

SA203S

Bacheloroppgave Barnevern

“HeroMidt, HeroNord – Hero der du bor!”

- En prosjektoppgave om utdeling av heroin.

Linda Halset

Helle Hovland

Emma V. Knutsen

En takk

Vi vil gjerne benytte anledningen til å takke vår veileder Siv Oltedal for konstruktive tilbakemeldinger underveis i prosjektet. Vi vil også her takke våre informanter for deres bidrag til denne oppgaven.

Linda Halset, Helle Hovland og Emma V. Knutsen.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse.....	3
Del 1 – Innledning.....	5
Del 2 – Metode.....	6
2.1- Valg av metode, utvalgsstrategi og rekruttering.....	6
2.2- Våre informanter.....	7
2.3- Gjennomføring av intervju og transkribering.....	8
2.4- Analyse av det empiriske materialet.....	9
2.5- Reliabilitet.....	10
Del 3 – Teori.....	11
3.1- Historisk bakgrunn.....	11
3.1.1- Restriktiv narkotikapolitikk.....	12
3.2- Dagens narkotikapolitikk.....	13
3.2.1- Substitusjonsbehandling.....	13
3.2.2- Medisinskfaglig perspektiv.....	15
3.2.3- Opioid – en samlebetegnelse på ulike morfinlignende preparater.....	17
3.3- Avhengighet og adferdsanalytisk tilnærming.....	18
3.3.1- Avvikende Adferd.....	20
Del 4 – Empiri og analyse.....	20
4.1- Norsk narkotikapolitikk.....	20
4.1.1- Kriminalisering i et historisk perspektiv.....	20
4.1.2- Rusmisbruk og dødelighet.....	24
4.1.3- Målet med substitusjonsbehandling og utdeling av heroin.....	25
4.1.4- Injeksjonskultur.....	28
4.2- Dagens rusomsorg.....	29
4.2.1- Sosialfaglig og medisinskfaglig perspektiv.....	29

4.2.2- "I did it – you can do it".....	31
4.3- Utdeling av heroin.....	33
4.3.1- Substitusjonsmedikamenter, bivirkninger og den illegale poolen.....	33
4.3.2- Heroin – et rop om hjelp?.....	38
Del 5 – Avslutning	39
Litteraturliste.....	42

Del 1

Norge ligger høyt sammenlignet med andre land i Europa når det gjelder overdosedødsfall.¹ Årsrapporten fra 2009 utarbeidet av Europeisk overvåkingssenter for narkotika, viser at Norge ligger urovekkende høyt på lista over antall overdosedødsfall i forhold til folketall.

Tallmaterialet fra 2006 viser at Norge hadde 72 overdosedødsfall pr 1. million innbyggere kontra vårt naboland Sverige med 24 overdosedødsfall pr. 1. million innbyggere. Til sammenligning viser tallmateriale 7 overdosedødsfall pr. 1. million innbygger i Frankrike. Tallmaterialet må brukes med forsiktighet, da ulike land har forskjellige måter å rapportere dødsfall på.² Likevel, fra 1998 til 2009 døde 3.000 nordmenn av overdose.³

Temaet for denne oppgaven er rus og behandling, der utdeling av heroin er en aktuell debatt. Vi vil redegjøre for utviklingen av LAR (legemiddelassistert rehabilitering) i Norge, og beskrive de ulike substitusjonsmedikamentene som er tilgjengelige i dag. Prosjektoppgaven vil bygge på en kort historisk fremstilling der vi tar for oss de medisinske nyvinningene som ledet til oppdagelsen av heroin, også kalt Diacetylmorfin. Prosjektoppgaven vil ha et medisinskfaglig perspektiv. Vi vil også se på avhengighetsbegrepet, og redegjøre for hva opioidavhengighet er, også i et adferdsanalytisk perspektiv. Vi vil til en viss grad berøre problematikken rundt stakkarsliggjøring kontra ansvarliggjøring i norsk rusomsorg. Oppgaven vil også komme inn på hvordan vi i rusomsorgen møter rusmisbrukere som gruppe i lys av Erving Goffman og avvikersteori. Temaet utdeling av heroin ble satt på den politiske agendaen da forhenværende helseminister Bjarne Håkon Hanssen reiste til Sveits for å innhente kunnskap og erfaring vedrørende utdeling av heroin, som var igangsatt i Zürich i 1991.⁴ På bakgrunn av dette fremmet Stoltenbergutvalget forslag om et prøveprosjekt med utdeling av heroin i rapport om narkotika i juni 2010. Med dette som utgangspunkt ønsker vi å sette fokus på substitusjonsbehandling og utdeling av heroin som nytt medikament i det norske rusbehandlingstilbudet. Dette danner igjen grunnlag for vår problemstilling som er:

Hvordan forstå spenningene i debatten om utdeling av heroin som tilskudd i norsk substitusjonsbehandling?

I vår prosjektoppgave har vi valgt å presentere undersøkelsens metode før teoridelen.

¹ http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1909503

² <http://www.dagsavisen.no/innenriks/article450207.ece>

³ <http://www.nrk.no/nyheter/1.6759094>

⁴ <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/politikk/article2393243.ece>

Del 2

2.1 Valg av metode, utvalgsstrategi og rekruttering

I dette prosjektet stod valget mellom kvantitativ og kvalitativ metode som verktøy for innsamling av empiri. Temaet rus og behandling, samt problemstillingen, er godt egnet for kvalitativ tilnærming da vi ønsker dybdeinformasjon fra utvalgte informanter. Det vil i et prosjekt som dette være liten mulighet for generalisering av funn, ut fra antall informanter. Det vil dermed være mer interessant med ytterpunkter og bred kompetanse hos informantene som vil kunne gi oss omfattende empiri. Vi antar som forskere at kvalitativt intervju som metode gir oss muligheten til å oppnå dette i vårt empiriske materiale med fyldig og detaljert empiri. Vi hadde som forskere behov for å gi informantene våre en større frihet til å uttrykke seg enn det kvantitativ metode tillater. Vi antar at det ville vært vanskelig å få fyldige svar på spørsmålene dersom vi hadde benyttet oss av kvantitativ metode, som ofte baserer seg på spørreskjema med skalerings spørsmål og ulike ferdigstilte svaralternativer. På bakgrunn av dette kom vi frem til kvalitative intervjuer ville være den best egnete metoden for vår prosjektoppgave. Ut fra prosjektets tema og problemstilling hadde vi som forskere en klar formening om offentlige personer som kunne egne seg som informanter i vår oppgave. Dette, igjen, påvirket vår utvalgsstrategi. I utgangspunktet hadde vi gjennom vår forkunnskap sett oss ut to interessante intervjuobjekter. Vi tok også kontakt med en bekjent som er aktiv og engasjert innen norsk ruspolitikk. Vedkommende kom med 3 andre forslag i tillegg til de to vi hadde sett oss ut. Vedrørende valg av informanter var vi ute etter personer med høy og variert kompetanse på området. Vi ønsket å belyse ulike sider og hadde i forkant en formening om informantens ståsted. Informantene i denne oppgaven representerer ulike fagområder og organisasjoner som vil kunne være våre fremtidige samarbeidspartnere.

Strategisk utvelgelse kjennetegnes ved at forskeren først tenker gjennom hvilken målgruppe som må delta for at han skal få samlet nødvendig empiri, mens det neste steget er å velge ut personer fra målgruppen som skal delta i undersøkelsen. Det kan metodisk være kritikkverdig at man som forskere allerede har gjort seg opp en formening vedrørende informantens ståsted, basert på utgitte artikler og generell aktivitet i mediebildet i forkant av intervjusituasjonen. Dette vil kunne påvirke intervjusituasjonen, noe vi reflekterte rundt i forkant.

En kan si at denne oppgavens utvalg av informanter baserer seg på en strategisk utvelgelse, men også snøballmetoden. Ved snøballmetoden rekrutteres informanter ved at forskeren

forhører seg om personer som vet mye om temaet som undersøkes, og som forskeren bør komme i kontakt med.⁵

I forberedelsene til intervjuene valgte vi semistrukturert intervju for innsamling av empiri. Denne type intervju har en overordnet intervjuguide som utgangspunkt. Forskeren forholder seg til overordnede temaer mens rekkefølge og spørsmål varierer, ut fra samtals utvikling. Som forsker kan man altså i et semistrukturert intervju bevege seg frem og tilbake i intervjuguiden. Gjennom semistrukturert intervju får informanten mer frihet enn ved strukturert intervju, og dermed muligheten til å legge vekt på det de selv anser som viktig.⁶Når intervjuobjektet får denne muligheten kan det komme uventet og god informasjon vi som forskere ikke hadde tenkt på i forkant. Denne formen for intervju gir også forskeren en utfordring når det gjelder å styre intervjuet og informanten, da målet er å samle inn empiri som besvarer problemstillingen. Vi arbeidet mye med intervjuguiden vår, som til slutt ble en guide med 7 overordnede spørsmål og temaer.

2.2 Våre informanter

Disse strategiene resulterte i våre valgte 4 informanter. Prosessen med å kontakte de aktuelle informantene gikk greit, men ved et tilfelle slet vi i flere dager med å oppnå kontakt på grunn av uriktige opplysninger på en nettside. Vårt utvalg av informanter består av en leder i LAR, en fastlege samt ledere for to ulike organisasjoner innen rusfeltet. Når det gjelder validiteten i denne prosjektoppgaven ønsker vi kort å presentere våre informanter.

Leder i Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO): Informanten er tidligere rusmiddelavhengig og gjennomførte ni måneders institusjonsopphold i 1999. Informanten oppdaget organisasjonen RIO under sitt opphold på institusjon og meldte seg inn. Vedkommende ble leder etter to år og var med på å bygge opp organisasjonen til det den er i dag med 11 ansatte. Informanten ble ferdig utdannet sosionom i 2004, og har i tillegg studert sosialpedagogikk. I denne oppgaven vil vi omtale vedkommende som informant 1.

Leder i Legemiddelassistert Rehabilitering, LAR: Psykiatrisk sykepleier som har 6,5 års arbeidserfaring innenfor LAR. Har tidligere erfaring blant annet fra psykiatrisk institusjon. Det daglige arbeidet består i fagkoordinering av tjenesten. I denne oppgaven vil vi omtale vedkommende som informant 2.

⁵ Johannessen m.fl. 2010.

⁶ Johannessen m.fl. 2010.

Fastlege og kommunerådgiver: Informant tok medisinsk embetseksamen i 1979.

Vedkommende har tidligere vært helsesjef, bydelshelsesjef og assisterende kommunelege. De siste 13 år har informanten jobbet som fastlege ved et legesenter, og har parallelt vært kommunelege med ansvar for smittevern og rus. Informanten er i dag kombinert kommunalrådgiver og fastlege. Vedkommende har i sin fastlegepraksis hatt et uvanlig høyt antall pasienter (307) med rusproblematikk, hvorav halvparten har eller har hatt en opioidavhengighet. I forbindelse med dette har informanten behandlingsansvar i mange ansvarsgrupper. Informanten har vært gjenstand for 14 tilsynssaker hos fylkeslegen hvorav to har gått til statlig kontrollorgan. Disse dreier seg om reseptforeskriving av A-preparater, hvor han er gitt medhold. I denne oppgaven vil vi omtale vedkommende som informant 3.

Leder i Foreningen for human narkotikapolitikk (FHN): Informanten tok initiativet til dannelsen av FHN i april 2006. Før dette var vedkommende engasjert i narkotikapolitisk forening. Til sammen har informanten vært politisk aktiv på området i 7-8 år. I tillegg opplyser informanten om at han også er aktiv innen Humanetisk forbund. Informanten er selv tidligere rusmiddelavhengig og uten noen form for formell utdanning. I denne oppgaven vil vi omtale vedkommende som informant 4.

2.3 Gjennomføring av intervju og transkribering

I forkant av intervjuet har hver enkelt informant underskrevet samtykkeerklæring. Intervjuene har foregått i forskjellige lokaler. Der det har vært mulig har det foregått på informantens kontor, dette gjelder to av intervjuene. Dette kan være med på å skape trygghet for informanten. Vi ønsket at intervjuene skulle foregå i rolige omgivelser med liten grad av forstyrrende elementer. Dette da lokalene i seg selv vil kunne være med å påvirke intervjusituasjonen. Vi var i tillegg bevisst på egen fremtoning med fokus på å fremstå så nøytrale som mulig. Vi forsøkte å få til en intervjusituasjon som ikke skulle bære preg av unødvendig formalitet, men en samtale under avslappende forhold. I forkant av første intervju minnet vi oss selv på det faktum at informantene også faktisk bare er ordinære mennesker, i intervjusituasjonen. Dette gjorde at vi senket skuldrene noe da vi følte oss godt forberedt.

Et av intervjuene våre foregikk over telefon ved bruk av høytalerfunksjon. Ved telefonintervju får man en helt annen kontekst som både kan ha positive og negative sider. Det er aspekter ved intervjusituasjonen en da mister, men dette kan også være av positiv karakter. En negativ side ved gjennomføring av telefonintervjuer er at det kan være vanskelig å oppnå en god dialog. Dialogen baserer seg kun på det verbale. Et godt intervju over telefonen er i større

grad avhengig av en informant som er flink til å dele sine erfaringer, kunnskap og synspunkter. Et telefonintervju kan sies å ikke være like “risikabelt”, når det gjelder for eksempel forskers framtoning. Under vårt telefonintervju kunne vi ikke bruke diktafon. På tross av notater underveis og transkribering rett etter endt intervju, vil en ikke få muligheten til å få intervjuet like ordrett som ved bruk av diktafon.

Et annet av intervjuene våre foregikk på Hotell Continental i Oslo. Valget var nøye gjennomtenkt og fungerte godt som lokale for vårt intervju.

