2010 var det en nedgang i antall nye tilfeller av HIV eller Hepatitt B og C <ol style="list-style-type: none"> 1. I perioden 1999-2010 var det en nedgang i funn av illegale rusmidler i blodet ved obduksjon 	<p>Metode: Statistisk analyse</p> <p>Data: Statistikk hentet fra EMCDDA</p> <p>NSFAD: <i>National Strategy for the Fight Against Drugs</i></p>
<p>Hughes, C. E., & Stevens, A. (2010)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. I perioden 2001-2007 var det en liten økning i rapportert bruk av illegale rusmidler i den eldre (over 19 år) Portugisiske befolkningen <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Den samme økningen i livstidsprevalens blir rapportert i Portugal, Spania og Italia i perioden 2001-2007 2. I perioden 2003-2007 ble det rapportert en nedgang i bruk av illegale rusmidler blant rusavhengige og ungdommer i Portugal <ol style="list-style-type: none"> 1.2 Den samme reduksjonen i bruk av illegale rusmidler blant ungdom i perioden 2003-2007 blir også rapportert i Italia 3. I perioden 2003-2007 ble det rapportert en reduksjon i bruk av juridiske ressurser på narkotikaovertrедelser 4. I perioden 2003-2007 ble det rapportert en reduksjon i rusrelatert kriminalitet, som tyveri, ran og vold, fra år 2000 5. I perioden 2003-2007 ble det rapportert flere rusavhengige i behandling, både poliklinisk og døgnbehandling 6. I perioden 2003-2007 ble det rapportert en større narkotikabeslag 7. I perioden 2003-2007 ble det rapportert en reduksjon i prisen på illegale rusmidler 8. I perioden 2003-2007 ble det rapportert en signifikant reduksjon i Hepatitt, HIV og tuberkulose blant Portugals rusavhengige 	<p>Metode: Semi-strukturert intervju og litteraturgjennomgang</p> <p>Data: Intervju av fagpersoner i Portugal, samt statistikk fra Portugal, Spania og Italia, hentet fra EMCDDA og <i>Instituto de Drogas e da Toxicod Dependência</i> (SICAD etter 2011)</p>

<p>Hughes, C. E., & Stevens, A. (2012)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Både A og B har rett i sin påstand om endring i bruk av illegale rusmidler blant skoleelever etter 2001 <ol style="list-style-type: none"> 1.1 A og B benytter seg av ulike utvalg av de 4 tilgjengelige datasettene som tilbyr statistikk relatert til avkriminaliseringen 1.2 Statistikk etter avkriminaliseringen som rapporterer bruk av cannabis blant skoleelever de siste 30 dagene, viser henholdsvis 20-30% og 32% reduksjon i bruk 2. A påstår at livstidsprevalens for bruk av cannabis har blitt redusert med 27-30% etter avkriminaliseringen <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Langtids-resultater viser at livstidsprevalens for bruk av cannabis har blitt redusert med 16% etter avkriminaliseringen 3. B påstår at livstidsprevalens for bruk av cannabis har økt med 142% etter avkriminaliseringen <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Livstidsprevalens for bruk av cannabis økte med 60% under reformeringen og direkte etter avkriminaliseringen 4. A gjenga et optimistisk bilde av hvordan avkriminaliseringen påvirket livstidsprevalensen i hele den Portugisiske befolkning <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Mellom 2001 og 2007 økte livstidsprevalensen for bruk av illegale rusmidler i Portugal 4.2 B refererte til økningen i livstidsprevalens, men gjenga ikke reduksjonen i den yngre (15-19 år) befolkningen i samme periode. Økningen var ikke statistisk signifikant 4.3 Sammenlignet med statistikk som rapporterer bruk av illegale rusmidler de siste 12 måneder eller de siste 30 dager, er livstidsprevalens en lite presis indikasjon for trender i den generelle befolkningen, da den ikke fanger opp nylig endring i tallene 5. A refererer til en reduksjon i narkotika-relaterte dødsfall. B viser til en økning i antall døde som testet positivt på illegale rusmidler under obduksjon <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Informasjon om overdosedødsfall i Portugal