Alle intervjuene ble transkribert umiddelbart med den fordel at vi alle kjenner empirien godt. Det fører til en nærhet til materialet, noe som styrker den senere analyseprosessen fordi vi kjenner empirien. Vi har forsøkt å transkribere så ordrett som mulig. Allerede ved transkribering skjer det en fortolkningsprosess som vi må være bevisst på.

2.4 Analyse av det empiriske materialet

Empirien vi samlet inn i vår undersøkelse er stor og omfattende. For å komme frem til den empirien vi ønsket å bruke, har vi gjennom flere runder kategorisert materialet. I første omgang etter transkribering gjorde vi oss kjent med materialet ved å gjøre oss noen notater på det viktigste ved hver informant. Deretter diskuterte vi rundt, og fant ut hva som var de store linjene i hele materialet på tvers av informantene. Gjennom arbeidet med 3 ulike arbeidsdokumenter har vi kategorisert materialet i temaer, som gjennom prosessen har blitt færre, og vi sitter igjen med den empirien vi har valgt å analysere. Valgene vi har tatt, representerer empiri som gir svar på problemstillingen, som for øvrig kan angripes fra flere ulike sider i vårt empiriske materiale. Analyseprosessen har vært preget av at vi som forskere har god kjennskap til eget empirisk materiale, noe som har lettet prosessen.

Vi vil påpeke at noen av sitatene i oppgavens empiri- og analysedel kanskje kan oppfattes som “drøye”, og kontroversielle. Vi har brukt sitatene i den kontekst de tilhører så langt det er mulig, men det er uansett slik at lesere, som jo ikke har møtt informanten slik vi har, kan få en annen oppfatning av den egentlige betydningen av sitatet. Når en intervjuer får en med seg konteksten, det non-verbale og det som ellers gjør at verbale utsagn får den betydningen de gjør.

2.5 Reliabilitet

Reliabilitet vil være en utfordring i all kvalitativ forskning, også i dette prosjektet. Kvalitativ forskning er vanskelig å etterprøve. Intervjuet bærer preg av en samtale, som er kontekstavhengig. Som forskere bruker vi oss selv om instrument. Dette påvirker både intervjusituasjon og intervjuobjekt, og muligheten for å gjenskape de ulike intervjusituasjonene er dermed lite oppnåelig. Valget av semistrukturert intervju, betyr altså at det vil være vanskeligere å gjennomføre samme intervju på nytt, da det foregår i en tidsavhengig dialog mellom forsker og intervjuobjekt. I et semistrukturert intervju “vandrer” man også frem og tilbake i intervjuguiden, noe som betyr at intervjuobjektet aktivt er med på å styre gjennomføringen av intervjuet. Intervjuobjektets respons på ulike spørsmål vil styre forskers eventuelle oppfølgingsspørsmål. Det samme vil forskers kunnskapsnivå.

I dette prosjektet har vi som forskere valgt å dele på oppgaven som aktiv forsker i intervjusituasjon. Vi har rullert på å intervju og tatt for oss hver våre informanter. Dette kan være en svakhet i denne oppgaven. Vi har alle ulikt kunnskapsnivå, forforståelse og erfaringsbakgrunn. I tillegg kan vår personlighet og fremtoning ha mye å si i en intervjusituasjon – det kan påvirke svarene vi får.

Vi kan tenke oss til at dersom en bruker samme forsker til alle intervjuene, vil forskeren bli mer erfaren og tryggere i intervjusituasjon og lære av sine feil. Dette ville kanskje kunne gitt prosjektet og innsamlingen av empiri mer kontinuitet, men dette er ikke noe vi ser som et avgjørende moment. En intervjusituasjon vil aldri bli lik på tross av at man bruker samme forsker til å foreta alle intervjuene i et prosjekt. Informantene er som forskerne; alle ulike individer som påvirker intervjuets karakter. Konteksten vil også variere. Alle var vi som forskere like godt forberedt, via god bearbeiding av intervjuguide samt teoretisk innsikt. Vi gjennomførte også flere prøveintervju med bruk av diktafon. Dette for å bli trygg på tekniske hjelpemidler, samt få konstruktiv tilbakemelding fra medforskere i dette prosjektet. Konstruktive tilbakemeldinger ble også gitt av medforskere i etterkant av de reelle intervjuene.⁷ I en kvalitativ undersøkelse blir dermed validiteten satt i sammenheng med hvorvidt studien representerer virkeligheten.

⁷ Johannessen m.fl. 2010.

Del 3

3.1 Historisk bakgrunn

Heroinets historie går så langt tilbake som for hele 6000 år siden. I denne delen av teorien vil vi gå inn på sentrale historiske trekk innenfor rusomsorgen. Dette fordi vi ønsker å skape en større forståelse for den vanskelige debatten om utdeling av heroin. Vi skal redegjøre for fremstillingen av morfin og heroin, med bakgrunn i opiums historie. Opiumsplanten har vært omtalt som gledesplante med beroligende effekt gjennom historien.

British East India Company kan karakteriseres som historiens største narkokartell, og på 1800-tallet utgjorde skatt på opium 1/7 av imperiets inntekter. Opiumsbruk var godt innarbeidet i det Viktorianske England, og på 1800-tallet var opiumsbrukere høyt fungerende mennesker med behov for effektiv medisin, og bruken vekket lite oppsikt.⁸ Det betyr at opiumsstoffer ble anvendt uten at vi snakket om et narkotikaproblem, slik vi kjenner det i dag.

I 1805 ble morfin oppdaget, og ble utviklet og lansert som medisin, et effektivt bedøvelsesmiddel som fortsatt brukes. Pasientene opplevde en intens euforisk tilstand, og i 1811 oppkalte den tyske farmasøyten F.W.A Serturmer morfin etter den greske guden Morpheus – Drømmeguden. I 1858 ble oppfinnelsen av injeksjonssprøyten et medisinsk gjennombrudd som bedret kvaliteten på medisinsk behandling. Morfin var lett tilgjengelig, og førstevalget av medikament. Stoffets avhengighetsskapende egenskap var ukjent. Først i 1874 klarte den engelske forskeren C.R Wright å fremstille syntetisk heroin under navnet Diacetylmorfin. Han avsluttet sine eksperimenter, men 20 år senere gjenopptok tyske forskere testing av Diacetylmorfin og fant stoffet godt egnet til behandling av lettere plager som bronkitt, astma, tuberkulose og hoste. Forskerne hevdet at stoffet ikke var avhengighetsskapende og brukte det som erstatningsmedisin for morfin. Dette var et feiltrinn, da heroin viste seg å være et sterkere og mer avhengighetsskapende stoff enn morfin. Diacetylmorfin ble markedsført internasjonalt under navnet heroin. Ordet stammer fra det tyske ordet heroisch som betyr kraftig, stor eller ekstrem og sier noe om hvor potent heroin var, selv i små doser. Heroin ble brukt til avvenning av morfinister før man visste noe om heroinets avhengighetspotensial. Det ble også brukt som smertestillende.

Det internasjonale medisinske miljøet innså etter hvert at heroin kunne ha uheldige konsekvenser, og FN's forløper (Folkeforbundet) satte inn reguleringer for å redusere lovlig

⁸ Fekjær, 2009.

produksjon av heroin via Genève-konvensjonen. Produksjonen av heroin var fortsatt legalt, men bare for å fylle medisinske behov. Etterspørselen etter heroin vedvarte. I denne sammenheng ble heroinproduksjonen flyttet fra de lovlige fabrikkene i Europa til hemmelige laboratorier i Asia. Det ble etablert strenge grensekontroller i et forsøk på å dempe omsetningen. I dag ligger illegale laboratorier som fremstiller heroin, godt beskyttet i ulendt terreng med utgangspunkt i land som Iran, Afghanistan, Pakistan, Burma, Laos, Thailand, Libanon og Tyrkia.⁹

3.1.1 Restriktiv narkotikapolitikk

En kan si at den restriktive alkoholpolitikken ligger til grunn for dagens narkotikapolitikk. Forbudspolitikken vokste frem på slutten av 1800-tallet, og det ble gjennomført lokale folkeavstemninger med forslag om å forby brennevinssalg i enkelte kommuner i Norge. I 1916 vedtar Stortinget midlertidig brennevinsforbud, og Norge gjennomførte en folkeavstemning i 1919. Resultatet ble et landsdekkende forbud mot brennevin og hetvin med 62% av stemmene. Dette møtte motstand blant eliten i storbyene, og førte til en oppheving av forbudet etter en ny folkeavstemning allerede i 1926, med 56% av stemmene. Også i andre land i Europa og i USA ble det innført delvis alkoholforbud i denne perioden. Den restriktive ruspolitikken har sitt grunnlag i tanken om at begrenset tilgang fører til mindre bruk.

På 1960-tallet ble narkotika et problem. Noen land valgte å legalisere oppbevaring av små mengder til eget bruk, mens Norge valgte å behandle alle stoffer likt, forby bruk og kjøre en meget restriktiv linje. Norges nulltoleranse innenfor narkotikalovgivningen har gjort landet legendarisk med sine tanker om et narkotikafritt samfunn.¹⁰ Norge står ikke alene i kampen mot narkotika, da det kan sees som et globalt problem. FNs narkotikakonvensjon utarbeidet i 1961 en liste over som i all hovedsak bestemmer hvilke stoffer som omtales som narkotika. Den hadde sin hovedvekt på naturprodukter etter lange internasjonale konferanser om opiumsstoffene. I ettertid har FN utarbeidet flere internasjonale avtaler som blant annet regulerer samarbeid og håndheving av FN avtalene på tvers av grensene innen narkotikapolitikk.¹¹

⁹ <http://www.forskning.no/artikler/2003/august/1060938606.23>

¹⁰ Fekjær; 2009.

¹¹ Fekjær; 2009.

3.2 Dagens narkotikapolitikk

I dagens samfunn i Norge brukes ordet narkotika som en fellesbetegnelse for en hel rekke stoffer. Dette er en forvirrende fellesbetegnelse, da stoffene mangler fellestrekk. Det eneste som er felles for disse stoffene, er at de er regulert gjennom lover og forskrifter. Også enkelte legale stoffer omfattes av betegnelsen narkotika, da de gir fysisk avhengighet, samt i tilfeller der de ikke er legalt foreskrevet av lege.

Helsetilsynet i Norge definerer hvilke stoffer som skal stå på den norske lista over narkotika, og denne lista inneholder per dags dato omlag 200 stoffer. Vurderingen er skjønsmessig da stoffene ikke har eksakte fellestrekk. Om et stoff regnes som illegalt, har konsekvenser for hvordan stoffene oppfattes i samfunnet. I Norge fikk man kjøpt medisiner som inneholdt opiumsstoffer frem til 1970-tallet uten resept. Reglene og kontrollen med opiumsstoffer ble strengere og de forsvant fra norske apotek i takt med opprørsbevegelsene ute i verden og det man definerte som “ungdomsnarkomani” på 1960- og 70-tallet. På 1970-tallet fikk heroin innpass i ungdomsgrupper, og det var på denne tiden vi fikk en fremvekst av tunge narkomane i Norge. I løpet av 1980- og 1990-tallet hadde det utviklet seg til et stort misbrukerproblem. I Norge ble heroin beslaglagt for første gang i 1976.

Det sosialfaglige perspektivet preget fagmiljøene på 1970-tallet. Narkotikapolitikken ble etablert med bakgrunn i folkehelseperspektivet med en ide om å beskytte folket mot noe negativt. Dette har ført til en omfattende og restriktiv lovgivning. Denne lovgivningen var et resultat av redsel for at hele samfunnsstrukturen skulle bryte sammen. Kriminaliseringen og Norges restriktive politikk er et resultat av det internasjonale samarbeidet, og har fått mye kritikk for konsekvensene dette medfører overfor allerede vanskeligstilte grupper.¹²

3.2.1 Substitusjonsbehandling

I USA på 1960-tallet presenterte Dole og Newswander det vi i dag kjenner som legemiddelassistert rehabilitering; en behandlingsmodell for opioidavhengige, da oftest heroin. Behandlingsmodellen gikk da under navnet Methadon Maintenance Treatment, og gikk ut på å gi pasienten det legale stoffet Metadon som erstatning (substitutt) for det illegale opioidstoffet og på den måten gjøre pasienten abstinensfri. Sverige startet også med Metadonprogram i 1966. Det å erstatte et illegalt narkotisk stoff med et legalt ett, metadon, ble sett på som rimelig kontroversielt, og på grunn av dette var de aller fleste europeiske land

¹² <http://www.forskning.no/artikler/2003/februar/1046076082.55>

restriktive, deriblant Norge. På 1980-tallet kom HIV-epidemien og behandlingsformen ekspanderte. I Norge var vi imidlertid fortsatt restriktive. Tradisjonelt sett har rusproblematikk i Norge vært sett på som en sosial lidelse, og behandlingen skulle være medikamentfri. Da Metadon ble foreslått som et ledd i behandlingen av opioidavhengige, ble dette møtt med stor motstand i fagmiljøet. Argumentene mot Metadon var at det ville være å gi rusavhengige et nytt rusmiddel, og at det var å gi opp folk og troen på rusfrihet. Et annet argument var at utbygging av medikamentfrie tiltak ville nedprioriteres.

I Norge fikk vi det første forsøksprosjektet med Metadonstøttet behandling i 1991. Prosjektet Hiv-Met var et 4-årig forsøksprosjekt for AIDS-syke i Oslo. I 1994 kom også prøveprosjektet MiO, Metadon i Oslo, på bakgrunn av både økende sykkelighet og høye overdosetall hos en gruppe opioidavhengige som ikke nyttiggjorde seg tradisjonell behandling. Med streng kontroll og tett oppfølging med psykososiale støttetiltak og behandling gav Metadonprogrammene gode resultater. På bakgrunn av dette og internasjonal forskning ble det vedtatt på Stortinget i 1997 at behandlingstilbudet skulle være landsdekkende. Siden 1998 har dette tilbudet vært allment tilgjengelig i form av LAR, legemiddelassistert rehabilitering. Fra nå av vil vi i denne oppgaven omtale legemiddelsassistert rehabilitering som LAR. I løpet av de siste 10-15 årene har LAR-tilbudet utvidet seg og en har LAR tilgjengelige i de fleste fylkene. Fra første forsøksprosjekt i 1991 med 50 HIV-positive brukere, var det høsten 2009 ca 5500 pasienter i LAR. ¹³

Tidligere var rusbehandling i Norge sosialtjenestens ansvar. Med rusreformen i januar 2004, ble ansvaret overført til staten ved de regionale helseforetakene, dette forankret i lovene som gjelder spesialisthelsetjenesten. Rus ble altså helse, i stedet for et sosialt anliggende. Dette medførte at de regionale helseforetakene fikk ansvar for TSB – tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. ¹⁴

I Oslo har vi i dag sprøyterom som sprøytemisbrukere kan benytte for å injisere heroin på en trygg og steril måte. Prosjektet er ikke slutført, og er delvis finansiert av statlige midler og ligger under feltpleien i Oslo Kommune. ¹⁵ Dette er et skadereduserende tiltak som i 1999 for første gang ble foreslått. Det førte til en lang politisk debatt med etablering av et treårig prøveprosjekt 1.februar 2005 som resultat. ¹⁶ Dette er et tiltak som handler om smittevern.

¹³ <http://www.fmr.no/medikamentassistert-rehabilitering-i-norge.72630-9603.html>

¹⁴ http://www.helsedirektoratet.no/rusmidler/behandling/rusreformen/om_rusreformen_38440

¹⁵ <http://www.rusmiddeletaten.oslo.kommune.no/tjenestetilbudet/skadereduksjon/article29134-8855.html>

¹⁶ http://www.rusfeltet.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/Spyterommet.pdf

3.2.2 Medisinskfaglig perspektiv

Fra oppstarten av landsdekkende substitusjonsmedikamentell behandling i Norge, har det vært et større fokus på medisinskfaglig tilnærming enn sosialfaglig. LAR og den substitusjonsmedikamentelle behandlingen har medisinsk utgangspunkt i at bruk av opiater, heroin og morfinlignende stoffer fører til nevrobiologiske endringer i kroppens endorfinsystem lokalisert i hjernen. Dette betyr at det skjer fysiske endringer. Kroppens naturlige endorfiner likner på morfinstoffer og regulerer en rekke av våre ordinære kroppsfunksjoner som; stressnivå, smerteterskel, og dermed generell velvære. Hjernecellene er utstyrt med reseptorer som sender signaler om hvor aktive cellene skal være. Ved bruk av heroin og ulike morfinliknende stoffer over lengre tid blir reseptorene i hjernen overstimulerte og adapterer slik at cellen ikke lengre fungerer optimalt uten stimulering. Det er med bakgrunn i dette at vi snakker om en toleranseutvikling der økt mengde ikke nødvendigvis gir rus, men en følelse av tilfriskning. Det er altså skjedd biologiske endringer i hjernen når en ser god effekt av substitusjonsbehandling med henholdsvis metadon og buprenorfin. Buprenorfin er virkestoffet i Subutex og Subuxone. Ved å tilføre substitusjonsmedikamenter med heroin- og morfinlignende egenskaper normaliseres de biologiske forholdene i hjernen og pasienten blir abstinensfri. Dermed oppnår pasienten en tilnærmet normal funksjon, med normale stressverdier og gjenoppretter en normal fysisk smerteterskel, samt nevropsykologisk psykisk funksjon. Endringene i hjernens endorfinsystem forbedres ikke, og avhengigheten av opioider opprettholdes. Dermed er substitusjonsbehandling i dag sett på som livslang behandling.¹⁷ Substitusjonsbehandling omtales også gjerne som vedlikeholdsbehandling.

Utdeling av heroin tar utgangspunkt i kjemisk fremstilt, ren heroin, også kalt Diacetylmorfin. Dette som et tilskudd til de nåværende substitusjonsmedikamentene vi finner under LAR i dag. For å kunne ta stilling til, og kunne reflektere rundt behovet for å ta inn Diacetylmorfin i behandlingen, vil vi her redegjøre for de tre ulike medikamentene som anvendes i den nåværende substitusjonsmedikamentelle behandlingen.

Metadon er det stoffet verdens helseorganisasjon anbefaler i substitusjonsmedikamentell behandling av opioidavhengige. Metadon er et syntetisk stoff utviklet under 2.verdenskrig, og kan sidestilles med de fleste andre opiumsstoffer når det gjelder stoffets virkning.¹⁸ Metadon er dermed et kunstig fremstilt opioid.¹⁹ Stoffet inntas oralt og fås i væskeform, både

¹⁷ Lossius; 2011.

¹⁸ Fekjær; 2009.

¹⁹ http://www.sirus.no/filestore/Import_vedlegg/4-97.PDF

konsentrert og utblandet. Stoffet er ikke ment for injisering, men kan misbrukes, og da også injiseres. Metadon er et sterkt avhengighetsskapende stoff og er akutt dødelig dersom det inntas av personer uten utviklet toleransegrense for opiat, selv i små doser. Stoffet kan anses å være mer avhengighetsskapende enn heroin, dette grunnet den høye halveringstiden som gir brukeren en veldig jevn tilgang av stoffet. Metadon har lang virketid og kan inntas en gang i døgnet. Metadonbehandling kan anses for å være en nødløsning der håpet om en rusfri tilværelse er redusert. Metadon riktig dosert forhindrer abstinenssymptomer, og den blokkerer virkningen av heroin eller andre opiat i høy grad. Dette gjelder ikke inntak av andre narkotiske stoffer. Metadon har også bivirkninger som kløe, nedsatt libido, forstoppelse, kvalme og uregelmessig menstruasjon. Abstinenssymptomer ved opiatlignende stoffer som Metadon, vil være svette, feber, verking i muskler og ledd, magekramper, generell uro, diare, hodepine, søvnproblemer og leggkramper. Mange av disse abstinensene vil en kunne sidestille med influensasymptomer og graden vil være avhengig av forbruk og individuell smertetoleranse psykosomatisk. Den mest alvorlige bivirkningen er at stoffet er høyst dødelig kombinert med andre såkalte sedativer, slik som alkohol eller Valium.²⁰

De senere år har Subutex kommet inn som et alternativ til Metadon i norsk substitusjonsbehandling. Virkestoffet i Subutex er buprenorfin som er et kjemisk stoff som lenge har vært brukt som smertestillende under betegnelsen Temgesic. Subutex-tabletten inneholder større mengder buprenorfin enn Temgesic og er en sublingvaltablett. Dette betyr at virkestoffet buprenorfin absorberes via munnens slimhinner og inntas dermed oralt. Buprenorfin har lang halveringstid og kan dermed inntas annenhver dag. Subutex er et attraktivt rusmiddel på det illegale markedet som lett omsettelig da det kan injiseres og gir rus. Subutex og virkestoffet buprenorfin er ikke ansett å være like farlig som Metadon da en må opp i høyere doser for å gi dødelig dose, selv blant mennesker uten opparbeidet toleransegrense.

Det siste tilskuddet i norsk substitusjonsbehandling er introduseringen av Subuxone. Stoffet har samme virkestoff som Subutex og inntas også oralt. Fordelen med Subuxone er at tabletten inneholder antagonist *Naloxon*, som er en fungerende motgift til opiat. Motgiften Naloxon absorberes ikke gjennom svelging og magesekken eller via munnens slimhinner. Derimot tas stoffet opp via direkte injisering i blodbanen, og den ønskede effekten av buprenorfin vil ved injeksjon utebli. Antagonisten Naloxon har kort virketid og kan i

²⁰ Fekjær; 2009.

kombinasjon med bruk av andre opiatere fører til en opioidoverdose som inntreffer når Naloxon er ute av kroppen. Buprenorfin i Subutexform finnes også som implantat og plaster med en depot-effekt. Dette er lite utprøvd og brukes ikke i Norge. Både Subutex og Subuxone er dyrere medikamenter enn Metadon. Fordelen er minsket risiko for overdoser sammenlignet med metadon samt mildere abstinenser. Erfaringsmessig kan det se ut til at Metadon fungerer bedre enn buprenorfin på langtkommende heroinmisbrukere.²¹

3.2.3 Opioid - en samlebetegnelse på ulike morfinlignende preparater

Opium fremstilles naturlig fra opiumsvalmuen. Stoffet opium fås ved å tappe frøkapslene for en hvit, flytende masse som deretter tørkes, stivner og får en brunaktig farge (Opiumskaker/råopium). Stoffet morfin er en isolert substans med opphav i råopium. I dagens samfunn finnes det mange ulike morfinpreparater som går under ulike navn som Dolcontin, Fentanyl, Kodein, Petidin, OxyContin og Metadon. I Norge har vi ca. 40 ulike morfinpreparater registrert i felleskatalogen.²² Heroin er også klassifisert som et morfinlignende stoff, og ble kunstig framstilt gjennom å koke morfin sammen med syreanhydrid i flere timer.²³ Kjemisk framstilt heroin går under navnet Diacetylmorfin og har samme virkning og abstinenssymptomer som andre opioider. Fordelen med mange av de kjente morfinpreparatene også kalt opioider, er lang halveringstid som gir jevn tilførsel. Heroin er således et unntak, og har særdeles kort halveringstid. Heroin må inntas ca hver tredje time, og resultatet er store svingninger av opioidinnhold i kroppen.²⁴

Opioidstimulatorer øker kroppens toleranse og rusmidlets effekt har fysiologisk påvirkning på hjernens mekanisme til å gjenopprette en tilnærmet normal fungering. Abstinenssymptomene stammer fra det parasympatiske nervesystemet, og er dermed ikke viljestyrt. De vanligste symptomene er; svette, muskelsmerter, kriblinger, frysninger, kramper, søvnproblem, hodepine, diaré, kløe og uro.²⁵ Dette er altså i høy grad de samme symptomene en ser ved bruk av de substitusjonsmedikamentene vi har i dag, som tidligere beskrevet.

Opioidstimulatorer hemmer respirasjonsrefleksjonen med overdosedødsfall som mulig resultat.²⁶ Opphør i bruk av morfinpreparatene vil gi abstinenssymptomer, og inntak av rusmidlet er forbundet med stimulering av vårt biologiske belønningssystem lokalisert i hjernen. Fravær av

²¹ Fekjær; 2009.

²² <http://www.felleskatalogen.no/>

²³ <http://www.forskning.no/artikler/2003/august/1060938606.23>

²⁴ http://www.snl.no/sml_artikkel/heroin

²⁵ Lossius; 2011.

²⁶ http://www.snl.no/sml_artikkel/heroin

inntak vil hos en opioidavhengig resultere i abstinens og betraktes som tapt belønning i et perspektiv der atferd er innlært. Opioidabstinenser er ofte forbundet med fysiske abstinenser som er relativt kortvarige, men “suget” etter opiater kan også oppnås etter langvarig opphold av bruk. Dette kan da tyde på at bruket også kan ha psykologiske effekter som resultat av innlært atferd kombinert med hukommelse av kontekst. Hukommelsesbilder av den positive effekten vil senere kunne føre til tilbakefall.²⁷ Opioidavhengighet kan dermed også sees i lys av et adferdspsykologisk perspektiv som læringsteori. Eksempelvis kan en nevne Skinners teori som tar for seg forholdet mellom omgivelser og adferd, der omgivelsene karakteriseres som stimulus og adferden karakteriseres som respons.²⁸

3.3 Avhengighet og adferds analytisk tilnærming

Når vi skal se på begrepet avhengighet kan en ta utgangspunkt i ulike ideologier, og det er et vidt begrep. Begrepet avhengighet kan sies å handle om hvem som har kontrollen – om det er individet selv (indeterminisme) eller miljøet (determinisme) som styrer adferden.

Verdens helseorganisasjon opererer med et klassifikasjonssystem på sykdommer og ICD-10 kjennetegnes som et avhengighetssyndrom der tre eller flere kriterier blir oppfylt for å stille diagnosen avhengighet.²⁹ Mange av kriteriene for å stille diagnosen kjennetegnes av at pasienten er styrt og viser manglende kontroll over egen adferd. Når det gjelder rusavhengighet, domineres adferden av manglende kontroll på tross av tydelige negative konsekvenser. Avhengighet kjennetegnes også ved sterk lyst eller trang, fysiologiske abstinenser ved opphør av bruk, likegyldighet vedrørende andre interesser og toleranseutvikling. Dette systemet anvendes også i Norge, og kan sees på som medvirkende årsak til at rus ble helse i 2004.³⁰

Vi kan ta utgangspunkt i to ulike perspektiver for å forstå avhengighet. Dersom en tar utgangspunkt i determinisme, utgjør dette en type offertekning med fravær av ansvarliggjøring. Dette er en teori som kan ligge til grunn for en eventuell stakkarsliggjøring i rusomsorgen, der det sys flytemadrasser under beina på rusmisbrukere. Med denne typen ideologisk tilnærming, er det fortsatt mulig å bli våt på beina ved de uunngåelige fall dersom en mister balansen. Fordelen med å ta utgangspunkt i offerperspektivet i rusomsorgen er det totale fravær av forventninger og manglende ansvarliggjøring i møte med pasientene. Dette

²⁷ Lossius; 2011.

²⁸ Tetzchner; 2008.