ble ikke tilgjengelig før sent i 2010. Før dette stammet tall på narkotika-relaterte dødsfall fra antall døde som ved obduksjon tester positivt på illegale rusmidler 6. B påstår at det har vært en 40% økning i narkotika-relaterte drap etter avkriminaliseringen <ol style="list-style-type: none"> 1. Tallet representerer alle drap, og kan ikke knyttes til avkriminaliseringen i Portugal. World Drug Report fra 2009 spekulerer i om økningen kan være relatert til økt narkotikahandel 2. Både A og B sammenligner statistikk fra Portugal med andre Europeiske land. Dette gjør de begge rett i, men de har gjort et lite hensiktsmessig utvalg av statistikk, som gjør at de trekker motsatt slutning om de samme 	<p>Metode: Kasus-studie Data: To studierapporter, referert til under <i>Funn</i> i denne tabellen, som A) (Greenwald, 2009), og B) (Coelho, 2015)</p>
--	---	---

<p>Laqueur, H. (2015)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antall arrestasjoner for narkotikaovertridelser og henvisninger til kommisjonen CDT, har vært stabil på cirka 6000 per år, i perioden 2000-2010 2. Antall overtridelser for narkotikahandel, ble redusert med 40% i perioden 2000-2010 3. Antall fengslinger for narkotikahandel ble redusert med 50% i perioden 2000-2010 (tallene skyldes både en reduksjon i antall kriminalsaker knyttet til narkotikahandel, og en reduksjon i soningstiden) 4. Antall heroinbeslag hadde en nedgang på nærmere 60% i årene før avkriminaliseringen, og har holdt seg stabilt på ca 1000 beslag per år, i perioden 2002-2010 5. Antall kokain- og hasjbeslag har økt i perioden 2001-2010 6. Utviklingen i gate-pris for illegale rusmidler, har vært tilnærmet lik i Portugal, som i naboland som Spania og Italia i perioden 2001-2010 7. Antall personer i Portugal som mottar rusbehandling (poliklinisk, substitusjonsbehandling eller døgnbehandling) har økt fra 23,654 personer i 1998 til 38,532 personer i 2008 <ol style="list-style-type: none"> 7.1 Circa en tredjedel av de 38,532 personene som mottar behandling i 2008, mottok substitusjonsbehandling for heroinavhengighet 8. Det har blitt rapportert en gradvis økning i antall døde som ved obduksjon tester positivt på illegale rusmidler fram til 2008 og en reduksjon etter 2008. IDT estimerer at overdose er tilfellet ved cirka en fjerdedel av de som tester positivt på illegale rusmidler ved obduksjon. 	<p>Metode: Gjennomgang av statistikk, sammenligningsstudie av trender før og etter avkriminaliseringen, samt sammenligning av trender mellom land.</p> <p>Data: Statistikk fra EMCDDA, IDT og IPDT</p>
<p>Loo, M., Van Beusekom, I., & Kahan, J. P. (2002)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rusproblemer i samfunnet økte signifikant i løpet av 1990-tallet 2. I perioden 1987-1998 var det årlig 34 narkotikarelaterte dødsfall per 1. mill. Innbyggere, et betydelig høyere tall enn i naboland som Spania (8/1.mill) og Italia (19/1.mill) 3. Antall arrestasjoner relatert til bruk og besittelse av illegale rusmidler, økte fra 4,667 i 1991 til 11,395 i 1998 4. I 1998 gjaldt 61% av de narkotikarelaterte arrestasjonene, bruk og besittelse og 45% av disse gjaldt heroin 5. Antall behandlingsepisoder femdoblet seg i perioden 1990-1999 <ol style="list-style-type: none"> 5.1 95,4% av behandlingsepisodene, var for heroinavhengige personer 6. I forkant av avkriminaliseringen framkom det gjennom intervju av fagpersoner, en overbevisning om at avkriminaliseringen ville kreve en opptrapping av det forebyggende arbeidet 7. Intervjuobjektene var enige om at avkriminaliseringen ville lede til at flere rusavhengige kom i behandling 	<p>Metode: Intervju</p> <p>Data: Materiale fra intervju gjennomført med 35 personer involvert i avkriminaliseringsprosessen, innhentet i perioden 1998-2001. Intervjumaterialet er supplert statistikk fra EMCDDA.</p>