²⁹ Lossius; 2011.

³⁰ Brumoen; 2007.

gjør at terskelen for å be om hjelp blir lavere da det ikke stilles noen krav, og man kan møte pasienten der han er. På den annen side medfører offerperspektivet en form for stakkarsliggjøring der en fratar rusmisbrukeren verdien av å være aktør i eget liv med det endringspotensiale det gir. I offerperspektivet er det miljøbetingelsene og genetikk som styrer adferd, som igjen gir lite endringspotensiale. En kan altså med aktørperspektivet appellere til personens iboende evne til endring, og evne til å ta bevisste valg. I dette perspektivet har pasienten bevisst valgt å ruse seg og bevisst fortsatt med sitt forbruk. Med dette som utgangspunkt blir pasienten ansvarliggjort og det igjen gjør pasienten til et frittstående individ med handlingsalternativer der endring er mulig. Med aktørperspektivet støttes ideologier om at handlinger medfører konsekvenser som forventet. Aktørperspektivets ulempe er at individer rundt pasienten (samfunnet), kan innta en holdning basert på moralisme og stigmatisering som kan føre til utstøting. Dette er noe en kan se i dag gjennom vår kategorisering og stigmatisering av enkeltgrupper i samfunnet som skiller seg ut. Dette kan igjen gi uheldige konsekvenser der “avvikere” rammes av skyldfølelse, angst, skam og en følelse av mislykkethet. Dette kan igjen begrense individets følelse av frihet.

Avhengighet kan også ses i forbindelse med begrepet vaner, som handler om uønsket adferd som ikke alltid trenger å være basert på frie, rasjonelle valg. En kan si at vaner etableres da de synes å ha positive konsekvenser for omgivelsene og individet i et kortsiktig perspektiv.³¹ Eksempelvis kan en i en gitt kontekst velge en middagshvil på tross av at en da får dårlig tid. Middagshvilen gir kortvarig og momentan lykke, på tross av faktiske negative konsekvenser. Dette betyr at våre valg styres av kontekst, og muligheten styrer hvorvidt behovet oppstår. Middagshvilen er tydelig forbundet med noe positivt i et kortsiktig perspektiv, på tross av klare negative konsekvenser. Dette perspektivet kan en også videreføre til rusavhengighet. Rusavhengighet kan forstås som en etablert vane der rusmidlene forbindes med raske, kraftige og forutsigbare stemningsendringer man oppfatter som positive. Vanen som opparbeidet rusavhengig er innlært som et effektivt atferdsmønster en har rukket “å bli glad i”. Deretter kan en se avhengighet og rusmisbruk som en nødvendighet mer enn et reelt valg. Adferd styres ofte av det som føles trygt og godt enten vanen karakteriseres som god eller dårlig.³²

³¹ Brumoen; 2007.

³² Brumoen; 2007.

3.3.1 Avvikende adferd

Rusmisbrukere som gruppe tillegges gjerne ulike egenskaper, ofte negative. I den forbindelse vil vi kunne ta utgangspunkt i Erving Goffman og stemplingsteori. Stemplingsteorien går ut på at den som stemples tilskrives negative personlige egenskaper, med bakgrunn i atferden. Erving Goffman opererte med begrepet stigma, og teorien kan sies å ta utgangspunkt i adferd som avviker fra normalen. Stempling kan dermed sies å ha med hvorvidt man opplever aksept eller ikke fra omgivelsene på egen adferd.³³ Stempling kan bidra til selvoppfyllende profetier. Et eksempel kan være dersom personalet ved en institusjon ser at det er fremgang hos pasienten, kan det føre til at de får positive forventninger til pasienten. Forventningen om et positivt utfall fra personalets side, vil i seg selv kunne påvirke at utfallet blir positivt. Dersom en behandler har positive forventninger til en pasient, vil det kunne resultere i positivt utfall, men dersom behandler har negative forventninger, vil det kunne resultere i et negativt utfall.³⁴ Dette betyr at hvordan vi møter rusmisbrukere i rusomsorgen vil kunne ha innvirkning på resultatene av behandlingen. Med denne teorien til grunn, vil en rusmisbrukers møte med LAR kunne påvirkes av relasjonen mellom bruker og behandler, og hvorvidt aktørperspektivet ligger til grunn eller offerperspektivet.

Del 4

4.1- Norsk ruspolitikk

4.1.1 Kriminalisering i et historisk perspektiv

Vårt empiriske materiale viser at kun en av våre informanter er opptatt av problematikken vedrørende forbudspolitikken. Denne politikken kan sies å danne bakgrunn for dagens narkotikapolitikk med nulltoleranse under slagordet ”*Et narkotikafritt Norge*”.³⁵ Dette danner igjen noe av grunnlaget for spenninger vedrørende debatten om utdeling av heroin som tilskudd i dagens substitusjonsbehandling. Med bakgrunn i informant 4 sine uttalelser vedrørende dekriminalisering og legalisering av alle stoffer, vil vi vise hvordan dette påvirker debatten om utdeling av heroin. Dette fordi en gjennom historien kan se paralleller fra 1800 – tallets forbudspolitik til nåtidens narkotikapolitikk. Vi anser dette for å påvirke spenningen rundt dagens debatt om utdeling av heroin.

³³ <http://www.snl.no/stigma/samfvunsvitenskap>

³⁴ Garsjø; 2007

³⁵ Fekjær; 2009:57.

En mulig parallell til teorien rundt utviklingen på 1800-tallet, er at rusmisbrukere var uønskede individer, karakterisert som en last for samfunnet, noe de også kan sies å være i dag. Som informant 4 uttrykker det: *“Fra 1970-tallet og frem til i dag, har de rusavhengige blitt jaga fra Slottsparken, nedover Karl Johan via Stortorget og Skippergata til Jernbanetorget og Plata.”* Dette kan sees i lys av stempingsteorien til Erving Goffman, i forhold til hvordan vi tillegger individer med avvikende adferd uønskede egenskaper som igjen fører til utstøting. Her viser empirien at rusmisbrukere tidligere har vært, og fortsatt er, gjenstand for dømmende og lite inkluderende behandling i samfunnet. Dette kan se ut til å bero på vår iboende redsel for det ukjente, og samfunnets behov for å skjerme innbyggerne mot “et onde”.

Informant 4 karakteriserer samfunnet på 1800-tallet som primitivt med fokus på straff av det de ikke likte. *“For folk med rusproblemer er jo ikke veldig produktive.”* Vedkommende poengterer at det på begynnelsen av 1900-tallet ble en begynnende omstilling i holdninger til å hjelpe rusmisbrukere med overnatting og utdeling av mat. Dette møtte stor forargelse da det fortsatt var mye fokus på tvangsbehandling. Vi ser her en mulig parallell til dagens rusomsorg med ulike lavterskeltilbud på den ene siden, samt bøter og straff på den andre.

Ved å ta utgangspunkt i forbudspolitik og kriminalisering kommer en ikke utenom det noe radikale ordet legalisering. Empirien viser at informant 4 er fremtredende når det kommer til problematikken rundt legalisering, og vedkommende er opptatt av at alle stoffer bør behandles likt gjennom en legalisering.

Et annet moment vi ønsker å trekke frem når den gjelder spenningen i debatten er medias rolle som styrende for utviklingen i norsk ruspolitikk. Dette i forhold til hva som står på den politiske agendaen til enhver tid. Informant 1 uttrykker følgende; *“Før kunne ikke politikerne snakke om at vi bruker penger på rusomsorg. I dag prates det mer om ruspolitikk.”*

Rusmisbruk er gjerne forbundet med skam og gruppen blir ofte kategorisert som uønsket, forbundet med kriminalitet og dermed en byrde for samfunnet. Dette kan ses i lys av stempingsteori. Det kan da være vanskelig å innrømme at en bruker penger og ressurser på en gruppe som samfunnet ser på som lite produktive i et samfunnsperspektiv. Som vår informant 4 uttrykker det; *“folk som drev med narkotika har vært sett på som fiender i Norge, de ble sett på som de verste kriminelle, og folk ble straffet for bruk og salg i opp til 18 år eller livstidsdom.”* Dette sitatet viser historisk hvordan gruppen rusmisbrukere alltid har vært assosiert med noe negativt, som alltid har vært gjenstand for straff i vårt samfunn.

En kan reflektere over hvorvidt situasjonen er noe særlig annerledes i dag til tross for at straffnivået har gått kraftig ned. I et stemplingsteoretisk perspektiv er det lett å dra linjen til kriminaliseringen av de homofile, som opphørte i 1972, i Norge.³⁶ En kan i lys av historien se for seg en dekriminalisering av rusmisbrukere, da samfunnet ikke er statisk, men i stadig bevegelse der ingenting er konstant. Dersom samfunnet er et resultat av kontinuerlige endringsprosesser vil en kunne se for seg legalisering som en fremtidig mulighet. Informant 4 uttrykker i denne forbindelse: *“Hvem har rett til å straffe meg for å bruke et alternativ til alkohol? Et bedre, et sunnere alternativ. Det henger ikke på greip. Jeg er for legalisering av alle rusmidler.”* Dette utsagnet kan anses som kontroversielt. En legalisering trenger ikke være ensbetydende med fri flyt av rusmidler. Det kan heller anses som et virkemiddel for å få bukt med organisert kriminalitet. En legalisering av de ulike stoffene vil kunne resultere i anvendelsen av ordet medikament i en bredere utstrekning enn i dag, da ordet narkotika forbindes med noe kriminelt. Ved en eventuell legalisering av ulike stoffer, vil en kunne føre en form for kontroll med stoffene, kanskje i enda større grad enn dersom de er en del av det illegale markedet. En kan her reflektere rundt hvorvidt en legalisering i ytterste konsekvens kan være økonomisk samfunnsbesparende. Det er likevel slik at resultatene av en slik legalisering er vanskelige å forutsi og ville kanskje måtte omfatte større deler av den vestlige verden. En legalisering i ett land kan en vanskelig forestille seg ha en effekt på den organiserte kriminaliteten globalt.

For å sette ideen om legalisering i et større perspektiv, kan vi for eksempel se på nyhetsbildet og tilstanden i Mexico i dag. Nyhetsbyrået Reuters publiserte 3.mai 2011 en artikkel med tittelen: *“U.S should legalize drugs, says former Mexican president Fox.”* Artikkelen omhandler den alvorlige situasjonen i Mexico. I artikkelen appellerer den forhenværende presidenten i Mexico til den nåværende amerikanske president Barack Obama, om å legalisere og dekriminalisere narkotika om eneste løsning på problemene i Mexico. Mexico forvitrer under narkotikakrigen, som siden 2006 har krevd 37.000 menneskeliv. Artikkelen formidler følgende uttalelse: *“The former president said drug use in the United States is so huge no law can stop it, so American politicians need to take the bold step of legalizing drugs.”*³⁷ En kan se for seg at ordet legalisering skaper spenninger i seg selv, da det må kunne ansees som et kontroversielt virkemiddel. Det vil også være spenninger mellom et samfunnsvitenskapelig perspektiv kontra individperspektivet, noe som farger debatten om utdeling av heroin.

³⁶ <http://www.snl.no/homofili>

³⁷ <http://www.reuters.com/article/2011/05/03/us-mexico-fox-drugs-idUSTRE74251220110503>

Norge har som tidligere nevnt i del 3 en restriktiv politikk og i dag anvendes det bøter og fengselsstraff for bruk og besittelse av narkotiske stoffer. Fengselsstraff kan karakteriseres med isolasjon og blir dermed en utstøtelse fra det etablerte samfunnet. Som vår informant 4 uttrykker det: *“Alle som har noen form for befatning med narkotika, blir utstøtt fra det norske samfunnet, de havner i fengsler og får kortere besøk av voldtektsforbrytere, vinningsforbrytere og hvitsnippforbrytere. De ‘verste’, de ‘verste’ kriminelle, er dømt for narko.”* Igjen fremtrer avvikerteorier og Erving Goffman som svært aktuell som teoretisk grunnlag. Sitatet fra informant 4 viser ettertrykkelig hvordan vi kategoriserer mennesker i bestemte grupper etter ulike kriterier og egenskaper i det daglige.

En kan på bakgrunn av dette stille seg spørsmålene; Hvor mye har rusomsorgen i Norge endret seg? Bedriver vi i Norge en form for halvveis, eller halvhjerta hjelp i rusomsorgen? Rusomsorgen tilbyr ulike lavterskeltilbud i form av hospits, matutdeling, skadereduserende tiltak (eksempelvis utdeling av brukerutstyr) og sprøyterom. I tillegg tilbyr rusomsorgen ulike døgntilbud i form av institusjonsopphold og avrusning, samt LAR (Legemiddelassistert Rehabilitering). På den andre siden har vi høy grad av kriminalisering med bøter og fengselsstraff. Vår praksis med soning av bøter og fengselsstraff gir et interessant etisk dilemma uttrykt via informant 3: *“Vi slipper lettere unna med lavere bøter eksempelvis for fartsovertredelser, enn de narkomane for besittelse og bruk av narkotika. Er det moralsk riktig å bruke fengsel som en slags behandlingsinstitusjon?”* Sitatet belyser hvordan bruken av straff i form av fengsel rammer en marginalisert gruppe i samfunnet. Informant 3 uttaler en bekymring vedrørende bruken av fengsel som behandlingsinstitusjon, men uttaler også at det er svært effektivt. Dette grunngis i at den innsatte lett nås og har fylt noen av de grunnleggende behovene som mat og bolig, noe som er en forutsetning for igangsetting av medikamentell behandling. En kan likevel reflektere rundt hvorvidt dette er den opprinnelige strafferettslige hensikten med fengselsstraff eller en utilsiktet konsekvens av kriminaliseringen. En kan også gjøre seg noen tanker om hvorvidt isolasjon som straff er legitimt overfor en gruppe med henblikk på at rusavhengighet er definert som en sykdom gjennom verdens helseorganisasjon (WHO).³⁸

Dersom en ser tilbake på situasjonen på 1800 – tallet med forbudspolitik og deretter trekker paralleller til dagens rusomsorg ser en likhetstrekk. En kan spørre seg om det egentlig har skjedd så mange endringer på området, bortsett fra at rus i dagens samfunn ikke er like

³⁸ Fekjær; 2009.

tabubelagt i media. Det kan se ut til at media vil kunne ha en stor rolle når det gjelder debatten om utdeling av heroin, og måten debatten fremstilles på. Straffenivået har gått ned, men kriminaliseringen vedvarer og rusmiljøet i større byer er fortsatt gjenstand for overfladiske inngrep ved at de flyttes fra sted til sted. Rusmisbrukere vil fortsatt kunne karakteriseres som uønskede individer en ønsker å skjerme samfunnet mot, uten at kjernen i problematikken nødvendigvis angripes. Historisk kan det også se ut til at mennesker alltid har hatt behov for rus. Det kan se ut som at dersom noe er ulovlig gir dette noen negative føringer, og bare ordet narkotika forbindes med et onde, så også rusmisbrukere som gruppe. Vi lever i et samfunn bygget på nulltoleranse og ordet heroin forbindes med kriminalitet. Dette øker spenningen i debatten om utdeling av heroin, da det for mange vil være en prøvelse å omtale heroin som et medikament, likestilt med andre medikamenter. En kan kanskje snakke om at ryggmargsrefleksjonen slår inn når ordet heroin nevnes. Spenningen oppstår også mellom hva som lønner seg for storsamfunnet i motsetning til individuelle hensyn. En må her legge til grunn at avhengighet og dermed narkomani er karakterisert som en sykdom. Det vil alltid være spenninger mellom straff og behandling, og det er et moralsk dilemma når fengslene fungerer som effektive behandlingsanstalter. Hvordan vi behandler rusmisbrukere i dagens samfunn kan sees i lys av stempingsteori.

4.1.2 Rusmisbruk og dødelighet

Forslaget om utdeling av heroin som et tilskudd i substitusjonsbehandlingen, må ses i sammenheng med at mange unge liv går tapt årlig. I løpet av en tiårsperiode fra 1998 til 2008 kan Norge rapportere om 3.000 dødsfall grunnet overdose. Dette er et urovekkende høyt tall sammenlignet med andre land i Europa. Når en skal prøve å forstå spenningene og følelsene i debatten om utdeling av heroin, bør en ha i bakhodet hvor mange familier dette berører. En må se substitusjonsbehandling som et skadereduserende tiltak, som gir jevn tilførsel av opioidlignende stoffer.

I vår empiri uttaler informant 3; *“Altså, tungt rusmisbruk er jo en fryktelig alvorlig lidelse som er høyst dødelig. Heroinmisbruk er den dødeligste lidelsen et ungt menneske kan ha. I det hele tatt er det mer dødelig enn kreft. Om du sammenligner substitusjonsbehandling med andre typer behandling, som for eksempel blodtrykksreducerende medikamentell behandling, så er substitusjonsbehandlingen den mest effektive behandlingen. Den øker antall leveår.”* Informant 3 påpeker i denne sammenheng det uetiske i å avbryte et behandlingsforløp uten oppfølging. Informanten påpeker også at dødeligheten tredobles ved avbrutt

institusjonsopphold, etter endt soning eller avbrutt LAR-behandling. I rusmiljøet opereres det med myten *“På Metadon så lever du bare i 15 år. Jeg sier jo det at; men kjære deg! De fleste heroinmisbrukere er jo døde før de er 35, sånn til vanlig. Det vi gjør ved å gi Metadon, er jo at vi holder liv i deg!”* Dette er et interessant utsagn fra informant 3. En kan ta utgangspunkt i at brukere av LAR har en lang opioidavhengighet bak seg, ledsaget av en livsstil med aspekter som underernæring. Dette vil kanskje være grunnlaget for mulig forkortet livslengde som resultat. Det blir dermed vanskelig å si noe om hvorvidt Metadon i seg selv er mer skadelig enn illegalt heroin, og en må også ta sidemisbruk og blandingsmisbruk inn i refleksjonen. Det en ser er i følge informant 3 at; *“De dør jevnlig i en alder av 44 år og opp til 60 år, og de dør av KOLS. Det er stort sett det de dør av, de dør av lunge- og hjertesvikt som skyldes det livet de har levd. Lungefunksjonen er allerede dårlig når de kommer inn i LAR.”* Informanten opplyser å ha hele 651841 dagers erfaring i sitt materiale. Informant 3 uttrykker også at *“Helsesituasjonen deres ellers kan sammenlignes med U-landsmedisin. Mine LAR-pasienter nær 60-årene er skikkelig ‘oldinger’, de er pleietrengende på sykehjem.”* Det en ser når det gjelder eldre rusmisbrukere, enten i LAR eller utenfor, er en gjentakelse av historien. I følge informant 3 er helsesituasjonen til en 60 år gammel rusmisbruker sammenlignbar med helsen til normalbefolkningen dersom en går to generasjoner tilbake i tid. Dette betyr at en rusmisbruker i høy grad ser ut til å få forkortet sin levealder, også med substitusjonsmedikamentell behandling. Informant 2 gav uttrykk for at vi vet veldig lite om langtidsvirkningene og uttrykte også at *“Subutex, Subuxone og Metadon korter livet med 25 år.”* En kan også undre seg over hvorvidt rusmisbrukere hadde nådd en alder av 60 år dersom vi ikke hadde hatt substitusjonsbehandling i Norge.

Når en da ser på dagens situasjon og de høye overdosetallene i Norge, er det kanskje ikke rart at en vurderer kontroversielle tiltak som utdeling av heroin. Informant 4 uttrykker det slik; *“folk dør som fluer.”* Med dette som bakgrunn kan debatten om utdeling av heroin bli følelsesladet, og spenningen forståelig, da det vil kunne være vanskelig å se på heroin som løsningen, samtidig som stoffet er forbundet med kriminalitet, misbruk og død.

4.1.3 Målet med substitusjonsbehandling og utdeling av Heroin:

I vårt empiriske materiale ser vi at det er enighet blant våre informanter når det gjelder overordnet målsetning med utdeling av heroin som er; redusert kriminalitet, bedret individuell helse og en reduksjon i antall overdoser. Spenningen i debatten kan sies å omhandle hvorvidt

en skal ha et samfunnsvitenskapelig perspektiv der storsamfunnet prioriteres, fremfor et medisinskfaglig perspektiv der enkeltindividets helsesituasjon er i fokus.

Informant 4 mener det er på grunn av forbudet og kriminaliseringen at utdelingen av heroin vekker så sterke reaksjoner: *“det sitter i ryggraden vår at det er heroin som er problemet.”* Et av målene med utdeling av heroin vil kunne være å få bukt med det gamle narkostemplet som preger heroindebatten, gjennom en legalisering og likestilling av stoffene. Et annet mål med utdeling av heroin er ifølge informant 4 *“å hindre prostitusjon, sårproblematikk, kriminalitet, ren kontakt med rusmiljøet, gjeld og all den faenskapen der. Og samtidig hindre det stupbratte fallet fra det etablerte livet til bunnen. Dette kan en stoppe enkelt med utdeling av heroin, for da er veien oppover igjen kortere.”* Informanten er for tidlig intervensjon uten aldersbetingelser, der opioidavhengighet skal være det eneste kriteriet for behandling. Informant 4 har selv en bakgrunn som opioidmisbruker, samt at vedkommende daglig befinner seg i oppsøkende og skadereduserende virksomhet blant tunge narkomane og unge misbrukere på Plata i Oslo. En vil kunne forestille seg at dette vil influere hans ståsted i debatten.

Informant 4 uttrykker at; *“Det er lettere å gå over fra illegal til legal heroin.”* En kan med dette ta utgangspunkt i at kjemisk fremstilt heroin (Diacetylmorfin), kan oppfattes som kjent og kjært for misbruker. Samtidig ser en for seg at utdeling av heroin i Norge vil foregå gjennom injisering. Misbruker vil da få mulighet til å opprettholde vanen og ”kosen” sprøyta representerer. Dette kan gjøre overgangen fra gata til å motta behandling enklere. Vi har tidligere teoretisk gjort rede for at avhengigheten ikke bare består av fysiologiske endringer. Det bunner også i et psykologisk adferdsanalytisk perspektiv. Som informant 4 uttrykker det; *“Det er en overgang å gå fra illegal heroin til Metadon. Du mister sprøyta, du mister kicket. Du er jo avhengig av heroin, du trenger den smaken på tunga, følelsen og slike ting.”* Informanten er opptatt av opptrapping på de ulike medikamentene, som først innebærer en nedtrapping av det opprinnelige medikamentet (oftest heroin). Enhver start på eksempelvis Metadon, innebærer en avrusning med fullstendig nedtrapping fra heroinet, for deretter en opptrapping på Metadon. Ved å ta inn heroin i behandlingen, vil overgangen fra gata til behandling kanskje kunne virke mindre skremmende. Informant 4 uttaler det slik; *“i en startfase kan utdeling av Heroin fungere som en gulrotteknikk, at narkomane får det de kjenner, heroin, til å begynne med, for så gå over til Metadon og lignende”* En kan vel kanskje se for seg at dette vil være et bidrag til å nå flere tunge misbrukere. Hvilke

målgrupper som nås med substitusjonsbehandlingen i dag, og ved en eventuell utdeling av heroin, hersker det imidlertid stor tvil og uenighet om i vår empiri.

En enkel redegjørelse vedrørende målgrupper tar utgangspunkt i at informant 1 mener ingen nye målgrupper vil kunne nås med utdeling av heroin. Informant 2 uttrykte: *”Det må dere spørre Stoltenberg om!”* Thorvald Stoltenberg var med på å utarbeide Stoltenbergutvalgets rapport om narkotika, som kom juni 2010 med blant annet forslag om utdeling av heroin.³⁹ Informant 3 uttrykker: *“Det er ikke de tyngste, og sjukeste og svakeste vi når, altså, de orker jo ikke, det er ikke de som vil profitere på det, men de nest tyngste. Og jeg mener at de nest tyngste kunne vært hjulpet på andre måter. Implementering av heroin vil kunne fungere, men en kan også bruke andre morfinstoffer i stedet og få like gode resultater på en enklere måte. Hvis man pøser på med masse ekstra penger, så blir det bra resultater. Men det er ikke heroin i seg selv som kjemikalium som har forårsaket det, det er totalpakka. Tenker en prioritering, sånn som man gjør i alle andre sammenhenger, så er medikamentet for dårlig og kostnadene for høye i forhold til andre alternativer. Heroin kan heller ikke distribueres via hjemmetjenesten slik de andre medikamentene kan.”* I vårt empiriske materiale har vi mye informasjon vedrørende hvorvidt heroin kan fungere som tilskudd i substitusjonsbehandlingen av rusmisbrukere. Argumentene går inn i hverandre, og resultatet kan fort bli en veldig uoversiktlig debatt. Informant 4 uttrykker når det gjelder målgruppe at; *“Det er den raskeste og enkleste måten å hjelpe folk som trenger det umiddelbart. Vi må innføre utdeling av heroin i de allerede etablerte tiltakene. Det er grisebillig! Vi har så mye bemanning fra før som ikke vet hva de skal ta seg til. Hvorvidt man når de svakest stilte kommer an på hvordan det administreres.”* En kan si at debatten om utdeling av heroin tar utgangspunkt i at vi skal nå de svakest stilte, i likhet med det som var målsetning da vi innførte Metadon i sin tid. Debatten om utdeling av heroin sier noe om at LAR kanskje ikke når alle misbrukerne i målgruppen. En kan da spørre seg om hvorvidt en implementering av heroin i allerede etablerte tiltak vil stå overfor den samme problematikken der de svakeste ikke nås. Vårt empiriske materiale viser uenighet når det gjelder hvordan vi skal kunne klare å nå de svakest stilte, og om det i det hele tatt er mulig. Dersom forskning i Sveits dras frem som argument, tilbakevises de slående positive resultatene gjerne med argumenter vedrørende manglende kontrollgruppe. Forskningen bygger på kohortundersøkelser uten referansegruppe. Heroinutdelingen i Sveits er tilført enorme ressurser i form av psykososiale tiltak, ifølge informant 3. At debatten blir uoversiktlig kan vi vise på denne måten ved å ta inn et sitat fra informant 4: *“Hva faen er*

³⁹ http://www.regjeringen.no/upload/HOD/RappOmNarkotika_nettsversjon.pdf

problemet med at de skal få lov å gå inn på et senter å få seg lovlig heroin? Dette gjelder unge folk som lever i et helvete.” Informant 4 påpeker at skal en nå de svakeste, må terskelen inn i tilbudet med utdeling av heroin, være lav.

Som en ser av disse sitatene hersker det uenighet når det gjelder hvorvidt utdeling av heroin kan nå de svakest stilte, mye på bakgrunn av at stoffet har kort halveringstid og må inntas flere ganger om dagen. En ser av empirien at informantene er enige når det gjelder målsetning, mens det hersker spenninger i debatten om hvordan man skal nå målsetningene om redusert kriminalitet, bedret helse og en reduksjon i overdosedødsfall. En kan også reflektere rundt hvorvidt substitusjonsmedikamentell behandling i seg selv er veien å gå og hvorvidt ikke-medikamentelle behandlingsalternativer med total rusfrihet kunne fått et større fokus. Her foreligger det også spenninger i debatten om utdeling av heroin, som et alternativt substitusjonsmedikament.