<p>Moreira, M., Trigueiros, F., & Antunes, C. (2007)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 8 av de 30 hovedmålene formulert i Horizon 2004, var oppnådd: <ol style="list-style-type: none"> a) 5 oppnådde mål angående reduksjon av etterspørsel etter illegale rusmidler b) 1 oppnådd mål angående reduksjon av tilgang av illegale rusmidler c) 1 oppnådd mål angående rusforskning d) 1 oppnådd mål angående internasjonalt samarbeid 2. 10 av de 30 hovedmålene var delvis oppnådd <ol style="list-style-type: none"> a) 9 delvis oppnådde mål angående reduksjon av etterspørsel etter illegale rusmidler: b) 1 delvis oppnådd mål angående rusforskning 3. 7 av de 30 hovedmålene var ikke mulig å evaluere grunnet manglende data: <ol style="list-style-type: none"> a) Det manglet data for å evaluere 6 mål angående reduksjon av etterspørsel etter illegale rusmidler b) Det manglet data for å evaluere 6 mål angående reduksjon av tilgang til illegale rusmidler 4. 5 av de 30 hovedmålene var ikke nådd: <ol style="list-style-type: none"> a) 3 mål angående reduksjon av etterspørsel etter illegale rusmidler ikke oppnådd b) 1 mål angående reduksjon av tilgang av illegale rusmidler ikke oppnådd c) 1 mål om evaluering ikke oppnådd 5. I en spørreundersøkelse gjennomført blant rusavhengighet, var gjennomsnittlig rangering av tilfredshet med rusbehandling (avrusing, poliklinisk eller døgnbehandling) på 4 i en likertskala fra 1 (<i>lite tilfreds</i>) til 5 (<i>svært tilfreds</i>). Substitusjonsbehandling rangeres i snitt over 4 6. Livstidsprevalensen for bruk av illegale rusmidler i den generelle befolkningen i Portugal (15-64 år), viste i 2001 ikke avvik sammenligner med det europeiske gjennomsnittet 7. I 2001 var prevalensen av injiserende heroinavhengige i Portugal, blant den høyeste i Europa 8. Nyoppdagede tilfeller av HIV og AIDS, både i den rusavhengige populasjonen og i resten av befolkningen, ble redusert i perioden 2000-2005 9. Det er antatt at kriminelle handlinger blant personer som bruker illegale rusmidler, har blitt redusert etter avkriminaliseringen 	<p>Metode: Evaluering av Portugals ruspolitikk i perioden 1999-2004, samt se 13 tiltakene den nasjonal strategien (NSFAD) består av og <i>Horizon 2004</i> sin 30 hovedmål</p> <p>Data: Tall fra et nasjonalt informasjonssystem om illegale rusmidler, EMCDDA, ESPAD, samt svar fra spørreundersøkelse ESPAD: <i>The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs</i></p>
--	--	---

<p>Pombo, S., & da Costa, N. F. (2016)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fordelingen i rusbehandling i Portugal er 76,7% menn. Gjennomsnittsalderen på personer i rusbehandling er 35,5 år 2. I forbindelse med innføring av substitusjonsbehandling, økte antall førstegangs henvisninger til rusbehandling, betraktelig 3. I perioden fra avkriminaliseringen til 2008 økte antall kontinuerlige behandlingsforløp 4. Sammenligningen mellom de to periodene viser en 37% nedgang i antall førstegangshenvisninger og en 94% økning i antall kontinuerlige behandlingsforløp 5. Personer som kom inn i rusbehandling i perioden etter avkriminaliseringen var signifikant eldre og høyere utdannet sammenlignet med personer som kom til behandling i perioden før avkriminaliseringen 6. Det er signifikant flere kvinner i behandling i perioden etter avkriminaliseringen, sammenlignet med før 7. Det er høyere prevalens av kokainmisbruk, samt yngre brukere av kokain etter avkriminaliseringen, sammenlignet med før avkriminaliseringen 8. Det var signifikant høyere forekomst av injiserende heroinavhengige før avkriminaliseringen, sammenlignet med etter avkriminaliseringen 	<p>Metode: Komparativ studie, statistisk analyse</p> <p>Data: Evaluering av retrospektive data om heroinavhengige i påvente av rusbehandling. To perioder analyseres; 1992-1999 (før avkriminaliseringen), og 2002-2013 (etter avkriminalisering). Statistikken er innhentet av Addiction Unit of the Mental Health and Psychiatric Service of Santa Maria University Hospital in Lisboa.</p>
--	--	---