4.1.4 Injeksjonskultur

Uansett om vi har et medikamentelt eller et ikke-medikamentelt perspektiv på norsk rusomsorg, må vi forholde oss til at vi i Norge har en særegen og omfattende injeksjonskultur blant tunge rusmisbrukere. Dette er eksepsjonelt i Europeisk sammenheng og antall overdoser i Norge kan ha sammenheng med injeksjonskulturen. Inntak av opioider via injeksjon øker faren for overdose, dette da injeksjoner gir momentan virkning.

Et av spenningsfeltene en står overfor i debatten om utdeling av heroin vil være at en mest sannsynlig vil basere seg på injeksjon av stoffet. Dette med bakgrunn i injeksjonskulturen. Som informant 3 uttrykker; *“I Norge vil det bli injisering hos alle. Folk slutter fort å røyke heroin fordi det er så dyrt. Det skal være mest mulig effektivt. Det er jo en injeksjonskultur i Norge. Det er typisk sånn flatfylla og sprøyta. Det må være sånn skikkelig, vettu! Det holder ikke med sånn kultiverte greier. Det injiseres mye mer i Norge, enn for eksempel i Danmark.”* En kan se for seg at gjennom en legalisering at en på tross av injeksjon som hovedmetode for inntak, kan introdusere røyking som metode blant brukerne i større grad da heroinet vil være gratis. I et skadereduserende perspektiv vil en med utdeling av heroin innta rent stoff i form av Diacetylmorfin, som i seg selv er skadereduserende. Bruken av heroin som er kjent for misbruker, vil også kunne hindre sidemisbruk. Informant 2 påpeker også injeksjonskulturen i Norge som en problematikk en også ser i LAR. Dersom heroin skal injiseres kan det problematiseres ved hvorvidt også dette tiltaket skal kunne nå de svakest stilte, grunnet fysiologiske betingelser med ødelagte vener og kapillærer. Dette som resultat av gjentatte

injeksjoner. I denne forbindelse vil også introduksjon av røyking av legal heroin (Diacetylmorfin), være skadereduserende da en kan unngå sårskader og abscesser blant brukere. En abscess kan sies å være en verkebyll, eller bakteriell infeksjon.⁴⁰

Debatten om utdeling av heroin har mange likhetstegn med debatten om sprøyterom, som ble etablert som et prøveprosjekt i Oslo i 2005. Sprøyterommene var også ment som et skadereduserende tiltak, i likhet med forslaget om utdeling av heroin. Når det kommer til utdeling av heroin kan en si at injisering allerede er legitimert gjennom bruken av det skadereduserende tiltaket sprøyterom. En kan se for seg et spenningsfelt, da bruk av sprøyterom legitimerer bruk av illegal heroin. På den annen side kan en tenke seg innføringen av sprøyterom som en sniklegalisering som letter veien til legalisering av heroin.

4.2 - Dagens rusomsorg

4.2.1 Sosialfaglig og medisinskfaglig perspektiv

Med rusreformen i 2004 og overgangen til medikamentelt fokus innen norsk rusbehandling, skjedde det et scenskifte. Med etableringen av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble ansvaret for pasientens liv og død overført til helsetjenesten. Dette ble ansett som et dristig grep, da vi i Norge hadde hatt et sosialfaglig perspektiv i alle år. Informant 3 karakteriserer dette scenskiftet med følgende utsagn; *“Og da var sosionomene livredde for at de hvite frakkene skulle komme å ta dem.”* I dette utsagnet ligger det en mulig frykt for egen profesjon, og et ønske om å beskytte det bestående fra noe nytt og fremmed. Det vil alltid kunne være vanskelig for en profesjon dersom en føler at eget ansvarsområde trues av andre profesjoner. Frem til 2004 var rusomsorg definert som sosialtjenestens ansvar alene. Søknader til behandlingsinstitusjoner eller LAR gikk gjennom sosialtjenesten. Informant 3 bruker ord som “grotesk” i sin beskrivelse av den tiden da sosialtjenesten eide rusomsorgen. En av vanskelighetene ved at sosialtjenesten eide rusomsorgen, kunne være den høye terskelen enkelte følte ved eventuelle henvendelser til sosialtjenesten. Sosialtjenesten forbindes gjerne med marginaliserte grupper, og det å skulle oppsøke sosialtjeneste med sitt rusproblem, kunne for enkelte ha vært en påkjenning. Terskelen kan ha vært høy, da en ikke ville identifisere seg med brukerne av sosialtjenesten. På denne måten kan det å ha lagt ansvaret for rusomsorg til sosialtjenesten ha virket ekskluderende. Ved å legge rusomsorgen under helseforetakene og

40

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,5077:1:0:0::0:0&MainLeft_6039=6041:82635::1:6043:14::0:0

spesialisthelsetjenesten kan døren inn oppleves som bredere, og en vil kunne nå flere. Likevel vil det være snakk om ressursprioritering innenfor helse, der det allerede foregår vanskelige prioriteringsdebatter. Selv om rusomsorgen har blitt en del av spesialisthelsetjenesten, er det i dag ikke mulig for leger å spesialisere seg innenfor rus. Informant 3 sier: *“Neste store milepælen, håper jeg er når vi får en egen spesialisering for allmennleger innen rus. At en assistentlege går gradene og blir spesialist på rus, akkurat som man kan bli spesialist i kirurgi.”* En kan selvsagt se dette i lys av informantens yrkesutøvelse som lege, og at dette er en profesjon han ønsker å styrke. Samtidig har informanten muligheten til å se mangler innen eget fagområde. Det er noe paradoksalt over det faktum at legestanden kunne oppfattes som bundet på hendene i en situasjon med høye antall overdosedødsfall. Dette uten å kunne bidra nevneverdig i behandlingen og allikevel stå ansvarlig for å skrive dødsattesten. Her handler det nok om at rett profesjon bør sitte på riktig hylle med handlingsrom. Informant 3 uttaler også: *“Innen andre pasientgrupper har en mye større mulighet til å behandle fra A-Å. Signalene, sånn indirekte, er hold fingrene av fatet; dette er vanskelig.(...) Jeg tror man har mye mer spillerom rundt andre pasienter enn man har i forhold til disse pasientene. Det ligger mye moralisme her.”* Dette kan en se i lys av avvikerteorier. Rusmisbrukere er kategorisert som en gruppe individer en kanskje ikke ønsker “å dele tiden med på venteværelset”, og deres tilstedeværelse vil kunne få konsekvenser for sammensetningen av pasienter hos den aktuelle fastlegen. Avvikende adferd er gjerne noe en føler som truende, også som fastlege vil en kunne underbevisst sky denne pasientgruppen da de kan assosieres med trøbbel. Dette blir ikke enklere dersom fastleger føler seg bundet med lite handlingsrom når det gjelder valg av medikamenter og forsvarlig og adekvat behandling i sin omgang med rusmisbrukere som pasientgruppe.

Informant 3 sier: *“Jeg skriver ut mye medikamenter, og jeg tror jeg har hatt 14 tilsynssaker på meg.”* Kan det tenkes at Fylkeslegen og det statlige kontrollorganet vil kunne fungere som en stadig overhengende trussel overfor legens yrkesutøvelse? En kan reflektere litt over hvilke konsekvenser dette får både når det gjelder viljen til å oppsøke lege som rusmisbruker og legens møte med denne pasientgruppen. En kan også reflektere rundt den muligheten at det her vil foreligge ulikheter fra fylke til fylke, beroende på fylkeslegens ståsted og relasjonen mellom fylkeslege og fastlege. Dette vil da kunne utgjøre store forskjeller i Norge når det gjelder behandlingen av norske rusmisbrukere.

Informante 3 ytrer: *“Jeg advarer alle yngre kollegaer mot å finne på all den galskapen som jeg har gjort. Jeg opplever det ofte som blodig urettferdig, fordi det er mye letter å avvise*

pasienter som ofte er forbundet med trøbbel. Når en da går inn og prøver å gjøre en jobb, så er det mange fallgruver i lovverket.” Utsagnet vitner om at rusmisbrukere som pasientgruppe kan være en vanskelig gruppe å jobbe med. En kan se for seg at norske legers reduserte handlingsrom overfor rusmisbrukere er med på å vanskeliggjøre situasjonen. På en annen side; dersom en rusmisbruker føler seg annerledes og kategorisert som mulig trøbbel vil dette kunne påvirke rusmisbrukeren og resultere i manglende oppsøking av helsetjenesten og legeapparatet. Hvordan vi som profesjonelle yrkesutøvere møter mennesker med en avvikende adferd blir avgjørende når det gjelder ivaretagelsen av individets integritet. Dette også i lys av Erving Goffman og avvikerteori.

Behandlingen innen rusomsorg, også den medikamentelle behandlingen, kan sees som en sirkulær prosess. Informant 3 uttrykker: *”Mine pasienter lever i en evig sirkel, så det er meningsløst å snakke om ettervern. Det er vel egentlig mer som å snu kortstokken og begynne kabalen på nytt. Og LAR behandling er ment å være en livslang behandling, så i prinsippet går det ikke an å snakke om ettervern i LAR.”* Informant 3 uttaler seg her om hvordan en kan se behandlingen av rusmisbrukere som en langvarig prosess, der en må ha en bredere innfallsvinkel en ved for eksempel et beinbrudd. En kan gjøre seg mange tanker rundt begrepet livslang behandling. Og det er vel også her motstanderne av substitusjonsmedikamentell behandling er mer opptatt av ikke-medikamentell behandling. Som en del i det vi karakteriserer som sosialfaglig perspektiv sier informant 1; *”Rusavhengige blir friske gjennom aktivitet og samvær med andre mennesker.”* Her har en har tro på den ikke-medikamentelle tilnærmingen. I et slikt perspektiv vil fokus på medikamentell behandling kunne sies å undergrave troen på at behandling virker. Et eksempel på et ikke-medikamentelt virkemiddel i rusomsorgen, kan være salg av *gatemagasinet*” =Oslo”. En kan her tenke seg at det ikke nødvendigvis er det å skape inntektsgivende arbeid som er det viktigste, men kanskje heller møtet mellom mennesker. I debatten om utdeling av heroin, uansett om vi har et medisinskfaglig eller et ikke-medisinskfaglig perspektiv, er målet å nå brukeren med hjelp. En bør kanskje tenke på rusmisbrukerens vilje og evne til å motta hjelp, og at en vil kunne nå frem på en bedre måte med et mer bredspektret behandlingsapparat med større valgmuligheter.

4.2.2 I did it – You can do it:

Empirisk vil vi nå introdusere en del data som omhandler de ulike stoffene, deriblant de nåværende substitusjonsmedikamentene i LAR. I vår empiriske undersøkelse ble

informantene spurt om målsetningen med substitusjonsbehandling, samt eventuelle tilskudd som f.eks. utdeling av heroin eller andre opiatlignende stoffer i behandlingen. Informant 1 nevner hvordan rusomsorgen flytter grenser i norsk substitusjonsbehandling. Vedkommende uttrykker at man med utdeling av heroin tenker mer på storsamfunnet enn på enkeltindividet der fokuset blir å hindre kriminalitet kontra å hjelpe enkeltindividet. I denne forbindelsen uttrykker informanten at *“man mister troen på at behandling fungerer.”* Informanten er opptatt av den mer sosialfaglige tilnærmingen noe som uttrykkes på følgende måte; *“Vi må legge til rette for aktivitet, da man ruser seg mindre når man er i aktivitet.”* Informant 1 og organisasjonen han representerer uttrykker *“vi er totalt motstandere av utdeling av heroin.”* Og informanten fremholder *“renere stoff er det eneste som er positivt”* som eneste argument for utdeling av heroin. I dette ligger det vel kun et skadereduserende perspektiv til grunn. I vårt empiriske materiale går det frem at informant 1 er tidligere misbruker som har profitert på opphold ved institusjon med døgnbehandling. Dette vil kunne ha innvirkning på informantens ståsted. I denne forbindelse ønsker vi å dele informant 3 sitt synspunkt, da det sier noe om utviklingen innen feltet samt holdninger blant tidligere misbrukere: *“Det er en stor lobby som er antimedikamentell som mente at all rusbehandling i Norge skulle være ikke-medikamentell inntil nylig, 1998. Så det er klart at dette henger veldig igjen. Og en ser at de tørrlagte og de eks-narkomane er jo veldig store i kjeften i forhold til å uttrykke motstand mot enhver form for medikamentell behandling. Dette er ikke uvanlig.”* En kan dermed reflektere litt rundt hvilke faktorer som påvirker synspunktet til mennesker som har kommet seg ut av sitt misbruk. ”I did it, you can do it” kan være en innfallsvinkel en kan innta som tidligere misbruker. Dette kan ha utgangspunkt i at vedkommende selv har ansett seg som behandlingsresistent også gitt opp av venner, familie og behandlingsapparatet. Dersom en likevel har kommet seg ut av sitt misbruk vil det kunne være vanskelig å skulle proklamere et synspunkt som innbefatter medikamentell behandling som det eneste rette for en annen misbruker. Dette vil kunne gi en følelse av hovmod og arroganse samt holdningen av å skulle være bedre enn andre. På den annen side, vil man noensinne ha like vilkår til grunn? Vil det ikke være slik at det ligger biologiske og miljømessige faktorer til grunn, ledsaget av tilfeldigheter og kontekst? En kan stille seg spørsmålet med hvilken rett en som er ute av misbruket bør kunne stille forventninger til at en annen misbruker skal kunne klare det samme som en selv. En kan vel vanskelig stille likhetstegn mellom seg selv og andre, men samtidig er likestilling et begrep som er høyt verdsatt. Noen ganger vil en likevel måtte kunne godta at man er ulike, med ulike behov, utgangspunkt og forutsetninger, med ulike oppfatninger om hva som er det gode liv. I denne forbindelse kan det se ut til at en også innimellom må godta

at enkelte aldri vil kunne oppnå et rusfritt liv. Likhet blir kanskje best oppnådd gjennom ulikhet. En vil kanskje kunne si at det sosialfaglige perspektivet til en viss grad innebærer moralisme – ”I did it, you can do it.” Utsagnet fra informant 3 vil nok på sin side være påvirket av at vedkommende har et medisinskfaglig perspektiv, som igjen påvirker vedkommendes vilje til å ta inn substitusjonsmedikamenter i behandlingen av rusmisbrukere. Informanten har på bakgrunn av sin legepraksis svært mange pasienter med rusbakgrunn og det kan være utgangspunktet for hans uttalelse om standpunktet en del eks-rusmisbrukere innehar. Informant 3 sitt utgangspunkt er hvordan vi enn snur og vender på det, fysiologisk forankret i biologi og kroppens kjemi.

Overføringen av rusomsorgen til helsesektoren kan anses som et scenskifte, og det er i dag fortsatt spenninger i fagmiljø og felten mellom det ”gamle” sosialfaglige perspektivet, og det forholdsvis ”nye” fokuset på medikamentell behandling. En kan reflektere rundt hvorvidt det er positivt at det ene perspektivet er mer i fokus enn det andre, og kan en si at det er det? Vårt empiriske materiale viser at det her hersker spenning mellom disse to perspektivene, der det kan anses som negativt dersom det ene eller det andre perspektivet får for mye fokus. En kan reflektere rundt hvorvidt en kan si at det foregår et paradigmeskifte innen rusomsorgen. Spenningen i debatten om utdeling av heroin kan sies å handle om å nå flere, og dette gjøres kanskje best gjennom et bredspektret behandlingsapparat. Det kan være at likhet best nås gjennom ulikhet, og at en vil profitere på en likevekt mellom et sosialfaglig, og et medisinsk perspektiv. Hvis ikke gjenstår det å se hvor positivt, og hvilken suksess det vil være for rusomsorgen med et medikamentelt hovedfokus.

4.3 Utdeling av heroin

4.3.1 Substitusjonsmedikamenter, bivirkninger og den illegale poolen

Debatten om heroin tar utgangspunkt i et medikamentelt perspektiv i norsk rusomsorg. Det er et område med store spenninger, der buprenorfin og Metadon er dagens alternativer i LAR.

Informant 4 kommer med følgende uttalelse om medikamenter som inneholder Buprenorfin; *“Det er uheldig med Subutex og Subuxone. Det stagger den fysiske avhengigheten, men trigger den psykiske. Subuxone har langt dårligere virkning enn metadon. Subuxone og Subutex gjør at folk ikke holder ut.”* Informanten nevner også det høye sidemisbruket på Subutex og Subuxone, men også på Metadon, da disse stoffene ikke demper russuget nok. Dette står i kontrast til informant 2 som mener stoffene stagger russuget, samtidig som

informanten opplyser om sidemisbruk i LAR. En motsigelse i seg selv. Dette er interessant, da det er buprenorfin som er å foretrekke i behandlingen fremfor Metadon i Norge. Dette går igjen på tvers av WHO's anbefaling om å anvende Metadon som førstevalg i behandlingen av opioidavhengige. Vår informant 2 uttrykker; *“Vi vet veldig lite om det er farlig eller skadelig med buprenorfin over lang tid, men vi vet at det er mildere abstinenser.”*

Uttalelsen fra informant 2 sier noe om at LAR fortrinnsvis ønsker å skrive ut buprenorfin som substitusjonsmedikament, da i form av Subuxone. Dette på tross av lite kunnskap om langtidsvirkningene. LAR opplever tilbakemeldinger der brukere sier at de ikke tåler buprenorfin. Informanten uttaler: *“Og det som er, er at de ikke vil ha det, da det ikke kan injiseres.”* På spørsmål om omfang av bivirkninger svarer informanten: *“Ja, veldig. All slags greier som er såkalte sidevirkninger. De leser på nettet om fantasifulle bivirkninger.”*

Opprinnelig var Metadon det eneste substitusjonsmedikamentet i LAR. I dag finnes det valgmuligheter i Subutex og Subuxone. Informant 2 uttrykker at LAR foretrekker at brukerne anvender Subutex, og aller helst Subuxone, da sistnevnte ikke kan injiseres. Injisering og sidemisbruk blir fremstilt som en økende problematikk, og slik vår informant 2 uttrykker det: *“Vi har en injeksjonskultur. De injiserer jo alt mulig. Det finnes plaster som inneholder morfin, og til og med det koker de og injiserer. Det er bare fantasien som stopper de fra å få det kicket.”* Det kommer også til uttrykk at injeksjonskulturen også omhandler stoffet Metadon. *“Det vi ser, er at det kan injiseres. Det finnes to typer metadon, en mer konsentrert og en utblandet. Injisering gir et kick, men går raskt over.”* Disse sitatene fra informant 2 omtaler bivirkninger ved Subuxone som overdrevet og det antydes at motstanden mot bruk av Subuxone ligger i det faktum at det ikke kan injiseres. Dette kan sees i lys av tidligere empiri vedrørende injeksjonskulturen.

En kan også kanskje tenke seg at det å bli satt på Subuxone som medikament under LAR, vil kunne ansees som lavstatus blant rusmisbrukere. I vår empiriske undersøkelse omtales Subuxone som lite omsettelig på gata, og en kan dermed tenke seg at det å bli satt på Subuxone gir mindre individuell frihet når det gjelder stoffet som byttemiddel i rusmiljøet. En antar her at dette skjer. Informant 3 snakker om at man til en viss grad kan mette det illegale markedet med buprenorfin, noe som gjør at markedet for heroinen blir mindre. Informanten uttaler også i denne forbindelse at *“Det er klart at dette er som å banne i kjærka å erkjenne det at vi inngår i den illegale poolen. Vi klarer aldri å frigjøre oss fra lekkasje ut til markedet, da må en jo gjete folk døgnet rundt og det gjør en jo bare ikke. Og da er det jo klart at vi som foreskriver medikamenter lovlig vil være en del av det illegale markedet. Noe kommer herfra*

og noe kommer derfra og noe kommer fra våre reseptblokker.” Også informant 2 opplyser oss om lavterskeltilbudet der brukere kan få medikamentet Subuxone uten noen form for forpliktelser, som kontrolltiltak via urinprøver og hyppige avtaler. Dette foregår utenom LAR. Dette kan også tas til inntekt mot utdeling av heroin, da dette lavterskeltilbudet er ment å skulle nå alle som ønsker et alternativ til illegale opioider som gir tilfriskning. Et motargument ville måtte være hvorvidt dette lavterskeltilbudet når potensielle brukere grunnet terskelen for å oppsøke fastlege. En vil kunne stille spørsmålstegn ved hvorvidt en rusmisbruker har en opparbeidet relasjon eller en navngitt fastlege.

Informant 3 kom også inn på bivirkningene av Subuxone, og refererte til bivirkningene på en annen måte enn informant 2. Informanten erkjente at bivirkninger forekommer, men vi må også forstå dette med bakgrunn i vedkommendes medisinskfaglige perspektiv. Informant 3 uttrykte at; *“Både Subutex og Subuxone gir abstinenser hos nyfødte barn, som kan være langvarige.”* Informanten kom med et eksempel som viste at også bruk av Subuxone kan gi langvarige og kraftige abstinenser, da vedkommende bruker en halvt år gammel gutt med abstinenser som eksempel. Informant 3 sier at det er et klart skille mellom heroin, Metadon og morfinpreparater som for eksempel Dolcontin på den ene siden, og buprenorfin som Subutex og Subuxone på den andre siden. Som informanten uttrykker det; *“Hvis du og jeg hadde fått i oss 30 mg Metadon hadde vi dødd. Hadde vi fått i oss 80 mg Subutex eller Subuxone hadde vi blitt dårlige. Det er mye mindre farlig. Metadon er også farligere i kombinasjon med andre stoffer.”* Substitusjonsmedikamentell behandling handler om vedlikeholdsmedisinering der de ulike stoffene vi bruker i dag, alle påvirker opioidreseptorene i hjernen. Sitatet fra informant 3 vil kunne si noe om kriterier for forsvarlighet når det gjelder utskrivning av preparatene, og viktigheten av å hindre spesielt Metadon fra å omsettes på det illegale markedet. Også her er det et spenningsfelt i hvordan vi skal forstå debatten om utdeling av heroin. Heroin (Diacetylmorfin) vil også, i feil hender, kunne gi overdose i likhet med Metadon og faren øker i kombinasjon med andre sedativer.

For å kunne ta stilling til hvorvidt heroin (Diacetylmorfin) bør tas inn som et lovende medikament i norsk substitusjonsbehandling, ønsker vi her å finne ut om heroin kan sidestilles med nåværende substitusjonsmedikamenter. I vår empiriske undersøkelse spurte vi våre informanter om hvorvidt man kunne sette likhetstegn mellom de nåværende substitusjonsmedikamentene og stoffet heroin (Diacetylmorfin). Informant 1 uttaler: *“Det er ikke store forskjellene på Metadon, morfin og heroin. Det er likt virkestoff og samme virkning. De andre substitusjonsmedikamentene utgjør heller ikke noen stor forskjell.”* Informant 1

sammenligner Metadon og heroin, og uttrykker også; *“Metadon gir rus, men det snakker man ikke om.”* Informant 1 sier i tillegg at man opparbeider en toleransegrense ved bruk av de ulike substitusjonsmedikamentene, og at en derfor kan snakke om begrepet klinisk nykter, på tross av at man som bruker kan oppfattes som ruset. Informant 1 anser det medisinskfaglige for å ha fått for stor plass i den norske rusomsorgen, og debatten om heroin blir dermed uønsket. Informant 1 gjør det også klart at; *“Metadon opprettholder avhengighet.”* Noe som igjen er med på å sidestille Metadon med heroin, da begge er avhengighetsskapende opioider.

På vårt spørsmål om likestilling av de nåværende medikamentene og heroin, blir forsker avbrutt med følgende uttalelse av informant 2: *“Ja, det er jeg helt i mot! Det er to vidt forskjellige ting. Metadon, Subutex og Subuxone tar bort russuget mens heroin bare skaper russug.”* Gjennom intervjuet repeterer informant 2 flere ganger at Metadon tar bort russug og at stoffet ikke gir rus. Dette står i sterk kontrast til informant 1 sin uttalelse om at Metadon gir rus. Sterke kontraster er gjennomgående og karakteriserer hele debatten om utdeling av heroin, også vist i vårt empiriske materiale. Informant 2 uttrykker også at sidemisbruk og injeksjoner er et problem i LAR. Sidemisbruk kan betegnes som alt av legale og illegale medikamenter eller stoffer inntatt i tillegg til substitusjonsmedikamentet, foreskrevet via LAR. Dette står også i kontrast til sitatet om *“vi har 80 % vellykkethet i LAR”* fra informant 2. I denne forbindelse kan en sette spørsmålstegn vedrørende hvorvidt de nåværende substitusjonsmedikamentene tar bort russug, og hva LAR legger i ordet vellykkethet.

Informant 3 uttaler seg også angående sidemisbruk: *“Jeg er ikke så opptatt av sidemisbruk hos pasientene mine, fordi at alle våre pasienter overlever hele tiden, du har ganske mye å gå på når du er innkjørt narkoman, og de får i seg det mest utrolige ved siden av Metadon. Det er viktig å kommunisere sannhet til pasientene. De vet best selv hva de tåler, så jeg er ikke bekymret for overdoser ved sidemisbruk da det ikke er noe problematikk hos oss. Jeg sier til pasienten, at du må gjerne surre i vei og ruse deg, og du kommer ikke til å få noen smekk på labben av det, men det ødelegger muligheten for et bedre liv. En kan forsøke i samarbeid med pasienten å få bukt med sidemisbruket da det ødelegger for rehabiliteringen. Å få bukt med det illegale misbruket vil være en fordel dersom en ønsker et bedre liv.”*

Dette viser at våre informanter har ulike oppfatninger om farligheten ved sidemisbruk under behandling med substitusjonsmedikamenter, og en kan tenke seg at LAR er mer rigid på dette punktet. Dersom sidemisbruk skulle vise seg å straffe seg for bruker av LAR, kan dette føre til ufrivillig eller frivillig utskrivelse, som igjen gir økt dødelighet. Dersom behandling i LAR er

ment som livslang behandling kan en stille seg tvilende til hvorvidt høy grad av kontroll vedrørende sidemisbruk har noen reell verdi. Graden av kontrolltiltak vil også kunne gi utslag i behandler/bruker-relasjonen. Som informant 3 sier; *“ Det handler igjen om hvordan pasienten blir møtt, flere pasienter går ut av LAR fordi de er rævkjørt. Vi må ha et reflektert forhold til oppførselen vår i møte med pasienter.”* Vi kan bli enda flinkere som offentlige ansatte til å reflektere over egen væremåte overfor sårbare individer i en vanskelig livssituasjon.

Når vi stiller informant 3 spørsmålet om å likestille heroin med nåværende substitusjonsmedikamenter, uttrykker informanten følgende; *“Rent moralsk sett så er det ingen forskjell, det er opioidreseptor-stimulatorer, og det er for meg sånn prinsipielt ett fett.”* Gjennomgående for denne informanten er de farmakologiske egenskapene til preparatene som viktige, og informanten er opptatt av å innføre alternative morfinpreparater som Substitol som et bedre alternativ enn heroin. Informant 3 uttrykker: *“Jeg sier – hvorfor i all verden gå over bekken etter vann, og jeg anbefaler sterkt og har tatt til grunn muligheten for behandling med andre morfinpreparater, som Substitol.”* Informant 3 uttrykker også: *“har man først valgt å substituere folk, skal det gjøres mest mulig effektivt, og heroin er bare et veldig upraktisk middel og lite effektivt sammenlignet med andre morfinpreparater.”* Intervjuet preges av ønske om en individuell tilpasset medikamentell behandling med flere valgmuligheter.

På spørsmålet om likhetstegn mellom nåværende substitusjonsmedikamenter og heroin, uttrykker informant 4 at det ikke er noe problem, og at den eneste forskjellen er at heroin må inntas flere ganger daglig. Vedkommende uttrykker: *“Jeg er for valgfrihet når det gjelder medikamenter, og for å ta inn ulike morfinpreparater i behandlingen, deriblant heroin.”* Informant 4 uttrykker også; *“Metadon og Subutex ble ansett som narkotika, men nå er det et legalt legemiddel som redder liv. Tar liv når det er forbudt, redder liv når det er lovlig.”* Her kan en gjøre seg noen tanker om hvorvidt innføring av Metadon i seg selv var en slags sniklegalisering, særlig dersom det ikke foreligger noen store forskjeller mellom Metadon og heroin. Da vil ikke spranget bli så stort, dersom en velger å innføre heroin eller andre morfinpreparater som Fentanyl eller Substitol i behandlingen.

I vår empiri går det klart frem at tre av våre fire ulike informanter, likestiller heroin med de nåværende substitusjonsmedikamentene i LAR, samt andre morfinpreparater. Det er interessant at denne likestillingen i henhold til stoffene, kommer fra informanter med svært ulike ståsteder i debatten samt ulik bakgrunn. Informant 2 skiller seg ut ved å ikke sidestille

heroin med nåværende substitusjonsmedikamenter. Dette resultatet kan forstås, og en kan kanskje si at en som representant for en arbeidsplass har det med å beskytte det bestående som representerer det en kjenner og tror på. Det vil kunne være vanskelig og lite aktuelt, å skulle sette seg inn i nye faglige perspektiver når en sitter midt i problematikken i sitt daglige arbeid, enn dersom man står på yttersiden som observatør. Det kan være enklere å “synse”, og ha meninger om noe en ikke til daglig står midt oppe i. En kan tenke seg til at heroin i seg selv fort representerer kun negative aspekter når en til daglig arbeider med å behandle tunge opioidmisbrukere. I vår empiri ser vi at informant 1, på tross av sin motstand mot stort fokus på en medisinskfaglig tilnærming, likevel velger å sidestille heroin med de nåværende medikamenter i substitusjonsbehandlingen. Utdeling av heroin må vel kunne sies å handle om en mest mulig effektiv og individuell tilpassa medikamentell behandling som preges av valgfrihet og brukermedvirkning. På den annen side vil enkelte kunne påstå at rusomsorgen er godt nok tjent med de substitusjonsmedikamentene som allerede er innført i LAR.

4.3.2 Heroin – et rop om hjelp?

Den opprinnelige hensikten med substitusjonsmedikamentell behandling var å nå de svakest stilte og det var ikke ment å være et livslangt behandlingsopplegg, men en stabilisering. Som vår informant 1 uttrykker det; *“Metadonbehandlingen begynte bra. Det var snakk om tidsbegrenset for å få ting på plass, deretter nedtrapping. Nå er det i ferd med å bli fiasko på grunn av manglende oppfølging. Det har aldri vært så mye rusing blant Metadonbrukere som nå. Rusomsorgen flytter grenser. En behandler ingen ved å gi heroin, med mindre det er for 4 uker, så nedtrapping. Slik som det var opprinnelig tanken bak Metadon. Nå er det livslang medisin.”* En kan på bakgrunn av dette reflektere rundt hvorvidt det er noen stor forskjell på innføringen av Metadon i sin tid og en eventuell implementering av heroin i behandlingen administrert via LAR. Når det gjelder utdelingen av heroin, og behandlingen av norske rusmisbrukere må en ta utgangspunkt i at systemet vi har i dag, inneholder visse mangler. Informant 3 uttrykker; *“Så kommer Bjarne Håkon med heroin som løsningen, og det er klart at hvis man får utdeling av heroin, så er det klart at en narkoman føler seg tatt på alvor. Himmell og hav!”* Dette utsagnet viser at det ligger mye følelser rundt debatten om utdeling av heroin, og at det kanskje handler mye om å bli sett og hørt. Dersom et system oppfattes som mangelfullt vil en kunne søke radikale endringer. Det er ikke vanskelig å forestille seg at rusmisbrukere ved å få gjennomslag for utdeling heroin, vil føle seg tatt på alvor. Som informant 3 uttaler det; *“Jeg mener at en god del av pasientene som nå skriker på heroin, de skriker egentlig på å bli sett og tatt på alvor, bli møtt med respekt og verdighet.”* Heroin kan

dermed bli et symbol på å komme brukerne i møte, og det vil være trist om heroindebatten kun er et uttrykk for mangelen på å bli sett og hørt. I rusomsorgen er det vi som behandlere som sitter med den reelle makta, som informant 3 uttrykker: *“De er så sårbare, de er så utrolig sårbare, fordi de er jo prisgitt oss fullt og helt fordi vi har makta, vi har medikamentene, vi har pengene og alt. Så skal vi att på til gå hen å være ubetenksomme i vårt arbeid med dem. Det hjelper ikke noe om jeg er en aldri så hyggelig doktor, med mindre jeg får sørga for å hjelpe de med det de skal ha hjelp til.”* Hvordan vi møter rusmisbrukere som pasientgruppe, vil kunne påvirke hvorvidt de søker hjelp, og igjen indirekte påvirke rusmisbrukerens helsesituasjon. Dette fordrer en bevissthet blant profesjonene i møtet med brukere. Dersom terskelen i LAR blir for høy med stor grad av kontroll, vil dette kunne virke ekskluderende på enkelte brukere, og vi når ikke frem. Dersom en bruker møter motbør i eksempelvis LAR og skriver seg ut, kan en spørre seg om hvorvidt dette egentlig kan karakteriseres som en dødsdom. Substitusjonsmedikamentell behandling handler om å redde liv.

Del 5

I denne oppgaven har vi gjennom vår empiri forsøkt å ta tak i spenningene i debatten om utdeling av heroin og hvordan vi kan forstå denne. En kan reflektere rundt hvorvidt rusomsorgen i Norge har endret seg. En kan trekke paralleller til 1800-tallets rusomsorg, da vi også i dag dras mellom lavterskeltilbud og behandlingsalternativer på den ene siden, og høy grad av kriminalisering og straff på den andre. Det er et paradoks dersom fengslene i dagens samfunn fungerer som effektive behandlingsanstalter. I denne sammenhengen vil det alltid være spenninger mellom hvorvidt det er samfunnet eller enkeltindividet som skal stå i fokus. Dagens rusomsorg kan sies å være inne i en medisinskfaglig epoke med stort fokus på medikamentell behandling. Hvordan vi ser på rusmisbrukere og rusmisbruk, blir også påvirket av medias fremstilling, og vil igjen kunne påvirke hva som står på den politiske dagsorden. En kan se for seg at utfallet i debatten om utdeling av heroin, vil påvirkes av hvorvidt den er politisk eller fagpolitisk forankret. Det er også spenninger i rusomsorgen når det gjelder hvorvidt vi er tjent med sosialfaglig kontra medisinskfaglig perspektiv, og det kan se ut til at vi her bør tilstrebe en balanse. En ser at overvekt på det medisinskfaglige kan sies å bidra til en eventuell stakkarsliggjøring av rusmisbrukere som gruppe, der en undergraver troen på at ikke-medikamentell behandling fungerer. Det foreligger en spenning mellom stakkarsliggjøring og offerperspektivet på den ene siden og aktørperspektivet med

endringspotensiale på den andre. En kan også se dette i lys av stemplingsteori, der måten vi kategoriserer rusmisbrukere som gruppe, får negative konsekvenser for enkeltindividet.

Et viktig spørsmål å stille seg, er hvorvidt samfunnet gjennom utdeling av heroin, gir opp Mammaen og Pappaen til barn av rusmisbrukere, der det medikamentelle fokuset kan sies å frarøve rusmisbrukere og pårørende troen på et rusfritt liv. På den annen side, bør rusomsorg handle om å komme i posisjon, og en må muligens kunne godta at målsetningen om “en total rusfri tilværelse” ikke er oppnåelig for alle.

Rus har alltid eksistert i alle samfunn. Det er dermed noe paradoksalt med nulltoleransen innen narkotikapolitikk, som på tross av at enkelte anser den som lite hensiktsmessig fortsatt i høy grad ligger til grunn. Spenningen i debatten om utdeling av heroin beror fortsatt på det negative fortegnet rundt begrepet narkotika, og den ukjente tanken som en eventuell legalisering representerer.

Mye av spenningene ligger i de negative assosiasjonene ordet heroin er forbundet med. Heroin forbindes med kriminalitet, redusert helse og død. Det blir dermed en prøvelse for mange å skulle se på heroin som et legalt medikament under norsk substitusjonsmedikamentell behandling. En kan også sammenligne debatten om utdeling av heroin med debatten om utdeling av Metadon i sin tid. Det er de samme argumentene, de samme målsetningene og samme målgruppe. Og en kan spørre seg hvorvidt en utdeling av heroin vil kunne medføre bedre resultater når det gjelder måloppnåelse enn dagens substitusjonsbehandling. Her ligger spenningen i hvorvidt implementering av heroin i det hele tatt vil gjøre noen forskjell. På en annen side representerer flere medikamenter individuell tilnærming med flere medikamentelle valgalternativer. Det er essensielt for spenningene i debatten hvorvidt en velger å likestille heroin med de nåværende substitusjonsmedikamentene i LAR. Igjen handler spenningen om å finne det mest mulig effektive medikamentet, noe som bør ta utgangspunkt i at vi alle er ulike. Rusomsorgen og substitusjonsbehandlingen bør som all annen behandling ta utgangspunkt i enkeltindividet og individuell tilpasning. På den annen side vil en gjennom en sosialfaglig tilnærming og aktørperspektivet, kunne si at rusomsorgen og LAR har et tilfredsstillende substitusjonsmedikamentelt tilbud slik det er i dag. En kan også si at en bør dra nytte av aktørperspektivet i norsk rusbehandling med større grad av ansvarliggjøring der valgene man tar i livet får konsekvenser, og der aktørperspektivet gir handlingsalternativer.

Målet med substitusjonsbehandling må kunne sies å handle om å redde liv. Dersom en implementering av heroin i substitusjonsbehandlingen vil fungere for noen, kan en spørre seg; har vi da lov til å la være?

Litteraturliste

Brumoen, Hallgeir: Vanen, viljen og valget, 1. utgave, 1. opplag 2007. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fekjær, Hans Olav: RUS; bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk. 3. utgave, 1. opplag 2009. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Garsjø, Olav: Sosiologisk Tenkemåte – en introduksjon for helse- og sosialarbeidere. 2. utgave, 6. opplag 2007. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Johannessen, Asbjørn, Tuft, Per Arne og Christoffersen, Line: Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode, 4. utgave 2010. Abstrakt forlag AS.

Lossius, Kari, (red.): Håndbok i rusbehandling - Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet. 1. utgave, 1. opplag 2011. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tetzchner, Stephen Von: Utviklingspsykologi, Barne og ungdomsalderen. 1. utgave, 5. opplag 2008. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Internett

- <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/politikk/article2393243.ece>

Hentet 14.04.11 kl 10.35

- <http://www.dagsavisen.no/innenriks/article450207.ece>

Hentet 31.05.11 kl 13.45

- <http://www.felleskatalogen.no/>

Hentet 18.05.11 kl 21.15.

- http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,5077:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:82635::1:6043:14:::0:0

Hentet 25.05.11 kl 14.30.

- <http://www.fmr.no/medikamentassistert-rehabilitering-i-norge.72630-9603.html>

Hentet 27.05.11 kl 17.30

- <http://www.forskning.no/artikler/2003/august/1060938606.23>

Hentet 11.04.11 kl 16.15

- <http://www.forskning.no/artikler/2003/februar/1046076082.55>

Hentet 11.04.11 kl 13.30.

- http://www.helsedirektoratet.no/rusmidler/behandling/rusreformen/om_rusreformen_38440

Hentet 12.05.11 kl 09.45

- <http://www.nrk.no/nyheter/1.6759094>

Hentet 18.05.11 kl 14.25.

- http://www.regjeringen.no/upload/HOD/RappOmNarkotika_nettsversjon.pdf

Hentet 13.04.11 kl 12.45.

- <http://www.reuters.com/article/2011/05/03/us-mexico-fox-drugs-idUSTRE74251220110503>

Hentet 06.05.11 kl 17.00

- http://www.rusfeltet.no/filestore/Automatisk_opprettede_filer/Spyterommet.pdf

Hentet 30.05.11 kl 12.30

- <http://www.rusmiddeletaten.oslo.kommune.no/tjenestetilbudet/skadereduksjon/article29134-8855.html>

Hentet 30.05.11 kl 13.45.

- http://www.sirus.no/filestore/Import_vedlegg/4-97.PDF

Hentet 18.05.11 kl 17.30

- http://www.snl.no/.sml_artikkel/heroin

Hentet 23.05.11 kl 18.30

- <http://www.snl.no/homofili>

Hentet 31.05.11 kl 16.30

- <http://www.snl.no/stigma/samfvunsvitenskap>

Hentet 01.06.11 kl 16.00.

- http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1909503

Hentet 20.04.11 kl 11.30.